

Original en Inglés

Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Documento de Posición de la
Organización Panamericana de la Salud/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Agosto 2005

Tabla de Contenidos

Resumen Ejecutivo.....	i
I. ¿Por qué renovar la Atención Primaria de Salud?	1
Tabla 1: Enfoques de la Atención Primaria de Salud.....	3
II. Construyendo Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud	6
A. Valores.....	7
Figura 2: Valores, Principios y Elementos esenciales de un Sistema de Salud Basado en la APS... 8	
B. Principios	9
C. Elementos.....	11
Cuadro 1: Renovación de la APS: Implicaciones para los Servicios de Salud.....	12
Cuadro 2: Sistemas de Salud Basados en la APS y Desarrollo Humano	14
D. ¿Cuáles son los beneficios de un Sistema de Salud Basado en la APS?	15
III. El camino a seguir	17
A. Lecciones aprendidas	17
Cuadro 3: Recursos Humanos en las Américas: principales desafíos	18
B. Construcción de alianzas para el cambio	18
C. Líneas de Acción Estratégica	20
Agradecimientos.....	23
Apéndice A: Método	24
Cuadro 4: Países participantes en las 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 ...	32
Referencias	33

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 para ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Por eso, es oportuno hacer una revisión completa de la APS -tanto en la teoría como en la práctica- y dar una mirada crítica acerca de cómo este concepto puede ser “renovado”, para reflejar mejor las necesidades actuales de salud y desarrollo de la población en el mundo. Este texto, escrito como fruto del mandato de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consignado en una resolución de OPS de 2003, define la posición de la OPS con respecto a la renovación de la APS. Considerando lo anterior, el objetivo de este documento es generar ideas y recomendaciones que hagan posible tal renovación y ayuden a fortalecer y desarrollar la APS como un concepto que pueda guiar el progreso de los sistemas de salud más allá de los próximos 25 años.

Existen diversas razones para justificar la renovación de la APS; entre ellas se incluyen: 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 para incrementar la efectividad de la APS; y el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para lograr los compromisos de la Declaración del Milenio, afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para cada persona.

A partir de la revisión de los conceptos y componentes de la APS y las evidencias de su impacto, este documento ha sido construido sobre el legado de Alma Ata y de la Atención Primaria de Salud; condensa las lecciones 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 Basados 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,” consolidar y mantener los progresos alcanzados, para encaminarnos hacia los nuevos desafíos de salud y desarrollo y poder afrontar los compromisos del siglo XXI.

El objetivo último de la renovación de la APS es obtener resultados sostenibles de salud para toda la población. Esta propuesta está llamada a ser visionaria; la materialización de sus recomendaciones y el potencial de la APS solamente podrán ser limitados 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 revitalizar la APS en la región, de tal modo que al fortalecer su enfoque se pueda hacer realidad su potencial para enfrentar los desafíos de la salud de hoy y los del próximo cuarto de siglo.
- La renovación de la APS requiere reconocimiento como un enfoque útil para promover un progreso más equitativo de la salud y el desarrollo humano.

- La renovación de la APS exige más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como acceso, justicia financiera, adecuación y sostenibilidad de los recursos, compromiso político y desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención.
- Las experiencias exitosas de la APS demuestran que son necesarios los enfoques sistémicos amplios de modo que la renovación de la APS debe poner más atención a los enfoques basados en la evidencia para lograr la 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 Basado en la APS es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.
 - Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un Sistema de Salud Basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.
 - La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación hacia la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas que tienen una débil orientación a la APS.
 - La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere el reajuste de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención -que debe ser conseguido mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, el desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades, el uso de datos consistentes en la planificación y la toma de decisiones y 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 atención especial al papel de los recursos humanos, al desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y a 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 Basados en 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.

I. ¿Por qué 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, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. La meta de un esfuerzo de tal naturaleza es alcanzar mejoras en salud sostenibles para toda la población.

Las razones para que la APS adopte un enfoque renovado son las siguientes: la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe ser capaz de afrontar; 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 estrategia que ayuda a fortalecer las capacidades de la sociedad para reducir las inequidades en salud; y el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque poderoso para abordar los determinantes sociales de la mala salud y la desigualdad.

Por lo tanto, un enfoque renovado de APS es visto como una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, centrándose sobre las causas fundamentales de la salud, como lo ha definido la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, y codificando la salud como un derecho humano, tal como ya ha sido articulado por algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS debemos construir sobre los cimientos del legado de Alma Ata y del movimiento de Atención Primaria de Salud, aprovechar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas acumuladas a lo largo de más de un cuarto de siglo de experiencias, y reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para afrontar los desafíos del Siglo XXI.

En los 25 años que nos han precedido, la región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, las brechas de inequidad en salud, cada vez más amplias, y los Sistemas de Salud persistentemente sobrecargados 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 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 seis años; las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio se han reducido en un 25 por ciento y las muertes por condiciones perinatales han decrecido en un 35 por ciento¹. 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 aumento². Además, la región ha venido experimentando cambios económicos y sociales generalizados que tienen impactos significativos en la salud. Estas transformaciones se refieren a aspectos como el envejecimiento de la población, 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^{1,3}.

Desafortunadamente, estas tendencias se producen en el contexto de un empeoramiento global de las inequidades en salud, lo que es de importancia clave para 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, en algunos de ellos, la brecha en la esperanza de vida entre los más ricos y los más pobres ha llegado a ser de casi veinte años¹. La distribución de las amenazas re-emergentes a la salud y de sus factores de riesgo ha exacerbado más las inequidades en salud dentro y entre los países.

Pero las crecientes inequidades no son 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 dentro y entre los países de las Américas, todo lo cual ha hecho que se refuercen los impactos negativos sobre la salud⁴⁻⁶.

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 humano⁷. Este nuevo enfoque parte del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un prerrequisito que permite a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas, y un derecho humano fundamental^{8,9}.

En la medida en que nuestra comprensión de la salud se ha ampliado, también lo ha hecho la conciencia sobre las limitaciones de lo que tradicionalmente hemos entendido por servicios de salud para responder a todas las necesidades de salud de la población¹⁰. 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”¹¹.

La investigación reciente ha dilucidado las complejas relaciones que existen entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y sobre su distribución¹². 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 sectores¹³.

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 y el desarrollo de nuevas tecnologías, todo ello como respuesta a los cambios del papel del Estado¹⁴. A pesar de las enormes inversiones, los resultados de las reformas han sido limitados, mixtos o incluso negativos en términos de mejora de salud y equidad^{15,16}.

Renovar la APS significa algo más que el simple ajuste a las realidades de cada momento; reformar la atención primaria necesita de un examen crítico de su significado y de su propósito. Las encuestas que se han llevado a cabo con profesionales de la salud en las Américas confirman la importancia del enfoque de la APS; estas también demuestran que los desacuerdos y las malas interpretaciones acerca de la APS aún abundan dentro de la región¹⁷. En general, las percepciones sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud pertenecen a cuatro categorías principales (ver Tabla 1). En Europa y otros países industrializados la APS ha sido principalmente identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud para toda la población^{18,19}. Como tal, comúnmente se le conoce más 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 infecciosas²⁰. Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque más integral y nacional de la APS, aunque algunos otros parecen estar evolucionando hacia enfoques más integrales y también se han venido dando muchas otras experiencias de escala menor a través de la región²¹⁻²³.

Tabla 1: Enfoques de la Atención Primaria de Salud

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva	Se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo ²⁰ . 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 ²⁶ . 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 Ampliada”	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 ²⁷ . 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 ²⁸ .	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 ¹¹ . 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 ²⁹ .	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

Fuente: categorías adoptadas de ^{30,31}

Varios observadores han intentado explicar por qué la APS difiere tan radicalmente 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 las peculiaridades del desarrollo histórico de la salud y de los servicios de salud y al legado heterogéneo de los sistemas sociales y políticos^{17,24}. Otros consideran que la explicación para la divergencia se encuentra en las descripciones ambiciosas y algo vagas de la Declaración de Alma Ata²⁵. Otros piensan, por el contrario, que el problema proviene de las muchas iniciativas desarrolladas después de Alma Ata,

cuyo principal mensaje fue distorsionado por las visiones distintas y cambiantes de las agencias internacionales y el proceso de globalización¹¹. 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 que la APS no ha alcanzado lo que sus líderes se habían propuesto.

