

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
UNA REVISION DE PRÁCTICAS Y TENDENCIAS**

**Ministerio de Salud de Panamá
Representación de OPS/OMS en Panamá**

Junio de 2004

INDICE

Resumen ejecutivo.....	5
1 Antecedentes históricos de APS.....	7
2 Definición y conceptos relacionados.....	11
APS: ¿un nivel de atención o una estrategia?.....	11
Elementos claves de la estrategia de Atención Primaria de Salud.....	11
APS: percepciones y conceptos relacionados.....	13
APS: modelo organizativo.....	14
3 La APS en un mundo cambiante: revisión de contexto desde Alma-Ata.....	17
Cambios socioeconómicos.....	17
Cambios demográficos y epidemiológicos.....	19
Cambios ambientales.....	21
Cambios de política.....	21
4 Dificultades en la ejecución de la APS.....	25
5 El impacto de la APS.....	27
6 Buenas prácticas.....	31
América Latina y el Caribe.....	31
Otras regiones.....	32
7 Retos futuros.....	35
Recursos humanos.....	35
Sistemas de información en salud.....	37
Financiamiento.....	37
Rectoría y participación comunitaria.....	38
Conclusiones.....	39
Anexo: Listado de las principales declaraciones, resoluciones, iniciativas y compromisos sobre Atención Primaria de Salud y Salud para Todos.....	41
OPS.....	41
OMS.....	41
Iniciativas y compromisos.....	42
Bibliografía.....	43

Resumen Ejecutivo

En el marco de la celebración del vigésimo quinto aniversario de la histórica **Declaración de Alma-Ata**, nos place poner a disposición el documento "**Atención Primaria de Salud: una revisión de las prácticas y tendencias**".

En este documento se pretende retomar el compromiso sociopolítico adoptado por 134 naciones, la OMS y UNICEF en 1978, en la histórica reunión en Alma-Ata, donde se definió a la salud como un derecho humano inalienable y se adoptó la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), como un medio para alcanzar la inspiradora meta social de "Salud Para Todos".

Aquí se define el concepto de APS y describe su evolución en los contextos históricos de los siguientes decenios. Se brinda una visión panorámica de los cambios que ha experimentado el mundo durante un cuarto de siglo; se destacan, tanto progresos como retrocesos, en la ejecución de la estrategia de APS y se recogen experiencias de algunos países que han servido para ilustrar prácticas adecuadas. También se brinda una síntesis de los retos futuros que tendrán que ser superados para implementar un sistema de salud basado en los principios de APS.

El documento concluye con un listado de algunas resoluciones y declaraciones de la OPS/OMS así como con compromisos e iniciativas relacionados con las mismas. Igualmente, se añadieron referencias para lecturas adicionales recomendadas, que fueron elegidas por su relevancia, actualidad y utilidad para el debate.

El propósito de este documento es brindar información a un amplio público, desde estudiantes a profesionales de la salud y los contenidos del mismo, pueden ser utilizados con diferentes propósitos, ya que se busca estimular el interés del lector y abrir caminos para el desarrollo de nuevas líneas de investigación sobre los temas presentados.

Queremos agradecer el arduo trabajo de recolección y sistematización de la información realizado por la Dra. Marjolein Jacobs, quien con su experiencia y conocimiento del tema, dio origen a este documento. Asimismo, queremos reconocer los importantes aportes realizados por funcionarios del Ministerio de Salud de Panamá, en especial del Dr. René Bradshaw y de los funcionarios de OPS/OMS, tanto del Programa Regional de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud en la persona del Dr. Hernán Montenegro, como de los consultores de la Representación en Panamá.

1 *Antecedentes históricos de APS*

La Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) de 1978, fue el resultado de tendencias en el pensamiento sobre el desarrollo de los servicios de atención en salud ocurridos a partir de la segunda guerra mundial¹. Representó un hito histórico de suma importancia: fue la primera y la mayor hasta esa fecha, conferencia celebrada en torno a un único tema (participaron 134 naciones y 67 organizaciones, tanto del Sistema de Naciones Unidas como organismos no gubernamentales). En Alma Ata se cristalizaron ideas revolucionarias que dieron como resultado un consenso que fundamenta los principios de salud y desarrollo internacional. Asimismo, la Declaración de Alma-Ata preparó el camino y creó las condiciones para lograr significativos compromisos de ámbito global tales como los logrados en la Cumbre Mundial de la Infancia, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Conferencia Mundial sobre la Mujer, los compromisos de Copenhague y los recientemente adoptados Objetivos de Desarrollo del Milenio,² entre otros.

Las tendencias en el pensamiento sobre salud, arriba mencionado, incluían entre otras:

- un cambio gradual en la percepción de qué es salud, que se refleja en la definición de salud de la OMS;
- una mejor comprensión de las principales causas subyacentes de los daños a la salud, incluyendo deficiencias en agua segura y saneamiento, mala nutrición, viviendas inadecuadas y pobreza;
- el reconocimiento de la importancia de iniciativas en salud pública preventiva, como el programa de inmunizaciones, producto del cual se lograron éxitos en la lucha contra la viruela en los años setenta;
- la responsabilidad de los individuos de asumir un papel protagónico en mantener y cuidar su propia salud y la de su entorno. Responsabilidad individual sobre la salud.

Estas nuevas ideas señalaban la necesidad de desarrollar un nuevo enfoque, alejándose del limitado modelo médico vigente, con el fin de incluir las comunidades y los sectores más amplios de la sociedad en la toma de decisiones y las acciones relativas a la salud.

Aún más, el reconocimiento que el crecimiento económico por sí mismo no necesariamente se desplazaría hacia sectores más bajos en la escala social para distribuirse equitativamente (más bien todo lo contrario), produjo un marcado cambio en la teoría del desarrollo, planteándose en forma más explícita los fines sociales del desarrollo económico.

Paralelamente a estos acontecimientos, algunos países en vías de desarrollo habían estado enfrentando sus problemas de salud con recursos financieros, tecnológicos y humanos limitados. Varias de estas experiencias fueron analizadas en los años sesenta y setenta y llegaron a ser conocidas mundialmente, tales como: la experiencia de médicos de pies descalzos en China y la de los trabajadores comunitarios de salud en Tanzania. Algunos países, como Sri Lanka y Costa Rica, lograron alcanzar muy buenos niveles de salud a bajo costo, agregando notablemente de 15 a 20 años a la esperanza de vida al nacer, en un periodo menor de 2 decenios.³

Vale la pena observar que en América Latina,⁴ ya en los años sesenta, movimientos progresistas condujeron al reconocimiento del rol de la salud como agente del desarrollo. El Plan Decenal de las Américas de los años sesenta introdujo un método de planificación local en salud que ha sido considerado como un factor importante en la promoción del fortalecimiento de las capacidades locales. También favoreció el reconocimiento de la función del nivel local en el desarrollo de políticas sociales durante los siguientes decenios.

El Plan Decenal de las Américas de los años setenta destacó la necesidad de ampliar la cobertura de servicios de salud al menos al 30% de la población que, según estimados de la época, no tenían acceso a la atención de salud. Dentro de un contexto caracterizado por la crisis económica vinculada a la súbita escalada de los precios del petróleo y la vigencia de gobiernos dictatoriales en la mayoría de los países de América Latina, los países de la Región de las Américas se avocaron al desarrollo de sus servicios de atención primaria de salud. Las experiencias que obtuvieron mayor notoriedad y que fueron consideradas como las de mayor éxito en el desarrollo de servicios de atención primaria de salud en América Latina, se dieron en los sistemas de salud de Chile, Cuba y Costa Rica.

La OMS, bajo el liderazgo del Director General, Halfdan Mahler (1973-1988), viabilizó la utilización de estas nuevas ideas y experiencias y las promovió en todo el mundo en forma de un “grito de guerra”⁵ para estimular a las personas a tomar acción, ya que para fines de los años setenta, la morbilidad y la mortalidad, especialmente de las comunidades rurales, aún no habían mejorado; y, en algunos casos, estaban deteriorándose.⁶ Se estimaba que más de la mitad de la población mundial no recibía una atención en salud adecuada.

En 1978, la OMS, junto con el UNICEF y los países miembros presentes en Alma-Ata, (ahora Almaty-Kazakhstan) se comprometieron a enfrentar el gran reto moral y técnico de definir la salud como un derecho humano fundamental y adoptaron la estrategia de APS para alcanzar la meta de “Salud para Todos”.

La Declaración final de la conferencia de Alma-Ata tenía 10 puntos principales, resumidos a continuación.