A medida que el concepto de APS se relacionó con el objetivo de “Salud para Todos en el Año 2000”, su significado y orientación también se ampliaron para incluir un amplio rango de resultados que excedían los límites de la responsabilidad del sistema de Salud³². Desafortunadamente, a medida que se acercó la llegada del milenio, se hizo cada vez más claro que la Salud para Todos no podría lograrse. Para algunos, el no alcanzar la meta se asoció a 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 la 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 alguna forma, la presión hacia la APS selectiva puede entenderse como una reacción a la idea de que la APS era un concepto demasiado amplio 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 elección de este enfoque parecía obedecer más a estrategias para aumentar la captación de fondos de los donantes hacia los servicios de salud³³.

Aunque fue exitosa en algunas áreas (como la inmunización), la APS selectiva fue criticada por ignorar el contexto amplio del desarrollo económico y social. Sin querer decir que la APS debía ser capaz de afrontar todos los determinantes de la salud, esta crítica reconocía la incapacidad, a menudo frecuente, de este enfoque selectivo para responder a los determinantes fundamentales de la mala salud³⁴. 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 escasamente atendidos. Además de lo anterior, preocupa que la orientación exclusiva de la APS selectiva hacia las mujeres y los niños, 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 otras³⁵.

Adicionalmente, se han planteado algunas preguntas sobre la sostenibilidad de las intervenciones sobre una enfermedad o un grupo, en la medida en que, al perderse el interés sobre las enfermedades o grupos de población, también fallará 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 mismo tiempo -una condición que es mucho más frecuente entre los ancianos-³⁶. 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 que permita lograr una 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 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) globales, regionales, nacionales y locales, requiere de enfoques horizontales e integrados para el desarrollo de los Sistemas de Salud^{21,37}.

La OPS/OMS aprobó la Resolución CD44.R6 durante la reunión No.44 de su Consejo Directivo en septiembre del año 2003, y en ella invitó a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. Además, 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 las mejores prácticas; concurrir en la capacitación de trabajadores de la salud para la APS; apoyar modelos de APS definidos a nivel local; 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 al mandato 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 expertos y a todos los países miembros, 20 de los cuales desarrollaron reuniones de ámbito nacional para discutir la propuesta de renovación de la APS. En julio del 2005, se celebró la Consulta Regional en Montevideo, Uruguay, en la que participaron unas 100 personas en representación de más de 30 países de la región, incluyendo organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, universidades y otras agencias de las Naciones Unidas. Este documento es el principal resultado de esos procesos de consulta.

II. Construyendo 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 en la salud de los pueblos de las Américas es basar los Sistemas de Salud en la APS.

Definimos un Sistema de Salud Basado en la APS como un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un Sistema de Salud Basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

La esencia de la definición de renovación de la APS sigue siendo la misma que soporta la Declaración de Alma Ata¹. Sin embargo, la nueva definición se enfoca sobre el conjunto del Sistema de Salud; incluye a los sectores públicos, privados y sin fines de lucro y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y la solidaridad; e incorpora principios nuevos como sostenibilidad y orientación hacia la calidad. Descarta la idea de que la APS sea un conjunto de servicios de salud definido de antemano, en la medida en que los servicios deben ser congruentes con las necesidades de salud.

Igualmente, descarta la idea de que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben ser definidos de acuerdo con los recursos disponibles, las preferencias culturales y la evidencia. 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 coherente y lógica que permite basar firmemente los sistemas de salud en el enfoque de APS. El enfoque provee un medio flexible para la transformación de los sistemas de salud de tal forma que puedan alcanzar sus objetivos siendo suficientemente flexibles para cambiar y adaptarse con el transcurso del tiempo, de acuerdo con los nuevos

¹ Existen antecedentes de sistemas de salud basados en APS. Por ejemplo, la Carta de Ljubljana para la Reforma de Salud adoptada por la Unión Europea en 1996 establece que los sistemas de salud deben ser: fundamentados en valores (dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional), dirigidos a los resultados en salud, centrados en las personas y promotores de su autoconfianza, enfocados en la calidad, basados en una financiación sólida, capaces de responder a la voz y a la elección de los ciudadanos y basados en la evidencia; requieren del fortalecimiento de los recursos humanos y gerenciales y de coordinación política³⁸.

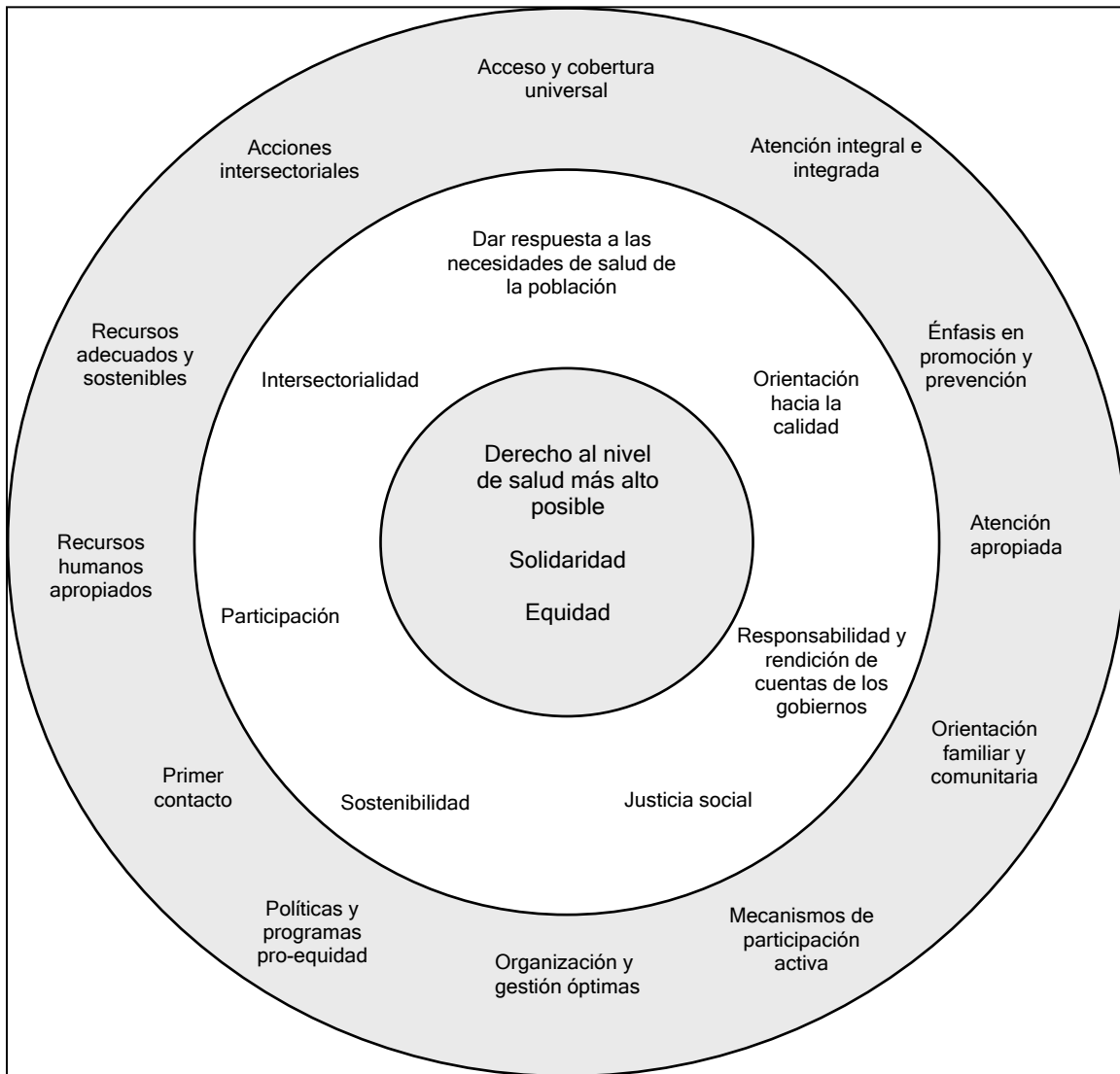
desafíos que afrontan. Reconoce que la APS es más que prestación de servicios de salud en sentido estricto; su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

El enfoque que se presenta aquí pretende servir como un fundamento para la comprensión y organización de los componentes de un Sistema de Salud Basado en la APS; no pretende definir exhaustivamente todos los elementos que se necesitarían para definir o constituir un sistema de salud. Cada país deberá 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. 1 se presentan los valores, principios y elementos de un Sistema de Salud Basado en la APS. En el Apéndice B se hace una descripción más completa de los valores, principios y elementos que se van a describir a continuación.