- I. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.
- III. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando al máximo posible, la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- VII. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- VIII. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.
- IX. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

Alma-Ata: Un Llamado para la acción

"La Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud realiza un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y particularmente en los países en vías de desarrollo en un espíritu de cooperación técnica y en el marco de un nuevo orden económico internacional. Se incentiva los gobiernos, OMS y UNICEF, y otras organizaciones internacionales, así como agencias multilaterales y bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias financiadoras, todos los trabajadores de la salud y toda la comunidad mundial...a colaborar introduciendo, desarrollando y manteniendo atención primaria de consonancia con el espíritu y contenido de esta Declaración."

Fuente: Alma-Ata: 25 Años después, David A. Tejada de Rivero; Revista Perspectivas de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Volumen 8, Número 2, 2003.

Lectura adicional recomendada

- Alma-Ata: 25 Años Después, David A. Tejada de Rivero; Revista Perspectivas de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Volumen 8, Número 2, 2003.
- The reflections of Dr J.H. Bryant at the Madrid International meeting on Strategic Directions for PHC, October 2003.

2 Definición y conceptos relacionados

APS: ¿un nivel de atención o una estrategia?

En la conferencia de Alma-Ata en 1978, la APS se definió tanto como un nivel de atención a la salud como una estrategia para el desarrollo de la salud. Desde entonces, estos dos significados asociados con APS han sido la fuente de percepciones divergentes y debates.^{7,8} Hoy en día, cada país tiene una definición operativa diferente de lo que es APS, desde interpretaciones estrechas hasta puntos de vista amplios, con una gama de conceptos intermedios, que pueden estar presentes aún dentro de un mismo país.

Atención Primaria de Salud: una función de salud esencial

“Atención Primaria de Salud es el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en si mismo y de autodeterminación. La APS forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. La APS es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de un proceso continuo de atención en salud.”

Las definiciones más limitadas de APS, generalmente la consideran como los servicios de salud esenciales prestados en el primer nivel del contacto entre los trabajadores de salud y los individuos. Se refiere principalmente a la atención médica primaria dada en el primer nivel de una cadena de referencia, donde los casos complejos son remitidos a los niveles secundario y terciario de atención a la salud.

En los países de ingresos altos y medianos o en los países donde se ha alcanzado una alta cobertura de servicios de salud predomina esta última definición, que se refiere principalmente a la atención a la salud brindada por médicos generales (con práctica individual o en equipo), los médicos de familia o centros de salud comunitarios, quienes actúan como la puerta de entrada al resto del sistema de salud y atienden a la gran mayoría de las demandas por servicios de salud de la población.

En los países donde persisten importantes retos para brindar a la población el acceso a los servicios de salud, la definición de APS es más amplia. La APS se ve más como una estrategia para una atención sanitaria basada en principios de justicia social. La APS hace un llamado por la democratización de los servicios de salud. El concepto está dirigido en términos ideológicos. La APS se convierte en parte del proceso de desarrollo.

Pero la APS es también una filosofía: “...en lugar de ser apenas la adición de otro nivel u otra capa en la base de la estructura de los servicios de salud, sólo para aquellos que utilizan recursos de la comunidad, la estrategia de APS implica un reordenamiento de las prioridades que deben impregnar todos los niveles y sectores involucrados en la promoción de la salud”.⁹

Elementos claves de la estrategia de Atención Primaria de Salud

En el “Informe sobre la salud en el mundo 2003”, la OMS¹⁰ reconoció que, desde la perspectiva de un sistema de salud, el conflicto potencial entre los dos conceptos de APS puede conciliarseⁱ. “Los principios de la APS establecen las pautas para el funcionamiento del sistema de salud y se integran al mismo como un todo”.

Principios de la Atención Primaria de Salud

El enfoque de la Atención Primaria de Salud abarca los siguientes principios:

- Equidad.
- Envolvimiento de la Comunidad.
- Colaboración Intersectorial.
- Tecnología Apropiaada y Costos Accesibles.
- Promoción de Salud.

Las revisiones recientes sobre APS realizadas a nivel mundial¹¹ han llegado a un consenso de que los principios de APS mantienen todavía su validez y que deben seguir guiando el desarrollo de los sistemas de salud.

El “Informe sobre la salud en el mundo 2003” de la OMS, recomienda que los sistemas de salud basados en la APS, consideren lo siguiente:

- Tendrán en cuenta problemáticas de salud de la población en general, que reflejen y refuercen las funciones de salud pública.
- Organizarán servicios de atención integrados y continuos, donde estarán vinculados la prevención, la atención de procesos agudos y de procesos crónicos, a través de todos los componentes del sistema de salud.
- Evaluarán y harán un esfuerzo continuo por mejorar el desempeño.
- Retomarán los criterios de salud de la población como la base para la toma de decisiones. Esto afectará la manera como los servicios de atención de salud serán organizados, financiados y prestados a la población.

ⁱ (1) La concepción que la APS debe entenderse como un nivel de atención y (2) la concepción según la cual la APS debe entenderse como un enfoque general.

Actividades propuestas de APS

La Conferencia de Alma-Ata recomendó que la APS debiera incluir, como mínimo, un conjunto de actividades, entre las que se mencionaron las siguientes:

- Educación en salud.
- Promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta.
- Agua segura y saneamiento básico.
- Atención materno infantil, incluyendo planificación familiar.
- Inmunización.
- Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- Provisión de medicamentos esenciales.

APS: percepciones y conceptos relacionados

En un entorno donde subsisten grandes desigualdades sociales, el enfoque de la APS en el primer nivel de atención y algunos de los atributos de la APS, como énfasis en tecnología apropiada, autosuficiencia de la comunidad y medicamentos esenciales, ha traído consigo la persistencia de percepciones que identifican la APS con baja y primitiva tecnología, atención rural de bajo costo y calidad dirigida a poblaciones pauperizadas; lo que contrasta con la atención médica sofisticada de alta tecnología que dispone la población de mayores recursos económicos. Entre otros factores, las dificultades de la puesta en práctica de la APS han resultado frecuentemente en servicios poco eficaces o de baja calidad y así han contribuidos a una percepción negativa.

En los años ochenta, la idea que la APS no era factible a corto plazo con los recursos disponibles, condujo al desarrollo de la estrategia de APS Selectiva¹² (supervivencia infantilⁱⁱ). Este movimiento propuso seleccionar enfermedades prioritarias para concentrar intervenciones sobre las mismas, basadas en criterios establecidos en el ámbito central, lo cual condujo y/o reforzó el desarrollo de programas verticales enfocados a enfermedades específicas. Este enfoque produjo importantes beneficios, como por ejemplo, la reducción de la mortalidad infantil; pero, entró en conflicto con varias ideas de APS como la de integración de los servicios o de la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades de salud. Ello en cierta forma, significó el regreso al modelo de atención curativa, dejando atrás la necesidad de atacar los factores determinantes de la salud.

En los años noventa, reconociendo las continuas limitaciones de recursos que enfrentaba el sector salud de la mayoría de los países, el Banco Mundial¹³ propuso una herramienta para el establecimiento de prioridades (AVADⁱⁱⁱ) que reunía, en un sólo indicador, información sobre el impacto de las intervenciones en reducir la carga de morbilidad con información de su costo. Con este instrumento, se clasificaban en orden de mayor a menor costo beneficio, y se seleccionaban las intervenciones prioritarias que conformarían un conjunto mínimo de servicios clínicos conocidos como Paquetes Esenciales de Servicios de Salud.¹⁴ Al igual que en el enfoque de APS selectiva de los años ochenta, esta estrategia tampoco respondía adecuadamente a los principios de equidad y participación comunitaria enunciados en la APS.

ⁱⁱ Monitoreo de crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna, inmunizaciones, planificación familiar, seguridad alimentaria.

ⁱⁱⁱ Años de vida ajustada para discapacidad.

APS: modelo organizativo

Para 1985, se habían logrado importantes conquistas en modelos organizativos para la ejecución de la APS. Por ejemplo, en las Américas se desarrolló el concepto del Sistema de Salud Distrital^{15,16}, conocido como “Sistemas Locales de Salud” (SILOS). En Europa se desarrolló el enfoque de “áreas de captación” o “pequeñas áreas” o “grupos intermedios”.

El Sistema Local de Salud (SILOS) es un segmento auto contenido del sistema nacional de salud; incluye a todas las instituciones (ya sean gubernamentales, de la seguridad social, no gubernamentales, privadas o tradicionales) así como a individuos que proporcionan atención de salud en una zona administrativa y geográfica claramente definida. Sus componentes incluyen la organización general, la planificación y el manejo de los recursos, así como la ejecución de la atención primaria de salud.

A nivel local (distrital, municipal, etc.) se puede lograr la integración de los programas verticales, así como la acción coordinada de las agencias del gobierno y de los sectores privados. El Sistema de Salud Local tiene la capacidad de manejar temas de salud, como la promoción y protección de la salud, el saneamiento, el ambiente y la participación comunitaria para lograr un desarrollo sanitario sostenible. Además, muchos sectores claves, para el desarrollo, están representados a este nivel, lo que facilita la cooperación intersectorial.

La reorganización de los servicios desde su perspectiva local y la descentralización de la administración pública, con que frecuentemente está asociada, han sido el motor para una verdadera reforma en salud, alejándose del modelo puramente médico y desplazándose hacia un modelo de “salud” basado en la APS. Esto se ha visto en ciertos países, como en el Brasil.¹⁷ Sin embargo, en muchos países, el concepto de sistemas distritales de salud ha sido adoptado de forma equivocada, limitándose a reformas de gestión y prácticas administrativas o al desarrollo de los programas verticales a nivel distrital.¹⁸

El concepto de salud local

Típicamente, un distrito de salud abarca una población de entre 100 000 a 300 000 personas y está conformado por una red de centros de salud polivalentes y un hospital distrital interconectado a través de un sistema racional de referencia. Cada centro de salud cuenta con un pequeño equipo de salud dirigido por una enfermera o por un médico. El equipo de salud brinda toda clase de servicios y actividades preventivas de primera línea y tienen responsabilidad sobre una población entre 5000 a 15000 personas. Pueden haber variantes en este sistema como puestos periféricos con solo un personal o centros de salud con camas, lo cual depende de las características y limitantes en cada lugar. Los trabajadores comunitarios de salud no son la piedra angular de este sistema de salud, sino un complemento del sistema que en efecto es dirigido por profesionales de la salud. *Fuente: Atención Primaria de Salud versus asistencia médica de emergencia: un marco conceptual (Primary health care vs. emergency medical assistance: a conceptual framework) por W. van Damme et al in Health Policy and Planning; 17 (1): 49-60. Oxford University Press 1997.*

La aplicación de la estrategia de APS no ha transcurrido sin dificultades. La estrategia de APS ha sido influenciada por el ambiente socioeconómico vigente y la crisis de carácter económico que se ha presentado periódicamente; esto será examinado, con mayor detalle, en el próximo capítulo.

Lectura adicional recomendada

- APS en el “Informe sobre la salud en el mundo 2003” de la OMS.

3 La APS en un mundo cambiante: revisión de contexto desde Alma-Ata

Cambios socioeconómicos ¹⁹

Cambios importantes han tenido lugar durante los dos últimos decenios, como la rápida industrialización y urbanización en América Latina; así, por ejemplo, en América Latina²⁰ en el año 2000, 76% de la población se había urbanizado. Otro cambio fundamental ha sido la globalización progresiva de la economía mundial y el desarrollo de mercados abiertos. Esto influye en la salud de las poblaciones y sus sistemas de salud, en varias formas.²¹

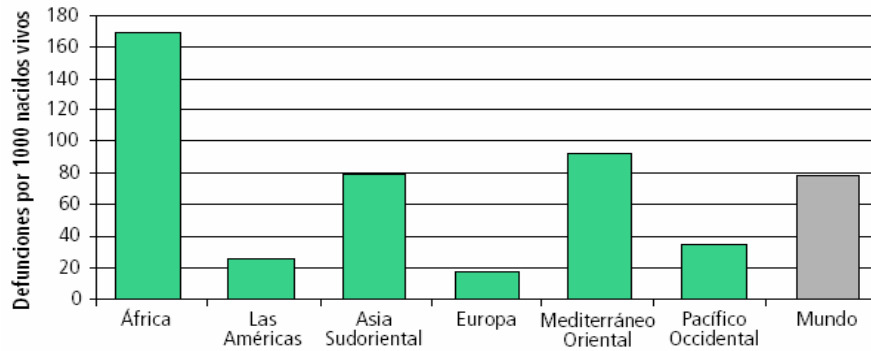
La transformación de la economía mundial ha aumentado enormemente el volumen de transacciones pero también ha traído volatilidad financiera, la marginación de los países de ingresos bajos y la inseguridad laboral, como se pudo observar durante los derrumbes financieros ocurridos en México y el Sudeste Asiático.²²

El nuevo orden económico ha aumentado las desigualdades entre grupos, desigualdades que se reflejan en los indicadores de salud. Por ejemplo, a pesar del notable progreso mundial, cuando los datos de mortalidad infantil revelan crecientes inequidades entre los ricos y los pobres dentro de los países, así como entre los países¹⁰ (ver figuras 1 y 2).

La movilidad de la población, así como el aumento del comercio internacional o nacional, favorecen la transmisión rápida de enfermedades transmisibles o el apareamiento de riesgos de salud pública. Esto pudo ser ilustrado por la última epidemia de SARS y también por el elevado consumo de tabaco entre los jóvenes y las mujeres en los países en vías de desarrollo.

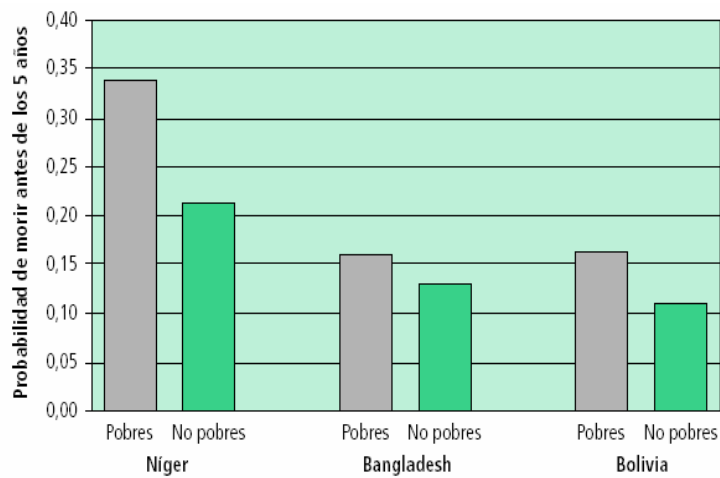
Estos cambios influyen también en el plano social; mientras los valores familiares y los sistemas tradicionales de apoyo comunitario se erosionan, aumentan el estrés y la depresión, los estilos de vida negativos, como la adicción a sustancias intoxicantes, los regímenes alimentarios deficientes y la falta de ejercicio.

Figura 1. Mortalidad infantil en las seis regiones de la OMS, 2002.



Fuente: OMS, Informe sobre la salud en el mundo, 2003.

Figura 2. Diferencias en mortalidad en la niñez en tres países en vías de desarrollo, por estado socioeconómico.



Fuente: OMS, Informe sobre la salud en el mundo, 2003.

En América Latina y el Caribe los niveles de ingresos de la región se duplicaron en los dos últimos decenios; pero, esta ganancia económica no se distribuyó equitativamente sino que benefició mayormente a aquellos que ya estaban en mejor situación. En efecto, la brecha de ingresos entre el tercio de la población más pobre y el tercio de la población más rica se triplicó.²³ En 2003, se calcula que habían 220 millones de pobres en la región de América Latina y el Caribe; es decir, aproximadamente el 43% de la población.²⁴ Se considera que un 20-25% de la población de la región todavía no tiene acceso a los servicios de atención de salud u otro tipo de medida de protección social.²⁵

En la medida en que la función del Estado ha ido cambiando de proveedor a regulador de los servicios de salud, entraron a formar parte del sector salud nuevos actores, desde los organismos no gubernamentales (ong's) hasta el sector empresarial. Esto creó oportunidades para el desarrollo sanitario; sin embargo, también aumentó la complejidad de las tareas emprendidas por los formuladores de políticas, administradores y profesionales del sector salud. Asimismo, se plantean preguntas acerca de la representatividad y la rendición de cuentas.

Las patentes de los medicamentos y los aspectos relativos al comercio en los convenios de propiedad intelectual pueden afectar negativamente a personas pobres quienes no pueden acceder ni pagar por los medicamentos costosos que podrían prevenir y salvar vidas. Esto ha sido ilustrado por la preocupación que existe a nivel mundial por la disponibilidad de los medicamentos para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA.

Por último, en la medida en que los niveles de alfabetización aumentan progresivamente, aumenta también la presión sobre el sector salud por parte de un número creciente de consumidores mejor educados que exigen servicios de salud que respondan a sus necesidades.

Cambios demográficos y epidemiológicos²⁸

Aunque se ha logrado un gran progreso en el control de enfermedades transmisibles, todavía quedan muchos retos. Por ejemplo, algunas enfermedades transmisibles, como el dengue o la tuberculosis, continúan siendo objeto de grandes luchas y todavía estamos muy lejos de ganar la batalla. La morbilidad y la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas persisten a niveles inadmisiblemente elevados²⁶ a pesar de la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas para su prevención. Lo mismo puede decirse acerca de las tasas de mortalidad y morbilidad maternas en países de menor desarrollo relativo.