A. Valores

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población¹⁴. Proveen una base 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 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 creciente cuerpo de leyes internacionales ha venido definiendo los parámetros necesarios para proteger a las personas más desprotegidas de la sociedad y para crear una base legal que les permita hacer valer sus derechos a la dignidad, libertad y buena salud. Por eso, el proceso de fundamentar con más fuerza un sistema de salud en la APS debe comenzar por un análisis de los valores sociales y por involucrar y hacer partícipes a los ciudadanos y a quienes toman las decisiones, en el proceso en el que se establece la forma como los valores deben ser definidos, articulados y priorizados¹⁴.

Figura 2: Valores, Principios y Elementos esenciales de un Sistema de Salud Basado en la APS



El derecho al nivel de salud más alto posible está expresado en muchas constituciones nacionales y articulado en los tratados internacionales, entre ellos la carta de la Organización Mundial de la Salud³⁹. Ello implica derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros actores, y crea en los ciudadanos la vía del recurso a la que pueden recurrir cuando los compromisos no son cumplidos. El derecho al nivel de salud más alto posible 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 cuentas en el sistema de salud y que la APS sea orientada hacia la calidad, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad y se minimicen los daños y perjuicios. El derecho a la salud y otros derechos están inextricablemente unidos con la equidad y estos, a su vez, reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

La equidad en salud se refiere a 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 aporta valores intrínsecos⁴⁰. La equidad es la piedra angular de los valores sociales: la forma como una sociedad

trata a sus miembros que están en peor situación y refleja la manera en como se juzga la vida humana, ya sea explícita o implícitamente. Apelar simplemente a los valores o a la conciencia moral de la sociedad puede no ser suficiente para prevenir o combatir las inequidades en salud. Esto significa que la gente debe ser capaz de corregir las inequidades mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales para exigir salud y otros bienes 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 deben orientar 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, en una sociedad justa la equidad tiene que ser asumida como un imperativo moral y como una obligación social y legal.

La solidaridad es el grado en el que los miembros de una sociedad se comprometen a trabajar conjuntamente por el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta por 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 comunes; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre individuos de distintas condiciones sociales y generacionales. Los Sistemas de Salud Basados en la APS requieren de la solidaridad social para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles, para proveer protección financiera y manejo mancomunado del riesgo en salud, y para posibilitar que el sector salud trabaje con éxito junto a otros sectores y actores sociales, cuyo involucramiento es fundamental 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 fundamentan en principios que forman los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos, así como para la operativización del sistema de salud. Los principios sirven de puente entre los más amplios valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

Dar respuesta 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. Un sistema de salud que responde a las necesidades de salud debe saber balancear su enfoque para satisfacer dichas necesidades -tanto si son definidas en forma “objetiva” (por ejemplo, si son definidas por expertos o por estándares preestablecidos) o “subjetiva” (por ejemplo, necesidades percibidas directamente por el individuo o por la población)-. La consecuencia que se desprende de lo anterior es que la APS debe permitir la atención de las necesidades de la población de una forma integral y con base en las evidencias disponibles, al tiempo que promueve el respeto, y refleja sobre las preferencias y necesidades de las personas independiente de su status socioeconómico, cultura, género o condición étnica o racial.

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 salud⁴¹. Cumplir con este requisito requiere 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 adecuada. Para que este proceso sea efectivo y sostenible es necesario disponer de un sistema de incentivos apropiado.

La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos busca asegurar que los derechos sociales sean garantizados y aplicados por el gobierno y que los ciudadanos sean protegidos de cualquier menoscabo de sus derechos. La rendición de cuentas requiere del desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que 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 fines de lucro). El Estado, en cumplimiento de sus funciones, debe establecer las condiciones que aseguren los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. En la mayoría de los países el gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de los servicios de salud. La rendición de cuentas requiere del seguimiento y la mejora continua del desempeño del sistema de salud, de una forma transparente y sujeta al control social. Los distintos niveles del gobierno (ya sea nacional, estatal, regional o local) necesitan de líneas claras de responsabilidad y de los mecanismos correspondientes para la rendición de cuentas.

Una sociedad justa puede ser definida como aquella que asegura las capacidades y el desarrollo de cada uno de sus miembros⁴². Como consecuencia, la justicia social sugiere que las acciones del gobierno, en particular, deben ser sopesadas por el grado en el que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los más vulnerables^{43,44}. Algunos enfoques para lograr la justicia social en el sector salud incluyen: garantizar que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad; 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 desfavorecidas; mejorar la educación y hacer uso de iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planificación y control del sistema de salud; y desarrollar acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las inequidades en salud¹².

La sostenibilidad del sistema de salud requiere del uso de la planificación 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 estrategia para combatir 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 Basados en 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 participación hace a las personas socios activos de la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y de los procesos de rendición de cuentas. Desde el ámbito individual, los individuos deben ser capaces de tomar decisiones en forma libre e informada con miras a la mejora de su salud y la de su familia en un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación 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 intersectorialidad en salud significa que el sistema de salud debe trabajar con diferentes sectores y actores que le permiten impactar los determinantes de la salud, contribuir con las actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. El grado en el cual el sector de la salud sea responsable de las

acciones intersectoriales dependerá del nivel de desarrollo del país dado y de los recursos disponibles en la APS y en otros sectores.

C. Elementos

Los Sistemas de Salud Basados en la APS están conformados por elementos estructurales y funcionales. Los elementos se entrelazan, forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, y deben basarse en la evidencia actual de su efectividad en la mejora de la salud y/o en su importancia para asegurar otros aspectos de un Sistema de Salud Basado en la APS. Adicionalmente, los elementos centrales de un Sistema de Salud Basado en la APS requieren de la acción concurrente de varias de las funciones principales del sistema de salud.

El acceso y cobertura universal son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Para alcanzar la cobertura universal se requiere que los arreglos financieros y organizacionales sean suficientes para cubrir toda la población, eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y a la protección social, al tiempo que se da apoyo adicional para alcanzar los objetivos de equidad e implementar actividades que promuevan la salud. La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención, ya sean de tipo geográfico, financiero, organizacional, sociocultural y de género⁴⁵; de esta forma, un Sistema de Salud Basado en la APS debe racionalizar la ubicación, operativización y financiamiento de todos los servicios de cada uno de sus niveles de atención. También requiere que los servicios sean aceptables para toda la población, tomando en cuenta las necesidades locales de salud, las preferencias, la cultura y los valores específicos de cada comunidad. La aceptabilidad determina si las personas usarán realmente los servicios e incluso si estos son accesibles. La aceptabilidad también influye en las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en el nivel de confianza en los proveedores y en el grado de comprensión de los consejos médicos o de otro tipo que recibe el usuario.

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a 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 e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque ésta requiere de la coordinación entre todas las partes del sistema de salud para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud. Para los individuos, un enfoque de atención integrada debe involucrar mecanismos de referencia y contra-referencia a lo largo de todos los niveles del sistema de salud y, cuando se requiera, a otros servicios sociales. Al nivel del sistema, la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de prestadores, de sistemas de información y gestión apropiados, así como de incentivos, políticas y procedimientos, y de la capacitación de los proveedores, del personal y de los administradores.