Algunas enfermedades transmisibles, que fueron consideradas bajo control, como la malaria o la difteria, están ahora re-emergiendo, lo que es motivo de gran preocupación.

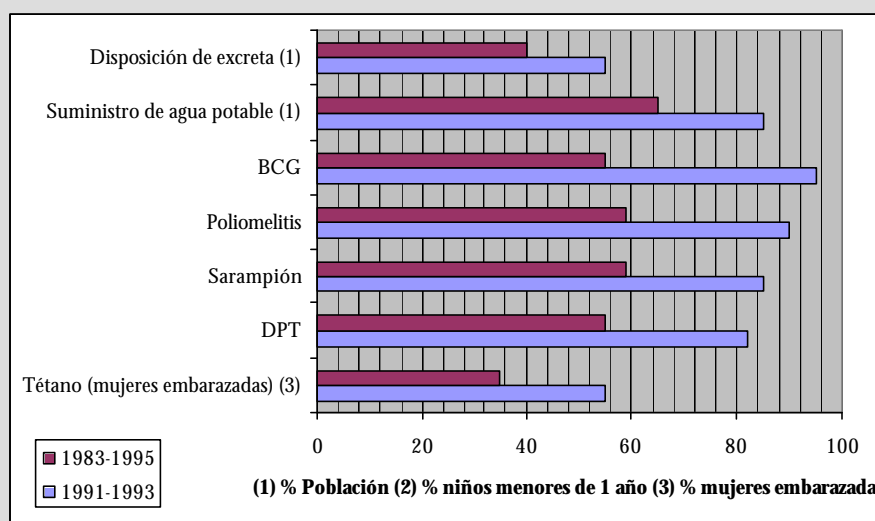
Nuevas enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/SIDA, están amenazando logros en salud que fueron alcanzados gracias al esfuerzo realizado durante casi un siglo. Es más, a pesar del progreso notable en los valores promedios de cobertura de la población por servicios básicos como inmunizaciones, agua potable y saneamiento (ver figura 3), se observa estancamiento y hasta deterioro de estos logros²⁷ en ciertos países.

Las enfermedades no transmisibles están en aumento, según indica el incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, así como por violencia y accidentes.

Muchos países, que se encuentran en la etapa de polarización epidemiológica, se enfrentan a una sobrecarga doble: por un lado, la persistencia, emergencia y re-emergencia de enfermedades transmisibles combinada; y, por otro lado, el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas, lo que incrementa aún más las presiones sobre sus sistemas de salud.

Figura 3. Cobertura de APS en países en vías de desarrollo.

Desde el inicio de los años ochenta ha habido un notable progreso en la cobertura de la población con elementos esenciales (o programas) de salud. La gráfica muestra el acceso a elementos seleccionados de APS en países en vías de desarrollo entre 1983-1985 y 1991-1993 (Fuente: OMS, 1998)



En América Latina, por ejemplo, dos tercios de todos los casos notificados de mortalidad son debidos a causas externas y a enfermedades crónicas, como neoplasias, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. Al mismo tiempo, la malnutrición sigue afectando a millones de personas.

El envejecimiento generalizado de las poblaciones es uno de los mayores retos para los sistemas de salud del mundo ya que los adultos mayores generan una gran demanda de servicios de salud y servicios sociales en general.

Cambios ambientales

Los temas ambientales están adquiriendo relevancia en la medida que, cada vez es más claro las graves consecuencias ambientales del calentamiento del planeta, de la deforestación y del deterioro de los suelos, que se está agravando como resultado de nuevas formas de producción. Recientemente ondas de calor, inundaciones y sequías han afectado a millones de personas.

En los últimos 25 años, se calcula que los desastres naturales ocurridos en América Latina, como terremotos, huracanes, aludes o deslizamientos de tierra y lodo, han cobrado la vida de casi 100 000 personas y han dejado sin hogar a 12 millones de personas.

Cambios de política

En los años ochenta, muchos países en vías de desarrollo adoptaron entusiastamente el enfoque de APS. Muchos de estos países, durante estos años, sufrieron serias crisis socioeconómicas relacionadas con el sobreendeudamiento agresivo y el concomitante servicio por deuda externa; los programas de ajuste estructural que se adoptaron como medida de solución a esta crisis, redujeron severamente la inversión social, particularmente en salud, incluyendo la ejecución de la estrategia de APS.

Así, en la Región de América Latina y el Caribe⁴ la primera mitad del decenio de los años ochenta fue una época de crisis; y, a pesar de declaraciones y compromisos, por parte de los gobiernos, la estrategia de APS no terminó por desarrollarse adecuadamente. Los hospitales siguieron consumiendo la mayor parte de los presupuestos de salud. Consecuentemente, los logros en salud fueron menores de lo que se esperaba. Fue sólo a fines del decenio, más específicamente en 1988, que la región adoptó y comenzó a ejecutar eficazmente la estrategia de los sistemas locales de salud, fortaleciendo conceptos como los de la participación comunitaria mediante la descentralización; experimentando nuevas formas de prestación de servicios a nivel local, desarrollando la capacidad de gestión local, lo que en su conjunto beneficiaría la estrategia de APS a largo plazo.

En los años noventa, se plantearon las reformas del sector salud como respuesta a las dificultades que, sistemas de salud que se visualizaban como centralizados, ineficientes y difíciles de financiar, estaban confrontando para dar respuestas a los retos sanitarios. Esto fue abordado por primera vez en forma explícita por el Banco Mundial¹³ en su “Informe sobre el Desarrollo Mundial” en 1993. Las reformas estaban encaminadas a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud mediante una serie de medidas económicas, organizativas y de mecanismos regulatorios.

Elementos comunes de las reformas del sector salud

- Separación de las funciones del sector salud (separar la función de comprador y la de proveedor).
- Pluralismo en la provisión (competición como incentivo a la eficiencia), incremento del papel de las organizaciones no estatales, así como el cambio del papel del estado.
- Fortalecimiento de enfoques de mercado para la gestión y para las relaciones organizativas (incluyendo contratación y rendición de cuentas).
- Descentralización (incluyendo hospitales autónomos).
- Medicina basada en evidencia, métodos para medir desempeño en función de criterios económicos.
- Orientación hacia los usuarios (opción de escogencia del consumidor).
- Cambio del abordaje de financiamiento (tarifas para los usuarios, seguros de salud y financiamiento por parte de la comunidad).
- Regulación.

Al cabo de un decenio de ejecución de las reformas, se considera que no se alcanzó el efecto inicialmente deseado, de mejorar la situación del sector salud a través del énfasis en la eficacia y eficiencia en la provisión de servicios de salud; sino más bien, el efecto ha sido el de desarticular el sistema e incrementar la inequidad en salud^{28,29}. Debido a estas reformas, en algunos países, se ha dejado de invertir en programas de prevención, así como otros programas de alta externalidad (es decir, de gran beneficio por recurso invertido); y, después de todo, no parecen haber mejorado mayormente la eficacia y la eficiencia del sector en la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, dependiendo del país y según la forma en que fueron aplicadas las reformas, algunos elementos de éstas sí beneficiaron el enfoque de APS.

Por ejemplo, en América Latina y el Caribe³⁰, se piensa que algunos esfuerzos de descentralización que habían comenzado antes de los años noventa, y que formaron parte de un esfuerzo estructural más amplio del sector civil para fortalecer el nivel municipal, como ocurrió en Chile, Brasil, Colombia y Bolivia, entre otros, han contribuido, en una cierta medida, a fortalecer el nivel de atención primaria de salud. En una evaluación reciente, se consideró que las reformas del sector salud han promovido, en la mayoría de los países estudiados, una ampliación de la cobertura de los servicios de salud básicos, frecuentemente enfocados sobre grupos vulnerables. En la mitad de los países estudiados, esto puede haber contribuido a reducir algunas inequidades. Las reformas también parecen haber contribuido a aumentar la participación social.

En conclusión, desde la Declaración de Alma-Ata, los sistemas de salud han enfrentado desafíos como la apertura mundial de los mercados de comercio, marcados cambios epidemiológicos, demográficos, ambientales y de política pública, así como crecientes inequidades sociales. Todos estos cambios han influido enormemente en la ejecución de la APS y también han causado muchos contratiempos en la implementación de la estrategia de APS. Sin embargo, estos cambios también apuntan hacia la continuada relevancia de la APS.