Cuadro 1: Renovación de la APS: Implicaciones 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 cual 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 los servicios de atención primaria solos 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 el desarrollo de redes y 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 planificación, seguimiento y evaluación del desempeño adecuados; mecanismos de financiación correctos que eliminen los incentivos perversos y aseguren la continuidad de la atención; y enfoques con base en la evidencia para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

El énfasis en la prevención y en la promoción es de vital importancia para un Sistema de Salud Basado en la APS porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica tradicional para incorporar la educación y la consejería en salud en el ámbito clínico individual, la regulación y los enfoques basados en políticas que mejoren las condiciones de vida de las personas y los ambientes de trabajo, y las estrategias de promoción de la salud para la población llevadas a cabo con otros componentes del sistema de salud y con otros actores. Esto incluye también los vínculos con las funciones esenciales de salud pública (FESP), que hacen de la APS un socio activo en la vigilancia en salud pública, la investigación y la evaluación, el aseguramiento de la calidad, y actividades de desarrollo institucional en el sistema de salud.

Atención apropiada significa que un sistema de salud no está enfocado en la atención del órgano o de la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, en la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida, al tiempo que garantiza que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. Incluye el concepto de efectividad como 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. Atención apropiada significa que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los recursos se prioriza con criterios de eficiencia (asignativa y técnica) y de equidad. En sí mismos, los servicios deben ser relevantes al tomar en consideración el contexto social y epidemiológico, familiar y comunitario.

Orientación familiar y comunitaria significa que un Sistema de Salud Basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Un Sistema Basado en la APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, estar fundamentado en valores compartidos que involucren mecanismos activos de participación para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades que den poder a los individuos para manejar mejor su propia salud y que estimulen las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la priorización, gestión, evaluación y regulación del sector salud. Ello implica que las acciones colectivas e individuales deben encaminarse a promover ambientes y estilos de vida saludables, mediante la incorporación de actores públicos, privados y de la sociedad civil.

Las estructuras y funciones de un Sistema de Salud Basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan a la APS desempeñar sus funciones específicas. Este elemento se vincula a la función de rectoría del sistema de salud, por lo que debe ser transparente, sujeto al control social y libre de corrupción. En términos de sus actividades operativas, los Sistemas de Salud Basados en la APS requieren de buenas prácticas de gestión que faciliten la innovación para mejorar constantemente la organización y la provisión de atención de forma que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos para los trabajadores de la salud y responda a los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben recoger y usar regularmente información que les ayude en los procesos de toma de decisiones y planificación.

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 en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades, y asegurar que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto. Algunos ejemplos que ilustran lo anterior son los siguientes: incorporación de criterios explícitos de equidad en las propuestas programáticas y de evaluación; aumento o mejoría de la provisión de servicios de salud para quienes tienen mayores necesidades; reestructuración de los mecanismos de financiamiento de la salud para ayudar a los pobres a satisfacer sus necesidades básicas; y el trabajo con sectores distintos al de salud para transformar las estructuras económicas y sociales que más influyen a los determinantes últimos de las inequidades en salud.

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 y el lugar donde la mayoría de ellos deben ser resueltos. Mediante esta función la atención primaria refuerza los fundamentos de los Sistemas de Salud Basados en la APS, representando, en la mayoría de los casos, la interfase principal entre el sistema de servicios sociales y de salud y la población. De esta forma, un Sistema de Salud Basado en la APS fortalece la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, pero tiene elementos estructurales y funcionales adicionales que en forma significativa van más allá del primer nivel de atención a la salud.

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 gestores 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 recursos humanos exige una planificación estratégica e inversión de largo plazo en capacitación, empleo, formas de incentivación del personal, así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades de los trabajadores de salud existentes. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales y requieren no sólo de la combinación correcta de profesionales, sino también de la definición de roles y responsabilidades, de su distribución

geográfica adecuada, y de la capacitación necesaria para maximizar la contribución del equipo de trabajo a los resultados de salud, a la mejor salud del trabajador y a la satisfacción del usuario.

Un Sistema de Salud Basado en la APS debe estar fundamentado en una planificación que provea recursos adecuados, sostenibles y apropiados para las necesidades de salud. Los recursos deben ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos (por ejemplo, instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos), así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral, curativa y preventiva, de alta calidad. Aunque la cantidad de recursos requeridos variará dentro y entre los países, los niveles de recursos deben ser suficientes para lograr acceso y cobertura universal. Debido a que la construcción de un Sistema de Salud Basado en la APS exige 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 de la APS y que permitan a los tomadores de decisiones invertir hoy para satisfacer las necesidades del mañana.

Los Sistemas de Salud Basados en la APS son más amplios en escala e impacto que la simple provisión de servicios de salud. Ello sucede porque, al ser orientado por la APS, el sistema logra acoplarse íntimamente con acciones intersectoriales y con enfoques comunitarios que promueven el desarrollo humano y la salud. Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan impacto sobre la salud o sus determinantes, e incluyen: empleo y trabajo, educación, vivienda, producción y distribución de alimentos, ambiente, agua y saneamiento, y atención social, entre otros. El grado en el cual estas acciones sean implementadas sólo por el sistema de salud o junto con otros actores dependerá de las características del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades) y de las ventajas que ofrezca cada uno de los actores y de los sectores involucrados. Ver Cuadro 2.

Cuadro 2: Sistemas de Salud Basados en la APS y Desarrollo Humano

Un Sistema de Salud Basado en la APS crea sinergias con otros sectores para ayudar a orientar los procesos de desarrollo humano. Junto a otros sectores y actores, la APS tiene un enorme papel que jugar (aunque no exclusivo) para promover un desarrollo humano sostenible y equitativo. 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 del sistema de salud; la implementación deficiente de funciones del desarrollo muy amplias debido a la falta de especialización (por ejemplo, alfabetización, generación de ingresos, dotación de vivienda, etc); y la generación de disputas entre los actores y agencias responsables (guerras de vecinos), lo que produce redundancias, pérdida de recursos y energías, así como daños potenciales a la salud y al bienestar general de la población.

D. ¿Cuáles son los Beneficios de un Sistema de Salud Basado en la 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 a la APS tienen mejores y más equitativos resultados en salud, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos cuyos sistemas de salud sólo tienen una orientación débil hacia la APS⁴⁶⁻⁵¹.

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 especializada⁵². Se ha demostrado que un enfoque fuerte de la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios en ahorro de tiempo en la consulta, uso reducido de pruebas de laboratorio y menores gastos de atención de salud^{53,54}. La APS puede ayudar a liberar recursos que de otra forma no podrían ser utilizados para atender las necesidades de salud de los individuos en peor situación^{50,55,56}. Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan estos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de los pobres y dar poder a los grupos vulnerables para que jueguen un papel más importante en el diseño y operación del sistema de salud⁵⁷. Estas acciones minimizan los gastos de bolsillo que, como se sabe, son los medios más inequitativos de financiamiento de los servicios de salud, a la vez que ayudan a hacer énfasis en la universalización de la cobertura para eliminar los factores socioeconómicos que actúan como barreras para recibir los servicios que se necesitan⁵⁸⁻⁶⁰.

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- y el uso de cuartos de emergencia para atención de rutina 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 salud⁶¹⁻⁶⁵. 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 pulmonar obstructiva crónica, infarto del miocardio e infecciones de oídos, nariz y garganta, entre otras⁶⁶. Para la mayoría de las necesidades de atención a la 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 emergencia⁶⁷⁻⁶⁹.

En la región de las Américas, experiencias como la de Costa Rica muestran que la reforma integral de la APS (que incluyó mayor acceso, reorganización de la actividad de los profesionales de la salud en equipos multidisciplinarios, y la mejora de la atención integral e integrada mediante la asignación de un área geográfica específica a cada equipo de atención primaria) puede mejorar los resultados de salud. Por cada cinco años transcurridos tras 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 salud⁷⁰. Además de lo anterior, y debido a que las reformas de la APS se desarrollaron primero en las áreas más pobres (el acceso insuficiente a los servicios de atención primaria disminuyó en 15 por ciento en los distritos donde tuvo lugar la reforma), éstas contribuyeron a mejorar la equidad en salud del país⁷¹.

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 mucha más atención en

toda la región^{72,73}. Por último, se necesita evaluar más los sistemas de salud en general y, en particular, la APS⁷⁴. El compromiso con los Sistemas de Salud Basados en la APS requerirá de una base de evidencias más completa, para lo cual habrá que invertir adecuadamente en evaluación y documentación de las experiencias (en las Américas y fuera de la Región), 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. El 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 todos los ciudadanos a la salud y al acceso universal; promoviendo activamente la equidad en salud y la mejora de los indicadores de salud y de calidad de vida, tanto en términos absolutos como en su distribución;
- *Fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos* a través de la mejora de la satisfacción de los ciudadanos y de las comunidades con los servicios y los prestadores de salud; de la calidad de la atención y de la gestión; 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 la mejora sostenible de la participación comunitaria y la coordinación intersectorial e invertir en el desarrollo de los recursos humanos.

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 responsabilidades y roles 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.

Factores identificados como barreras a la implementación efectiva de la APS: dificultades inherentes a la transformación del sector salud desde los enfoques curativos, basados en los hospitales, a los preventivos, basados en las comunidades. Entre las limitaciones están la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud; la falta de compromiso político; coordinación inadecuada entre las comunidades y las entidades locales y nacionales y las agencias internacionales (políticas de ajuste y énfasis en programas verticales); utilización inadecuada de la información local y débil cooperación intersectorial. El clima económico también se considera un factor limitante, dados los cambios en las ideologías políticas y económicas y la volatilidad de las condiciones macroeconómicas que conducen a la baja inversión en servicios y sistemas de salud^{11, 33, 75, 76}. Se hace énfasis en la inversión en capital humano como un área fundamental, que requiere especial atención, dado que la calidad de los servicios de salud depende, en gran medida, de quienes trabajan en ellos. El personal de salud debe recibir entrenamiento integral: desde las perspectivas técnica y humanística; su desempeño se relaciona, a su vez, con el entrenamiento y capacidad, el ambiente laboral y las políticas de incentivo a nivel local y mundial^{73,77}. Ver cuadro 3.

Los factores facilitadores de la implementación y desarrollo efectivo de la APS: el reconocer que el liderazgo del sector salud está afectado por diversos factores, algunos de los cuales están fuera del control directo del sector salud en sí mismo. 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 población⁷⁸. Las experiencias exitosas de la APS demuestran que limitarse a

aumentar el número de centros de salud y a dar entrenamientos de corto plazo al personal, no son suficientes para mejorar la salud y la equidad; son necesarios abordajes más amplios e integrales del 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, la integración de los servicios de salud individuales y públicos, la focalización en familias y comunidades y la creación de un marco institucional con incentivos para la mejora de la calidad de los servicios. Los servicios exitosos de APS estimulan la participación, son medibles y cuentan con la inversión necesaria para garantizar disponibilidad de servicios adecuados y accesibles a todas las personas, sin importar su capacidad de pago^{24,11}.

Cuadro 3: Recursos Humanos en las Américas: principales desafíos

<p><u>Desafíos actuales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Carencia de apoyo y supervisión adecuada. • El entrenamiento de pregrado y postgrado del personal de salud no es coherente con los requerimientos de la práctica de la APS. • La migración internacional de los trabajadores de la salud (fuga de cerebros). <p><u>Consecuencias para el recurso humano del diseño de un Sistema de Salud Basado en la APS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales entrenados en atención primaria. • Los recursos humanos debe planificarse de acuerdo con las necesidades de la población. • El entrenamiento de los recursos humanos debe 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.

Fuentes: ^{29, 79, 80}

B. Construcción de alianzas para el cambio

Las reformas de la salud implican cambios fundamentales en los procesos políticos y del poder. Por esta razón, la abogacía por los Sistemas de Salud Basados en la 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 preparados para afrontar las batallas técnicas y políticas necesarias para superar los obstáculos sociales y económicos y la resistencia de los profesionales al acceso universal a la atención primaria en salud?”^{81, 33}. La misma pregunta debe formularse hoy porque la implementación 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 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 una amenaza para el 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 fines 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. La primera de ellas 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, mejora 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. 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 APS es un abordaje 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 al nivel de salud más alto posible³⁷. 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 la mejora 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 que estos actores sean convencidos de que 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 atención 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 otras⁸².

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.

Por otra parte, 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 son los aspectos de la APS que encuentran más importantes o urgentes.

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*⁸³. 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 factible lograr consenso, dejando de lado y aislando las áreas no negociables.

Existe un renovado interés en la APS a través del mundo; entidades tan diversas como el Banco Mundial, las organizaciones de abogacía, el sector privado y la OMS, han reconocido que el fortalecimiento de los sistemas de salud es un prerrequisito para mejorar el crecimiento económico, avanzar en la equidad social, mejorar la salud y proveer los tratamientos para combatir el VIH/SIDA. Nuestro trabajo es 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. Líneas de Acción Estratégica

El principal objetivo de las líneas de acción propuestas es promover el desarrollo de los Sistemas de Salud Basados en la APS en la Región de las Américas. El logro de este objetivo requerirá de los esfuerzos conjuntos de los profesionales de la salud, los ciudadanos, el gobierno, la sociedad civil, las agencias multilaterales y bilaterales y otras.

Dada la diversidad entre los países de la Región, el período para desarrollar las acciones recomendadas es flexible y adaptable a las diferentes situaciones y contextos. En general, el tiempo estimado para lograr estos objetivos es 10 años. Los primeros dos años están destinados al diagnóstico y análisis de situación y los siguientes, al desarrollo de las líneas de acción específica, las cuales se enuncian a continuación.

A nivel nacional (territorio de cada país)

Los Estados Miembros, representados por sus gobiernos, deberán:

1. Liderar y desarrollar el proceso de renovación de la APS con el fin último de mejorar las condiciones de salud y equidad de la población.
2. Realizar la evaluación de la situación del país y diseñar un plan de acción a diez años para la implementación de un Sistema de Salud Basado en la APS.
3. Desarrollar un plan de comunicación social para divulgar la idea de Sistemas de Salud Basados en la APS.
4. Favorecer y estimular la participación comunitaria en todos los niveles del sistema de salud.
5. Hacer un análisis de las partes interesadas y explorar las estrategias y opciones políticas que puedan llevar a la realización plena de un Sistema de Salud Basado en la APS.
6. Asegurar la disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros, materiales y tecnológicos para la APS.
7. Garantizar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la implementación exitosa de la APS, con la incorporación de equipos multidisciplinarios.
8. Crear los mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración intersectorial y el desarrollo de redes y alianzas.
9. Contribuir a la armonización y alineación de las estrategias de cooperación internacional de tal forma que sean más dirigidas a las necesidades de cada país.

A nivel subregional (Región Andina, América Central, Región Caribe Latina, Región Caribe no Latina, Norteamérica y el Cono Sur)

Los grupos subregionales, bajo el liderazgo de OPS/OMS deberán:

1. Coordinar y facilitar el proceso de renovación de la APS.
2. Desarrollar una estrategia de comunicación y abogacía para avanzar en el concepto de Sistemas de Salud Basados en la APS.
3. Hacer un análisis de las partes interesadas y explorar las estrategias y opciones políticas que puedan llevar a la realización plena de un Sistema de Salud Basado en la APS, en la subregión.
4. Apoyar a OPS/OMS y otras agencias de cooperación internacional en la movilización de recursos para el desarrollo de iniciativas de APS, a nivel subregional.

A nivel regional (Región de las Américas)

OPS/OMS, OEA y las oficinas regionales de las agencias de cooperación internacional deberán:

1. Coordinar y facilitar el proceso de renovación de la APS.
2. Hacer un análisis de partes interesadas y explorar las opciones y estrategias para el avance de la APS en la región.
3. Promover el desarrollo de redes regionales, alianzas y centros colaboradores, en apoyo a la APS, así como el intercambio de experiencias dentro y entre los países.
4. Liderar los esfuerzos de movilización y sostenibilidad de recursos en apoyo a las iniciativas de APS a nivel regional.
5. Desarrollar la metodología e indicadores para monitorear y evaluar los avances logrados por los países y la región como un todo en la implementación de los Sistemas de Salud Basados en la APS.
6. Evaluar los diferentes Sistemas Basados en APS, identificar y divulgar la información sobre mejores prácticas con miras a mejorar su aplicación.
7. Continuar colaborando con los países para mejorar la capacitación de los trabajadores de salud, entre ellos los tomadores de decisiones y gerentes, en las áreas prioritarias de la APS.
8. Tener en cuenta los valores, principios y elementos esenciales de la APS en las actividades de todos los programas de cooperación técnica.
9. Contribuir a la armonización y alineación de las estrategias de cooperación internacional de forma tal que sean más dirigidas a las necesidades de la región.