Aún más, muchas enseñanzas se han extraído de dichas experiencias, sobre las cuales el mundo podría construir nuevos modelos de servicios “próximos del usuario”.³¹ Los nuevos modelos podrían adaptarse rápidamente a los cambios en función de las características epidemiológicas locales, fortaleciendo servicios tradicionales y brindando nuevos servicios. Estos modelos podrían incluir servicios tales como consejería, salud mental o la atención a largo plazo, combinando valores de APS con algunas herramientas y los enfoques útiles de otros paradigmas, como las estrategias económicas. Vale la pena destacar que este es el camino que han seguido muchos países, tanto algunos ricos como otros más pobres.

Algunos gobiernos están buscando activamente maneras de corregir las inequidades persistentes en salud para ciertos grupos de población. Están también explorando medidas para mejorar la coordinación de los servicios, la integración de los servicios y la contención de costos, así como medidas para fortalecer los sistemas de información sanitaria y la participación comunitaria. Todas estas medidas son compatibles con los valores y la filosofía de la APS.

La demanda de los consumidores, los cambios epidemiológicos y los costos crecientes están motivando a algunos sistemas de salud a que exploren la descentralización de los servicios de salud, modificando los sistemas para mejorar la integración de los servicios de salud curativos primarios con las funciones de salud pública al nivel de la comunidad. Otros están reconstruyendo su sistema de salud siguiendo las estrategias clásicas de APS, entre otras, el distrito de salud.

Algunos de estas experiencias se describen detalladamente en el capítulo de Buenas Prácticas, más adelante.

A pesar del contexto de cambio, la Atención Primaria de Salud (APS) es un concepto y una herramienta vigente. El enfoque de APS necesita, más que nunca, guiar el desarrollo de los sistemas de salud con la ayuda de las organizaciones internacionales, especialmente con el apoyo de la OMS.

El retiro del Director General de la OMS, Halfdan Mahler, y el intenso proceso de reestructuración interno al que fue sometida la Organización, parecía haber debilitado su valiente promoción de la causa de la APS y de “Salud Para Todos” (SPT) durante algunos años. Afortunadamente, una evaluación mundial de APS, que se inició en 2001, contribuyó a generar un renovado interés por la APS en el seno de la OMS, según se describe en el Informe sobre la Salud en el Mundo del 2003.

Lectura adicional recomendada

- Informe sobre la Salud en el Mundo 2003.
- Temas de Salud en América Latina 2002: La Salud en las Américas, Volumen I, edición de 2002. Publicación científica y técnica número 587.
- Revista Panamericana de Salud Pública, Número especial sobre reforma del sector de la salud, Julio-Agosto 2000, Vol 8.
- Globalization and Health. Paper presented at MEDACT Meeting on 13 may, 2000. by Gill Walt., reader in Health Policy at the London school of Hygiene and Tropical Medicine. London.
- Informe sobre la Salud en el Mundo 2000.
- Twenty five years of PHC lessons learned and proposals for revitalization by David Sanders in Health For All Now, 11/20/03.

4 Dificultades en la ejecución de la APS

Según hemos visto, después de Alma-Ata, la ejecución de la APS ha enfrentado dificultades relacionadas con el clima político y económico desfavorable, así como con la tendencia del Estado de desligarse de la responsabilidad de proveedor de servicios de salud, tales como la atención de salud, la distribución de agua, la eliminación de desechos o el control de calidad de los alimentos; sin que, por otro lado, su rol rector y de regulación se hayan fortalecido para garantizar la cobertura equitativa y de calidad de los servicios prestados por entidades privadas, con o sin fines de lucro.

Esta situación ha ocasionado que los servicios de salud periféricos lleguen, en muchos casos, a un estado cercano al colapso en muchos países en vías de desarrollo, así como la disminución del apoyo al trabajo de salud comunitario.²⁹ En aquellos lugares donde los gobiernos no han sido capaces de comprometerse plenamente con la prestación de servicios de APS eficaces y de calidad, las comunidades han perdido cada vez más la confianza en el sistema y han regresado a los servicios de salud tradicionales y de médicos particulares, o bien la población tiende a “saltar” los establecimientos del primer nivel de atención y acuden directamente a los hospitales.

La subutilización de los establecimientos de APS ha sido ampliamente descrita y analizada. Las causas son complejas y pueden estar relacionadas con diversos niveles de responsabilidad dentro del sistema de salud, desde los niveles locales, nacionales e internacionales:

- Coexistencia de varias interpretaciones y formas de aplicación del concepto de APS, lo que ha generado conflictos y confusiones.²³
- Falta de liderazgo y de compromiso por parte de todos los actores, tanto del nivel internacional como del nivel nacional.^{32,33}
- Programas de APS diseñados y financiados por agentes externos, en algunos casos, con poca comprensión de la problemática sociocultural, en desacuerdo con valores, objetivos y prioridades de la población.³⁴
- Dificultades de acceso debidas a la ubicación inapropiada de las unidades u horario de atención inapropiado.
- Supervisión irregular junto a herramientas de supervisión inadecuadas.³⁵
- Dificultades en promover y mantener la participación comunitaria.³⁶
- Limitados mecanismos de protección social, que dan lugar a grandes gastos desembolsados por los propios pacientes para consulta y medicamentos, pese la accesibilidad física de los servicios.^{37,38}
- Calidad de la atención percibida por los usuarios como deficiente.²³
- Costos indirectos elevados en términos del tiempo perdido esperando recibir atención.^{29,39}
- Actitudes de los trabajadores de la salud poco cordiales tales como desdén, falta de sensibilidad cultural, especialmente con poblaciones indígenas que desconfían de los servicios oficiales tal como están organizados.^{40,41}

Lectura adicional recomendada

- Managing externally financed projects: the integrated Primary Health Care project in Bolivia in *Health Policy and Planning*; 16 (4): 386-394. Oxford University Press 2002.
- Perceived quality of care of primary health care services in Burkina faso by RMPM Baltussen et all in *Health Policy and Planning*; 17 (1): 42-48. Oxford University Press 2002.
- The impact of the 1997-1998 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia by H. Waters et all in *Health Policy and Planning*; 18 (2): 172-181. Oxford University Press 2003.
- Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru. Martin Valdivia. *Health Policy and Planning*; 17 (90001):12-19, Oxford University Press 2002.

5 El impacto de APS

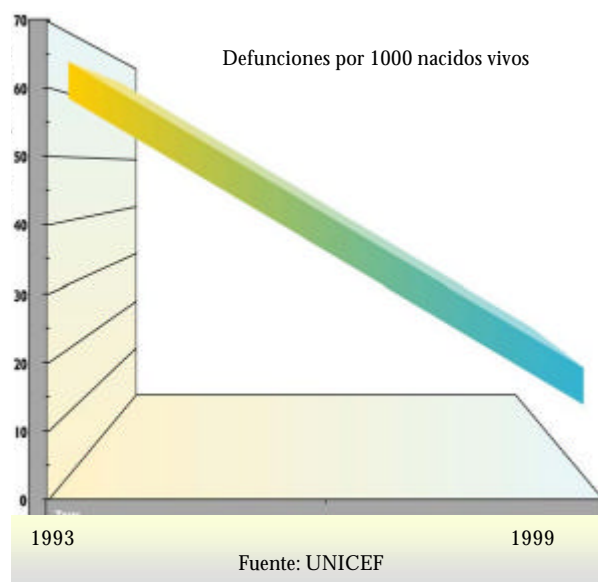
En los últimos años, se han llevado a cabo muchas evaluaciones de los sistemas de APS, tanto por parte de la OMS como por expertos externos, las cuales han confirmado los beneficios, así como el impacto del enfoque de APS; sin embargo, la diversidad de los contextos y de los modelos que fueron ejecutados, así como la frecuente ausencia de sistemas de monitoreo incorporados al sistema, han hecho que las evaluaciones hayan sido difíciles. En el futuro debe recabarse más evidencias y llevarse a cabo más investigaciones en profundidad sobre el enfoque de APS.¹⁸

Durante los últimos 50 años, y aún durante los últimos 25 años, se han logrado considerables avances en el estado de salud. A nivel mundial, la esperanza de vida al nacer ha aumentado desde 46 años en los años cincuenta a aproximadamente 65 años en 1995 y el número total de muertes en niños menores de cinco años se ha quedado en aproximadamente 12 millones en lugar de los 17,5 millones que se había proyectado.^{42,43}

En la región de América Latina y el Caribe,^{23,4} se considera que el aumento de más de seis años en la esperanza de vida al nacer, para ambos sexos, es un indicador global que refleja el impacto positivo que la estrategia de la APS ha tenido sobre la salud de la población. Aproximadamente 50% del aumento de la esperanza de vida es atribuible a una reducción del riesgo de muerte por enfermedades transmisibles y por enfermedades cardiovasculares. En niños menores de 5 años de edad, al menos dos años de esperanza de vida se han ganado por haberse reducido el riesgo de morir por enfermedades transmisibles y enfermedades perinatales.