A nivel mundial

La OPS, apoyada por la OMS y las oficinas sedes de las agencias de cooperación internacional deberán:

1. Divulgar 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 el abordaje efectivo de los principales determinantes de la salud.
2. Evaluar la situación mundial en relación con la implementación de la APS, incluyendo el análisis de partes interesadas y la exploración de opciones y estrategias para el fortalecimiento de este enfoque.
3. Promover el desarrollo de redes mundiales, de alianzas y de centros colaboradores en apoyo a la APS, así como el intercambio de experiencias dentro y entre los países.

4. Conformar un grupo permanente 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 y la salud pública que aborden los determinantes sociales de la salud.
5. Determinar el papel de la APS en respuesta a epidemias, pandemias, desastres y crisis mayores.

Agradecimientos

Este documento fue elaborado por James Macinko de la Universidad de Nueva York, 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 Grupo de Trabajo de la OPS sobre la renovación de la APS y a las realizadas en los países de las Américas y en la consulta regional en Montevideo en julio de 2005. 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 y 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. Diversas personas comentaron en detalle las versiones iniciales de este documento, se citan, a continuación algunas, de ellas: Jo E Asvall, Rachel Z Booth, Nick Previsich, Jeannie Haggerty, John H Bryant, Carlos Agudelo, Stephen J Corber, Beatrice Bonnevaux, Jacqueline Gernay, Hedwig Goede, Leonard J Duhl, Alfredo Zurita, Edwina Yen, Jean Pierre Paepe, Jean Pierre Unger, José Ruales, Celia Almeida, Adolfo Rubinstein, Fernando Amado, Luis Eliseo Velásquez, Yuri Carvajal, Ruben Alvarado, Luciana Chagas, Paz Soto, Ita Lange, Antonio González Fernández, María Angélica Gomes, Raúl Mendoza Ordóñez, Marisa Valdés, Federico Hernández, Jaime Cervantes, Elwine Van Kanten, Cesar Vieira, Kelly Saldana, Lilian Reneau-Vernon, Kristina K. Sundaraneedi, Germán Perdomo, Beverly J. Mc Elmurry, Roberto Dullak, Javier Uribe, Freddy Mejia, Nidia Gómez, Gustavo S. Vargas y Cristina Puentes. También se agradecen y reconocen los importantes aportes y sugerencias de Barbara Starfield y Rafael Bengoa.

Se agradece especialmente a Maria Magdalena Herrera, Frederico C. Guanais, Lisa Kroin, Lara Friedman, Soledad Urrutia, Juan Fera, Ety Alva, Elide Zullo y Maritza Moreno; también a Román Vega, María del Pilar Rodríguez y Margarita Misas quienes realizaron la traducción al español de la versión original en inglés.

Las opiniones expresadas en este documento no representan necesariamente los puntos de vista de los individuos mencionados anteriormente o de las instituciones que representan.

Apéndice A: Método

Este documento toma como punto de partida los resultados del primer encuentro del Grupo de Trabajo sobre 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 sobre 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 D.C. (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: 1) examinar y reafirmar las dimensiones conceptuales de la APS contenidas en la Declaración de Alma Ata; 2) desarrollar las definiciones operacionales de los conceptos pertinentes para la APS; 3) proveer una guía acorde con los principios de la APS, a los países y a OPS/OMS sobre cómo reorientar los sistemas y servicios de salud; 4) formular una nueva declaración regional sobre la APS, que reflejara las realidades actuales en los sistemas de salud y la necesidad de evaluar los logros y progresos de la APS; y 5) organizar y llevar a cabo una consulta regional con los actores pertinentes para legitimar los procesos arriba enunciados.

Los documentos producto de este proceso² 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 GT³.

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. Veinte consultas nacionales tuvieron lugar entre mayo y julio del 2005 (ver cuadro 4). A nivel de país, el documento oficial fue revisado por representantes de ministerios, academia, ONG's, asociaciones de profesionales, proveedores 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.

Los borradores del documento oficial, la declaración regional y las líneas estratégicas de acción fueron discutidas en la consulta regional de Montevideo, Uruguay, de julio 26 a 29 de 2005. En este evento participaron 100 representantes de más de 30 países de la Región, Organizaciones No Gubernamentales, Asociaciones de Profesionales, Universidades y Agencias de las Naciones Unidas.

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

El documento oficial actual y la declaración regional reflejan las recomendaciones obtenidas a través de estos procesos consultivos.

Cuadro 4: Países participantes en las consultas nacionales sobre la Renovación de la APS

País	Fecha
Argentina	Mayo 20 a Junio 10
Bolivia	Junio (virtual)
Brasil	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
México	Julio 1°
Nicaragua	Junio 21 y 23
Panamá	Julio 8
Paraguay	Junio 2
Perú	Junio 13 y 14
Surinam	Junio 30
Venezuela	Julio 14 y 20

³ *Annotated Bibliography on Primary Health Care*. 2005. Preparado por J. Macinko y F. Guanais. Washington, DC: Pan American Health Organization.

Apéndice B: Glosario de términos y definiciones de trabajo⁴

Accesibilidad: ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, socioculturales, de género 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 necesidades⁴⁵.

Acciones intersectoriales: acciones que movilizan a todos los sectores determinantes de la salud de la población (recolección y análisis de información, provisión 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 coordinación.

Aceptabilidad: grado de compatibilidad de un servicio con las necesidades culturales, valores y estándares de una comunidad⁸⁴.

Atención adecuada y efectiva: aplicación de medidas, tecnologías y recursos en 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 la mejora de la salud tienen el impacto propuesto en la población.

Atención integrada: combina los eventos y la información de los mismos, que tienen impacto sobre la salud de las personas y suceden en diferentes lugares y niveles de atención a lo largo de la vida de la persona⁹⁰. Se relaciona con la longitudinalidad, que es una orientación de servicios de salud hacia los individuos (no las enfermedades) a lo largo del curso de sus vidas y que frecuentemente se consigue en un área de contacto definida y con sistemas de información de salud integrados para los niveles familiar y comunitario. La atención integrada se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo de profesiones de salud (“seguimiento clínico”) y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud (“seguimiento de los registros”)⁹⁰.

Atención integral: la medida en la cual se proveen, a través de la APS, los servicios esenciales necesarios para todos, incluso para las necesidades menos frecuentes de la población; aquellos servicios no disponibles se proveen a través del componente de coordinación y referencia de la APS (ver coordinación). Supone 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 dada⁸⁸.

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 todos las condiciones, excepto aquellas menos comunes e inusuales, y coordina o integra la provisión de cuidados en otros lugares o por otros⁵⁶. Se cree que el uso del término Atención Primaria se remonta hacia 1920, cuando el *Informe Dawson* fue divulgado en el Reino Unido. Este informe mencionaba los “centros de atención primaria” propuestos como el eje de la regionalización de los servicios en ese país⁵⁶. 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 Ata¹⁰⁷.

Atención Primaria de Salud (APS): en 1978 la Declaración de Alma Ata definió la APS como “atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a 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, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud²⁷”.

Atención Primaria Orientada a la comunidad: es 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 primaria⁸⁷.

⁴ Definiciones de trabajo sujetas a clarificación resultante de discusiones, nuevos hallazgos de investigación u otras opiniones consideradas. Agradecemos las sugerencias sobre cómo mejorar y operacionalizar estos conceptos.

Dar respuesta a las necesidades de 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 social⁸⁶. 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 personas⁹⁰. La capacidad de respuesta se define también como atención con las siguientes características: abordaje holístico de las personas; profesionales con conocimiento de las personas; atención y empatía; confianza en los médicos; atención acorde con las necesidades de los pacientes; posibilidad de decisiones médicas compartidas entre médicos y pacientes¹⁰⁹.

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 de mayor complejidad, cuando ésta no está disponible a 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 tiempo⁸⁹ y a la relación y el ordenamiento racional entre los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad⁹⁰.