El impacto de la estrategia de APS ha sido mayor en los países con menos desigualdad en la distribución de la riqueza, independientemente de los niveles de ingresos absolutos. El progreso ha sido más lento en los países pobres con desigualdad alta en la distribución de los ingresos.

Figura 4. En Brasil el lanzamiento de un programa de salud familiar de base comunitaria ha resultado en una acelerada disminución de la tasa de mortalidad infantil en varios de los estados involucrados en el programa. En una ciudad, las tasas de mortalidad infantil cayeron en cerca de 75% durante un periodo de 6 años.



En un balance general, se considera que el enfoque de APS fomentó un cambio de paradigma en la práctica de la salud pública. La APS fue el preámbulo de las reformas del sector salud de los años noventa. Al cambiar el modelo de prestación de servicios de salud, la APS inició un proceso de reforma del sector, incluyendo un proceso de racionalización, al establecer un paquete de servicios esenciales de salud. Introdujo la participación comunitaria y la colaboración intersectorial como agentes de cambio en salud. Priorizó la promoción de la salud y “desmedicalizó” la salud pública. No obstante, todavía sigue siendo hegemónico el modelo curativo y la coordinación entre los sectores sigue siendo difícil. La participación comunitaria es a menudo limitada a eventuales consultas a líderes comunitarios. Pero pese a todo ello, se ha logrado un progreso significativo en áreas específicas.

Con diferentes niveles de intensidad y de alcance, la estrategia de APS influyó en el desarrollo de recursos humanos en la salud. Se promovió la formación de equipos multidisciplinarios, quienes fueron pioneros en el trabajo con la comunidad. Las escuelas de enfermería, más que las escuelas de medicina, incluyeron la APS en sus programas de estudios.

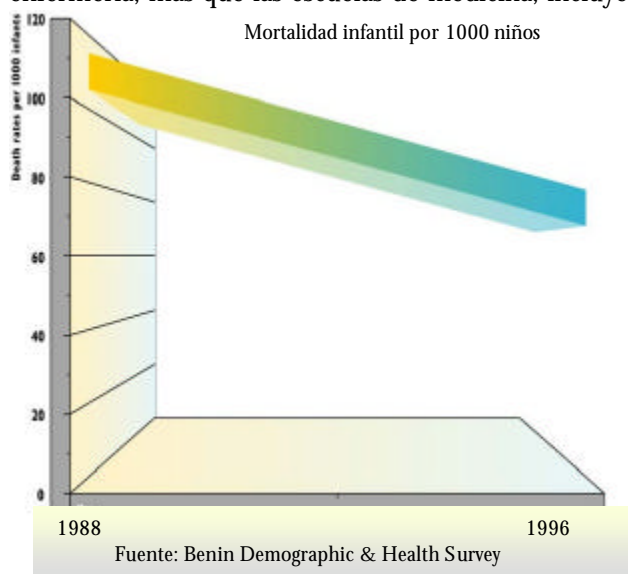


Figura 5. 10 años de trabajo comunitario en Benin se redujeron las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años en casi 20%, a pesar de una crisis política y económica. <http://www.who.int/inf-new/23/01/04>

La expansión de los servicios básicos de salud, con mayor extensión hacia la comunidad, mayor movilización de recursos, mayor participación comunitaria en los programas de inmunización; la atención materno-infantil; los medicamentos esenciales; el abastecimiento de agua y saneamiento básico pueden ser acreditados a la APS. Sin embargo, persiste la inequidad en el acceso a los servicios de salud y hay considerable exclusión de los mecanismos de protección social para grupos marginados que ahora incluyen a poblaciones peri-urbanas, así como las tradicionales poblaciones rurales e indígenas.

Lectura adicional recomendada

- Atención Primaria de Salud: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. OPS, OMS, 44 Consejo Directivo, 55 sesión del Comité Regional. CD 44/9, 18 Julio 2003.
- OPS y Universidad de Chile. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: informe final. Santiago de Chile y Washington, DC, 2002.

6 Buenas prácticas

No hay modelos de APS estandarizados debido a la enorme variabilidad y diversidad de los ambientes en los cuales formuladores de políticas, profesionales y administradores buscan soluciones a los problemas de salud. Hay, sin embargo, muchas lecciones por aprender a partir de “buenas prácticas” en términos de políticas, organización, financiamiento y los modelos de provisión de servicios. A continuación, algunos ejemplos:

América Latina y el Caribe

Es históricamente conocido y han sido muy documentados los avances que la APS ha tenido en América Latina y el Caribe; se conoce bien las experiencias de Costa Rica, Cuba y Chile, donde, en estos últimos 25 años, se han conseguido logros importantes en el mejoramiento de las condiciones de salud y vida gracias al desarrollo de la APS en forma complementaria con otros modelos de atención a la salud.

Costa Rica es reconocida por su Sistema Nacional de Salud que ha logrado importantes avances en materia de salud a través de los equipos locales integrados (Equipos Básicos de Atención Integrada).

Cuba, a través de su Sistema Nacional de Salud, ha logrado notables avances en materia de salud con recursos limitados mediante la atención primaria de salud. Después de la transición epidemiológica avanzada de su población, Cuba está fortaleciendo el nivel primario con un énfasis mayor en la promoción de la salud, la medicina familiar y servicios de urgencia en la comunidad (Sistema Integrado de Urgencias Médicas), los centros urbanos son un ejemplo de la flexibilidad del nuevo servicio ofrecido. El gobierno reglamenta firmemente el sistema de salud y está intentando reducir las inequidades, ofreciendo mejor acceso y protección para la atención de salud a su población.

Chile es conocido por su extensa red primaria de salud que ha logrado muy buenos indicadores de salud. Su programa especial con servicios de emergencia y de hospitalización para niños con enfermedades respiratorias a nivel primario en los centros urbanos es un ejemplo de flexibilidad del nuevo servicio ofrecido. El gobierno reglamenta firmemente el sistema de salud y está intentando reducir las inequidades, ofreciendo mejor acceso y protección para la atención de salud a su población.

Últimamente, se han tenido también importantes logros en países como Bahamas, con su sistema nacional de salud con acceso universal. Bolivia,⁴⁴ con énfasis en la atención al binomio madre niño con fuerte participación comunitaria y el Seguro Social Básico (SSB). Brasil se destaca por el “Programa de Salud de la Familia” del Ministerio da la Salud Brasil.^{45,46} Brasil también está realizando el Programa de “Agentes de Salud del Nordeste de Brasil.”⁴⁷ México, donde mediante un decreto presidencial de 1994 se creó un Gabinete de Salud encabezado por el Presidente, con representantes de la seguridad social, el sector financiero y otros organismos del sector social, para orientar la reestructuración de la SSA, promover la coordinación sectorial y supervisar la descentralización de los servicios de salud. Varios proyectos de atención de salud básica fueron implementados. El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) incluye varios componentes: Servicios de Salud Básicos, Desarrollo y Descentralización institucional y Modernización y Re-estructuración de la SSA.

Panamá.^{48,49,50} En la década del cuarenta, Panamá inició experiencias de participación comunitaria a través de los Comités de Salud. En 1969 se fundó el Ministerio de Salud de Panamá bajo el lema de “Salud Igual para Todos” dando inicio a uno de los periodos de mayor desarrollo de la APS con la institucionalización de programas de salud basados en la estrategia de APS. Al año siguiente, se aprobó la norma legal que convierte a los Comités de Salud en co-gestores de todos los centros de salud del país, otorgándoles control sobre los ingresos de los mismos y normando su participación en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud a nivel comunitario. Ese movimiento de los comités de salud sigue vigente y está sólidamente arraigado en el sistema de salud panameño.

Reconociendo los cambios económicos, demográficos, epidemiológicos y políticos que el país ha experimentado, Panamá lanzó, a mediados de los años noventa, una reforma del sector salud enfocada en la rehabilitación y fortalecimiento de los servicios de salud tanto preventivos como curativos.

En 1994, se inició una experiencia piloto en la Región de San Miguelito, con la reorganización de los servicios de salud y el desarrollo de nuevos modelos de atención y de gestión. Ejecutado por el Ministerio de Salud con un préstamo del Banco Mundial y la cooperación técnica de la OPS/OMS, pone énfasis en la participación comunitaria y en una estrecha coordinación MINSA/CSS en la entrega de servicios de salud.

Las ULAPS (Unidades básicas de APS) y los CAPS (Centros de atención promocional y preventiva en salud) de la Caja del Seguro Social (CSS) se iniciaron en 1995 como una propuesta de extensión de la atención en salud de la CSS utilizando la estrategia de APS.

El proceso continuo de promoción, prevención, tratamiento, y servicios de rehabilitación se proporcionó a través de un sistema de salud descentralizado en direcciones regionales de salud, haciéndose énfasis en la colaboración y la coordinación entre los dos principales proveedores de servicios de salud: el MINSA y la CSS.

Como resultado de las mesas de diálogo entre el MINSA y la CSS, iniciadas en el 2000, en el año 2004 se inició el Observatorio Herrera, un proyecto piloto conjunto entre el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja del Seguro Social (CSS) en la provincia de Herrera, cuyo propósito es la coordinación institucional en la entrega de los servicios de salud en base a un modelo de atención con énfasis en la salud familiar integral.

Otras regiones

Australia: el país está fortaleciendo el enfoque de APS para reducir las inequidades en salud de ciertos grupos de población. El país también desea mejorar la coordinación e integración de los servicios y los sistemas de información sanitaria. Se exploran maneras de fortalecer la participación comunitaria y de contener costos.

Canadá: Hay un consenso nacional para establecer un sistema de atención de salud basado en la APS. Sin embargo, hay mucha discusión sobre el modelo de ejecución a ser seguido. Hay fuertes debates entre los proponentes del médico de atención primaria y los defensores de las organizaciones de atención con base comunitaria. Es muy conocido su modelo de atención a la salud basado en la APS en la provincia de Québec.

Fiji: Ilustra la aplicación sistemática y exitosa de la estrategia de APS. El aspecto más destacado de esta experiencia ha sido el papel de las enfermeras en la provisión de los servicios de salud.

Malasia: Ilustra la aplicación sistemática y exitosa de la estrategia de APS. El sistema está adaptándose al nuevo perfil epidemiológico, a la descentralización y a la demanda de los consumidores.

Nueva Zelanda: Después de haberse dado una pérdida en las ganancias de salud y frente a un aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de salud, el país está alejándose del enfoque de mercado hacia un modelo de atención primaria de salud.

Lectura adicional recomendada

- OPS y la Universidad de Chile. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: informe final. Santiago de Chile y Washington, DC, 2002.
- México: servicios de salud básicos para los pobres. Patricio Márquez y Willy de Geyndt. En breve, marzo 2003. Número 20. Banco Mundial.
- Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. Fernando Lavadenz et al. Revista Panamá Salud Pública/Pan Am JPublic health 9 (3), 2001.

7 Retos futuros

Para construir un sistema de salud basado en la APS, se plantean cuatro retos principales que tendrán que abordarse. Estos retos se describen a continuación.

Recursos humanos

La falta de recursos humanos para la salud está obstaculizando el desarrollo adecuado de los sistemas de atención en salud, tanto en países ricos como en países pobres.¹⁰

Un estudio Delphi⁵¹ realizado recientemente en América Latina, concluyó que los recursos humanos no parecen ser una prioridad para las autoridades sanitarias. Los temas considerados más importantes en la actualidad y para el futuro por los participantes en el estudio estuvieron relacionados con:

- falta de planificación de recursos humanos apropiados,
- coordinación limitada entre las instituciones de capacitación de recursos humanos,
- excesivo número de instituciones de capacitación de recursos humanos,
- la capacitación de los recursos humanos no corresponde a las necesidades reales de capacitación del personal,
- limitada supervisión de las instituciones de capacitación de recursos humanos por parte de los gobiernos,
- proliferación de programas de capacitación a nivel de postgrado sin una evaluación de la efectividad y eficacia de tales programas de capacitación,
- ausencia de un plan y de un mecanismo para administrar el desarrollo de los recursos humanos en salud,
- ausencia de incentivos para mejorar la productividad o para asegurar la calidad de los servicios,
- un elevado porcentaje de los gastos estatales son utilizados en recursos humanos,
- inseguridad laboral,
- inadecuado balance entre las categorías de recursos humanos necesarios y disponibles.

Los trabajadores de salud tienen el reto de abordar las nuevas tendencias epidemiológicas, tales como el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades no transmisibles, la urbanización y los problemas vinculados a la misma y el SIDA, entre otros.

Es necesario velar por una mejoría en la calidad de los servicios prestados, fortalecer los sistemas de salud con adecuada provisión de suministros, medicamentos y equipo. Se debería brindar apoyo a los trabajadores de salud con herramientas de control de calidad, como normas de atención, protocolos de diagnóstico y tratamiento y una supervisión capacitante, entre otros.

Es necesario planificar el desarrollo de nuevas aptitudes entre el personal existente, al tiempo que se promueve la capacitación de mayor número de recursos humanos para las nuevas categorías de trabajadores de salud. Importantes avances se están logrando mediante la implementación de propuestas de salud familiar, articuladas con la formación de personal de salud centrada en la atención de las familias y comunidades.

La educación de los profesionales de salud debe incluir mayor capacitación en la solución de problemas y la toma de decisiones acerca de las asignaciones locales de los recursos y la respuesta rápida a las necesidades de salud desatendidas. Otras destrezas necesarias incluyen la investigación y la capacidad de innovación, práctica basada en evidencias, educación continua, aptitudes de colaboración y para la formación de redes. Podría darse buen uso de nuevas tecnologías disponibles para educar y actualizar a los trabajadores de salud en áreas apartadas y aisladas.

Funcionarios médicos no son la única opción para ejecutar el enfoque de APS. Esto todavía no se comprende bien y en ciertas regiones se forman médicos en grandes cantidades. Enfermeras o profesionales de nivel medio, así como los profesionales sanitarios han demostrado desempeñar una función crucial para la prestación de la asistencia curativa, así como preventiva, especialmente en las áreas aisladas.

Los trabajadores comunitarios de salud pueden hacer contribuciones particularmente significativas para alcanzar las metas de salud⁵² cuando se presentan circunstancias específicas como: adiestramiento limitado a actividades de alta prioridad, supervisión eficaz, perspectivas de avance laboral, integración en los equipos de trabajo, remuneración suficiente, etc.

Será importante desarrollar, ya sea equipos multidisciplinarios de APS, o extender el rango de aptitudes y competencias de los miembros individuales del equipo de APS. Otra opción es experimentar con la ubicación concomitante de los equipos de APS y los servicios especializados (de salud mental⁵³ o de salud materno-infantil). La función y el alcance de la práctica privada tendrán que definirse claramente.

Otro tema es lo relacionado a la discriminación de género⁵⁴ que sufren las mujeres en el ejercicio de su profesión y su baja representación en posiciones de gestión dentro del sistema de salud. Esto limita la prestación eficaz y eficiente de los servicios de salud, especialmente a las mujeres y las poblaciones desfavorecidas.

Desafortunadamente, no hay soluciones fáciles para enfrentar la crisis de la fuerza laboral en salud, no obstante, los gobiernos tendrán que dar a ello la debida atención para asegurar la sostenibilidad del sector salud. Los gobiernos también necesitarán reglamentar y administrar, en el ámbito nacional, regional e internacional, los flujos migratorios de los recursos humanos en salud.

Los países desarrollados, donde existe una gran demanda por enfermeras, en parte debido al envejecimiento de la población, están drenando personal de salud de los países más pobres, debilitando aún más los ya frágiles sistemas de salud de estos países. Aunque es urgente aumentar la cantidad de personal de salud, es posible usar la fuerza laboral existente en forma más eficaz, redistribuyendo personal a las áreas descuidadas y esforzándose por obtener una mayor productividad.

Sistemas de información en salud

Avances sustanciales se han dado en el campo de los sistemas de información en salud. No obstante, será necesario mejorar sustancialmente la producción y el uso de la información en salud para impulsar consistentemente la estrategia de la APS. Actualmente hay un gran volumen de datos disponibles. Aunque, es todavía difícil obtener cierto tipo de información importante para la gestión de servicios descentralizados, como datos sobre desigualdades, datos confiables sobre las causas de muerte, datos de cobertura y costos, entre otros. La calidad de los datos es aún sumamente variable. Lo que es más importante, el uso de la información, tanto a nivel local como a nivel nacional, sigue siendo muy limitado.

En el último decenio, los sistemas de vigilancia para el control de enfermedades, promovidos por iniciativas globales, han fortalecido los sistemas de información en salud y han desarrollado el concepto de “información para la acción”. En efecto, los datos de calidad son fundamentales para la formulación de políticas y para la evaluación de su implementación. Buenos sistemas de monitoreo y de vigilancia a nivel local, nacional e internacional son cruciales en el mundo moderno, tanto para manejar amenazas y riesgos globales para la salud, como para dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos internacionales para alcanzar las metas de salud propuestas. Sin embargo, es preocupante la debilidad y disminución de recursos que han ido experimentando los servicios de estadísticas de salud a nivel global.