Derecho al nivel de salud más alto posible: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al “nivel de salud más alto posible”. El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre estado de salud y dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la participación³⁹ y comprende la libertad de controlar (por ejemplo el control de las propias decisiones reproductivas) y la libertad de defender el derecho (por ejemplo a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda)¹¹⁰. El enfoque de derechos supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actores responsables (como por ejemplo 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. Algunos tratados internacionales definen los derechos de los ciudadanos como: el derecho a liberarse de condiciones que interfieran 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 nivel de salud más alto 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)¹¹¹.

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 a 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”¹⁰¹. 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 (esperanza 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. En lo 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, este enfoque utiliza la información poblacional para tomar decisiones sobre planificación de salud, gerencia y localización 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 una población dada.

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 relevantes⁹⁴. 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 laboral⁹⁵. 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 salud⁹⁰.

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 geográficos⁹¹.

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)⁹².

Funciones esenciales en salud pública: estas 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; viii) Garantía de calidad en personal y servicios de salud acorde con las necesidades de la población; ix) Investigación en salud pública; y x) Reducción del impacto de las emergencias y los desastres sobre la salud⁹³.

Intersectorialidad: la medida en 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 en el 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 obligaciones¹¹².

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.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): la Declaración del Milenio es un marco para el trabajo conjunto de los países y la mejora de su desarrollo; reconoce como valores esenciales, para las relaciones internacionales en el Siglo XXI: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto por la naturaleza y la responsabilidad compartida¹⁰². Los objetivos del Desarrollo del Milenio fueron formulados en el marco de los acuerdos internacionales contenidos en la Declaración del Milenio, estos objetivos incluyen: la erradicación de la pobreza extrema y el hambre; el logro de la educación primaria universal; la promoción de la equidad de género y la transferencia de poder a las mujeres; la reducción de la mortalidad infantil; la mejora de la salud materna; la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; la garantía de la sostenibilidad ambiental; y el establecimiento de una alianza mundial para el desarrollo.

Organización y gestión óptimas: incluye la habilidad para anticipar el futuro (planificación estratégica), adaptarse al cambio (gestión 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 la asignación de recursos (por ejemplo equidad, costo-efectividad y oportunidad) y la selección de las estrategias adecuadas para obtener ganancias en salud con equidad. Requiere un marco legal, político e institucional sólido que defina las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legales y financieros que permitan a la APS desempeñar sus funciones específicas, articularse con otros componentes del sistema de salud y trabajar a través de los sectores en la intervención de los determinantes de salud.

Orientación hacia la calidad: la medida en la cual 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 actual¹⁰⁸. 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 equidad⁴¹; este concepto integra la calidad técnica y la satisfacción del usuario con los servicios.

Participación: 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 profesional¹⁰³. 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, el control social sobre la acción pública y la equidad⁹³.

Pertinencia: 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 en la evidencia objetiva. Esta es una medida por medio de la cual se establecen prioridades, asumiendo que los problemas más importantes deben abordarse primero⁹⁹.

Prevención: la prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la *prevención primaria*, dirigida al manejo de la enfermedad antes de que ésta se presente; la *prevención secundaria*, una vez la enfermedad aparece; y la *prevención terciaria*, cuando la enfermedad sigue su curso¹⁰⁴. 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 exposición¹⁰⁵. 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”¹⁰⁶.

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 la atención a necesidades de otros tipos, además de las de salud.

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 donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora 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 específicas⁹⁸. 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 competentes de la salud tienen los conocimientos y habilidades necesarios y están ubicados y distribuidos geográficamente de acuerdo con las necesidades de implementación de la APS. Este concepto implica generalmente la disponibilidad de una gran 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 comunidades⁸⁶.

Rendición de cuentas: proceso que obliga a los actores a responder por sus actos⁸⁵. En el caso de los gobiernos incluye la obligación de entregar y divulgar regularmente, en forma coherente y detallada, los propósitos, principios, procedimientos, relaciones, resultados, ingresos y gastos, a todas las partes interesadas e involucradas directa e indirectamente, de forma tal que puedan ser evaluados por las partes interesadas⁸⁴. 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 sólo como la ausencia de enfermedad”⁹⁶. 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 humano¹¹. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerequisites de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad⁹⁷.

Sistema de salud: la OMS define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud”⁹⁹. 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 (por ejemplo 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 formas¹⁰⁰. 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 servicios⁹⁹.

Sistema de Salud Basado en la APS: es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un Sistema de Salud Basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

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 metas, que no pueden alcanzarse individualmente. Esto es posible por los intereses comunes, que se forjan gracias a la interacción intensa y frecuente entre los miembros de un grupo¹¹³. 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 humana¹¹⁴.

Sostenibilidad: la capacidad de satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la facultad de satisfacer las del futuro⁸⁴.

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	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). Desarrollo del enfoque de Atención Primaria Orientada a la Comunidad en Sudáfrica y Estados Unidos.	Establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional (1902). Esperanza de Vida: 55, 2 años (1950-1955).
1960	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.	Aumento acelerado en el entrenamiento de profesionales de salud e inversión en infraestructura a través de las Américas.
1970	Expansión del programa de los "Médicos Descalzos" en China. La publicación <i>Contact</i> utilizó, posiblemente por primera vez, el término "Atención Primaria en Salud". Las necesidades básicas se priorizaron: alimentación, vivienda, agua, suministros, servicios médicos, educación y empleo. Halfdan Mahler es elegido director general de la OMS. Durante su mandato respaldó eficazmente el trabajo comunitario (1973). Primera Conferencia de Población (1974). La 28ª Asamblea Mundial de la Salud establece como prioridad la construcción de Programas Nacionales en APS (1975). Conferencia Internacional de Alma Ata (1978). Erradicación de la viruela (1979). Atención Primaria en Salud Selectiva (1979).	El Informe Canadiense Lalonde formula el concepto de determinantes "no médicos" de la salud (1974). Carencias en la capacitación de los agentes comunitarios de salud. Desarrollo de metas regionales de salud. Proyectos de Atención Primaria dirigida a la Comunidad desarrollados en pequeña escala en Venezuela y en Centroamérica, entre otros. Esperanza de vida: 66 años (1978).
1980	Salud para Todos. OMS pone en marcha un programa de lucha contra el VIH/SIDA. Expansión de APS selectiva y programas verticales. Conferencia de Población (México, 1983).	Desarrollo del Plan de Acción Regional. Depresión económica. Deterioro de los servicios públicos. Se inicia un periodo de gobiernos democráticos en algunos países. Dependencia de los donantes. Enfoque de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Renovación de la participación comunitaria. Cobertura de vacunación para sarampión: 48%. Incidencia de sarampión: 408/1,000,000 hab.
1990	Desarrollo sostenible. Concepto de Desarrollo Humano. El Banco Mundial señala la necesidad de combatir la pobreza e invertir en salud. La Reforma del Sector Salud promueve un paquete básico de servicios de salud. Cambio en el papel del Estado. Cumbre a favor de la Infancia (Nueva York, 1990). Cumbre de la Tierra (Rio, 1992). Conferencia sobre Población y Salud Reproductiva (Cairo, 1994).	Epidemia de cólera. Deterioro progresivo de las condiciones de vida y del entorno social y físico. Algunas reformas de salud fortalecieron la APS (Cuba, Costa Rica). Se fortalecen los ministerios de salud. Plan de Inversión en Ambiente y Salud- PIAS. Fin de la guerra civil en Centroamérica. Eliminación de la polio en las Américas (1994). Esperanza de vida: 72.0 años (1996).
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). Comisión sobre los determinantes sociales de la salud.	Cobertura de vacunación contra el sarampión: 93%. Incidencia de sarampión: 2 /1, 000,000 hab. Esperanza de vida: 72,9 años (1995-2000).

Fuentes: 33,79,115-118

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"> • Visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo • Indiferencia hacia los determinantes de salud • Carencia de un enfoque preventivo y de autocuidado de la salud • Énfasis excesivo en la atención curativa y especializada • Operacionalización insuficiente de los conceptos de APS • Diversidad de interpretaciones de la APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque integral de salud y sus determinantes • Promoción de la salud comunitaria • Promoción de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria • Necesidad de establecer con claridad el papel de la salud pública, la APS, la promoción de la salud y el desarrollo humano
Sistemas de Salud Segmentados y Fragmentados	<ul style="list-style-type: none"> • Las reformas de salud que han segmentado y dividido a las personas • División entre los sectores público, de seguridad social y privado • Falta de coordinación y de sistemas de referencia • Capacidad regulatoria deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal como componente de la inclusión social • Servicios basados en las necesidades de la población • Funciones de coordinación en todos los niveles • Atención basada en la evidencia y la calidad
Liderazgo y gerencia	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de compromiso político • Centralización excesiva de la programación y la gerencia • Débil liderazgo y falta de credibilidad ante los ciudadanos • Movilización de intereses opuestos a la APS • Participación comunitaria limitada y exclusión de otros sectores partidarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación periódica de desempeño • Procesos participativos de reforma • Identificación correcta de las prioridades sectoriales • Plataforma neutral para levantar consensos • Integración de la cooperación local y mundial • Sistema de referencia operantes y expeditos
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones inadecuadas de empleo • Pobre desarrollo de competencias • Escasa motivación en investigación operativa y desarrollo • Pobre utilización de técnicas de gerencia y comunicación • Cultura de enfoque curativo y biomédico 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo • Educación profesional continua • Desarrollo de equipos multidisciplinarios • Promoción de la investigación • Desarrollo de habilidades gerenciales
Condiciones financieras y macroeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sostenibilidad política y financiera de la APS • Gasto público concentrado en especialistas, hospitales y alta tecnología • Insuficiencia de presupuestos asignados a la APS • Globalización e inestabilidad económica 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas para garantizar sostenibilidad financiera en el tiempo • Sistemas para la utilización eficiente y equitativa de recursos • Sistemas de información gerencial y de salud fortalecidos e integrados • Políticas macroeconómicas más sólidas a favor de la población pobre
Estrategias de cooperación internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias y prioridades dirigidas a enfermedades específicas • Valores sociales no considerados en las iniciativas de la reforma • Objetivos con énfasis excesivo en el tiempo que no reflejan las necesidades • Poca continuidad de las políticas de salud • Enfoques excesivamente verticales y centralizados • Ausencia de marco legal para implementar políticas de calidad • Transferencia de costos a los ciudadanos sin la debida consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • La APS refleja los valores sociales y las necesidades en salud de la población • La APS es un elemento central de las políticas nacionales de salud • Las reformas fortalecen el papel rector del Estado • Marcos políticos y legales propicios para las reformas de salud • Políticas progresivas de descentralización • Las reformas de salud fortalecen los sistemas de salud

Fuentes : ^{1,3,11,33,76,119-122} y los informes de país generados como parte del proceso consultivo para la renovación de la APS

Referencias

1. Pan American Health Organization. Health in the Americas (Vols I and II). Washington, DC: PAHO, 2002.
2. The Earth Institute. A race against time: The challenge of cardiovascular disease in developing economies. New York: Columbia University, 2004.
3. Arraigada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico, y consumo de drogas en América Latina. Santiago: ECLAC, 2000.
4. Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (March). Geneva: WHO, 2005.
5. 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.
6. Stiglitz J. Globalization and its discontents. New York: W.W. Norton & Co., 2003.
7. United Nations Development Program. Human Development Report. New York: Oxford University Press, 2003.
8. Sen A. Development as freedom. New York: Alfred Knopf, 1999.
9. World Health Organization. Health and Human Rights. Available <http://www.who.int/hhr/en/>, December 14, 2004.
10. Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
11. 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.
12. 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.
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. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right; A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press, 2004.
15. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy 2005;71:83-96.
16. Kekki P. Primary health care and the Millennium Development Goals: issues for discussion. Geneva: WHO, 2004.
17. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. World Health Organization. Chapter 7: Health Systems: principled integrated care. In: WHO, editor. World Health Report 2003. Geneva: WHO, 2003.
22. World Health Organization. A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO, 2003.
23. World Health Organization. Multi-country Evaluation of IMCI: Main Findings: WHO, 2004.
24. 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.
25. Tejada de Rivero D. Alma-Ata Revisited. Perspectives in Health 2003;8(2):2-7.
26. Institute of Medicine. Defining Primary Care: An Interim Report. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
27. 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.
28. 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.
29. Movement PsH, editor. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.
30. Vuori H. Primary health care in Europe--Problems and solutions. Community Medicine 1984;6:221-31.
31. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. Health Policy 1985;4(3):221-30.
32. World Health Organization. Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000. Geneva: WHO, 1981.
33. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health 2004;94(11):1864-74.
34. 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.

35. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004;23(3):167-76.
36. 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.
37. 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.
38. World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Geneva: WHO, 1996.
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. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8.
42. Sen A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford University Press, 1992.
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, Fleming DV. The expanded behavioral model of access. *Health care in the US: Equitable for whom?* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
46. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
47. 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.
48. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
49. 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.
50. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-16.
51. 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.
52. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(1):155-7.
53. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330-6.
54. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727-34.
55. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994;24(3):431-458.
56. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
57. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273-80.
58. 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.
59. 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.
60. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter* 2004;42.
61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995;274(4):305-11.
65. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)* 2000;433(1-5).
66. 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.
67. 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.
68. 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.

69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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.
75. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All. Final Report. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All; 1998; Washington, DC. PAHO.
76. Banerji D. Alma-Ata showed the route to effective resource allocations for health. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):707-708.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st Century. Geneva: WHO, 2005.
81. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9362):995-1000.
82. Birdsall N, Szekely M. Bootstraps, not Band-Aids: Poverty, equity and social policy. Working paper 24. Washington, DC: Center for Global Development, 2003.
83. 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.
84. European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. Available: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=A>, Accessed: December 13, 2004.
85. Brown LD, Fox JA. The struggle for accountability: the World Bank, NGOs, and grassroots movements. Cambridge, MA: MIT Press, 1998.
86. Commonwealth Department of Health and Family Services. Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997.
87. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002;92(11):1748-55.
88. WONCA. Improving health systems: the contribution of family medicine, A guide book. Copenhagen, 2002.
89. Timmreck T. *Health Services Cyclopedia Dictionary*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 1997.
90. Institute of Medicine. Primary Care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.
91. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:452-454.
92. Starfield B, Paganinni J. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health* 2000;54:324-325.
93. Pan American Health Organization. Public Health in the Americas: New concepts, performance analysis and bases for action. Washington, DC: PAHO, 2002.
94. Institute of Medicine. Community-Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery. Washington, DC: National Academy Press, 1983.
95. WONCA E. The European definition of General practice/Family Medicine. Copenhagen, 2002.
96. 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.
97. Ottawa Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986 November 1986; Ottawa, Canada.
98. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998.
99. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.
100. Mills AJ, Ranson MK. The design of health systems. *International Public Health*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 2001.
101. United Nations Development Program. Glossary: human development. available: <http://hdr.undp.org/hd/glossary.cfm> (Accessed: July 5, 2005).

102. UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York: Millennium Project, 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. 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.
109. Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. J Fam Pract 1996;42:129-37.
110. UN Committee on Economic S, and Cultural Rights,. General comment 14 on the right to health. Geneva: UNCESCR, 2000.
111. World Health Organization. Draft WHO glossary on social justice and health (June 5, 2005 v1). Geneva: WHO, 2005.
112. Wikipedia. Social justice. Accessed: June 30, 2005 Updated: 24 June 2005;Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Social_justice.
113. Kendall D. Sociology in our Times: The Essentials. 3rd ed. Ontario: Wadsworth/Thomson Learning, 2003.
114. Durkheim E. Suicide (1897). New York: The Free Press, 1951.
115. 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.
116. Rodríguez-García R, Goldman A. La conexión Salud-Desarrollo. Washington, DC: PAHO, 1996.
117. Pan American Health Organization. La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Americas: Informe anual de la Directora. Washington, DC: PAHO, 2003.
118. Storia dell'eradicazione della poliomielite. Available: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/polio/Timeline.pdf> December 21, 2004.
119. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Santiago: CEPAL, 2004.
120. 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.
121. Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. Health Policy Plan 2004;19(6):380-90.
122. Lewis MJ. A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.