Financiamiento

Los gobiernos tienen varias opciones para financiar sus sistemas de salud. Las opciones de financiamiento diferirán según el nivel de ingresos del país y otros aspectos específicos. Pero sin duda se debe continuar organizando las finanzas públicas en aras de asegurar la protección social que necesitan las poblaciones carentes. Esto es importante porque la pobreza y los daños a la salud se refuerzan mutuamente. Además, sistemáticamente son los grupos “en mejor situación” los que más se benefician del financiamiento público, a expensas de las poblaciones más pobres, es menester que se adopten medidas eficaces para corregir el desajuste en la asignación de los recursos de salud, dando prioridad a las poblaciones más carentes, en aras de mejorar la equidad.

En ciertos países, se necesita un amplio fortalecimiento del sistema de salud como un todo, mientras que en otros países se pueden usar abordajes que priorizan determinadas poblaciones con miras a atacar las inequidades.

Mejorar el acceso a servicios básicos de salud limitará los desembolsos directos del usuario. Se debe también mejorar el prorrateo entre toda la sociedad de las contribuciones para la salud, además de recolectar y movilizar fondos de una manera eficiente.

Rectoría y participación comunitaria

La ejecución de la APS debe estar vinculada con la realización de funciones esenciales de salud pública.²³ Se destaca la importancia del fortalecimiento de la rectoría en salud, del mantenimiento de los sistemas de información y vigilancia, del refuerzo de la capacidad institucional de análisis de la salud, la producción de información para la gestión, el monitoreo y la evaluación y el apoyo a la capacitación de los recursos humanos.

La APS también debe estar armonizada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los ODMs fueron adoptados por las Naciones Unidas en el año 2000. Los ODMs sitúan la salud en el corazón del desarrollo y establecen un nuevo compromiso mundial, un pacto que impone responsabilidades a los países ricos como pobres para acabar con la pobreza. Tres de los ocho objetivos, ocho de las 18 metas exigidas para la consecución de estos últimos y 18 de los 48 indicadores de progreso están relacionados con la salud. Por su capacidad de fortalecimiento de los servicios de salud, la APS puede constituirse como una estrategia básica para el logro de estos objetivos.¹⁰

Los gobiernos pueden asumir un papel de liderazgo y alinear las políticas de APS con las políticas de población y las políticas de atención médica para mejorar la integración de los servicios de salud curativos primarios con las funciones de salud pública al nivel de la comunidad. Los hospitales y las instalaciones de atención primaria en salud deben también estar integrados con procesos de referencia por niveles de atención claramente definidos. Esto podría fomentarse a través de mecanismos de acreditación. Los criterios de acreditación podrían incluir la evaluación de elementos como la integración y la colaboración intersectorial. Por otro lado, cuando se hacen inversiones en programas verticales, estos deben contemplar y promover el desarrollo de una mayor infraestructura, asignación de más recursos humanos y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia.

Finalmente, los gobiernos pueden fortalecer la capacidad de la sociedad civil para participar, coadministrar, discutir y proponer respuestas a situaciones de crisis sanitaria. La descentralización completa de todos los sectores del gobierno puede apoyar el diálogo social.

Conclusiones:

Hemos visto que el conflicto entre los dos conceptos de APS: como una estrategia y como un “nivel de atención”, pueden conciliarse. La APS es parte integrante del Sistema de Salud. Sus principios y valores, todavía vigentes, establecen pautas para el funcionamiento del mismo.

Durante los últimos 50 años y aún durante los últimos 25 años, se han logrado considerables avances en el estado de salud, muchos de los cuales se deben a la APS. En un balance general, se considera también que el enfoque de APS fomentó un cambio de paradigma en la práctica de la salud pública.

Sin embargo, desde la Declaración de Alma-Ata, la APS ha enfrentado varios desafíos y cambios que han influido enormemente en su ejecución, causando muchos

contratiempos en su implementación. No obstante, estos cambios apuntan hacia la continuada relevancia de la APS.

La renovación del compromiso con la APS debe hacerse tomando en cuenta lo siguiente:

- Las transformaciones demográficas y epidemiológicas.
- Las lecciones aprendidas sobre las reformas del sector salud.
- La persistencia de las inequidades en salud apuntando hacia la ampliación de los sistemas de protección social y modos solidarios de financiar la salud.
- Un enfoque en los criterios de salud de la población como la base para la toma de decisiones.
- La necesidad de organización de servicios de atención integrados, continuos y de calidad, donde estarán vinculados la prevención, la atención de procesos agudos y de procesos crónicos.
- Las funciones esenciales de salud pública tales como la rectoría en salud, los sistemas de información y vigilancia, la análisis de la salud, la producción de información para la gestión, el monitoreo y la evaluación y el apoyo a la capacitación de los recursos humanos.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La APS es esencial para lograr estos objetivos internacionalmente acordados.

Las experiencias en la aplicación de la estrategia de la APS subrayan que es posible mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud y reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención. Es posible mejorar la calidad de los servicios de salud y fortalecer la participación social. Se necesita un fuerte compromiso político nacional en base a un diálogo social para, de forma persistente, enfatizar en los grupos vulnerables, asignar recursos suficientes y aplicar enfoques comunitarios y familiares integrando los servicios de salud personales con los de salud pública. Se requiere el fortalecimiento de las competencias y de las aptitudes de la comunidad así como de los equipos de salud para atender los desafíos y oportunidades de la descentralización. Hace falta el establecimiento de un marco político-institucional para promover la participación social y la coordinación intersectorial operativas a todos los niveles.

Lectura adicional recomendada:

- The World Health Report 2003: shaping the future: chapter 7.
- Gender-based barriers to primary health care provision in Pakistan: the experience of female providers by Z. Mumtaz et al. In Health Policy and Planning; 18 (3): 261-269. Oxford University Press 2003.
- Priority for primary health care: its development and problems by Roemer MI in Health Policy and Planning 1986 March;1 (1): 58-66.
- Primary level psychological services in South Africa: can a new psychological professional fill the gap? By I. Petersen in Health Policy and Planning; 19 (1): 33-44. Oxford University Press 2004.
- Estudio Delphi: problemas presentes y futuros de los recursos humanos en salud. Septiembre 2002. Programa de desarrollo de Recursos Humanos. OPS.
- Marginal Budgeting for bottlenecks: a tool for performance based planning of health and nutrition services for achieving Millennium Development Goals. A concept note by R. Knippenberg et al.
- Atención Primaria de Salud: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. OPS, OMS, 44 Consejo Directivo, 55 sesión del comité regional. CD 44/9, 18 Julio 2003.
- An Introduction to Health Planning in Developing Countries, second edition, Andrew Green. Oxford University Press, 1999.

Listado de las principales declaraciones, resoluciones, iniciativas y compromisos sobre Atención Primaria de Salud (APS) y Salud para Todos

OPS

- 1980: SPT en el año 2000. Estrategias. Documento oficial 173 Washington, D.C. vinculado a D.C. 27 R.20 y R21.
- 1982: El Plan Regional de Acción para la ejecución de la SPT/2000. Documento Oficial 179, Washington, D.C.. El establecimiento de las metas, las prioridades y los puntos de referencia contra los cuales los adelantos podrían medirse. Vinculado a D.C. 28. R11.
- D.C. 31 R27, D.C. 33 R17, D.C. 35 Resoluciones, 19 Resoluciones vinculadas al seguimiento y evaluación de SPT 2000.
- 1996: Conferencia regional sobre tendencias futuras y la renovación del llamado de SPT. Informe técnico de la OPS/DAP 96.9.28. Montevideo, Uruguay.
- 1996: 39ª Reunión del Consejo Directivo. R4. OPS: el compromiso renovado con SPT y sus estrategias dentro del nuevo contexto mundial. Llamado por la sostenibilidad de las políticas y el mejoramiento en la calidad de vida de las poblaciones.
- 1998: Simposio sobre estrategias nacionales para la renovación de SPT, Washington, D.C., OPS/DAP/98.3.39 (marco para el establecimiento de prioridades y mejoría de la salud pública en el contexto de SPT).
- 2003: D.C. 44/9 R.
- Acuerdos de la XIX Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana, ciudad de Panamá, República de Panamá, 20-22 de agosto de 2003.

OMS

- 1974: 27ª Asamblea Mundial de Salud (AMS) le solicita al Director General (DG) para explorar nuevas maneras de reducir las disparidades existentes en salud entre diferentes poblaciones y entre sistemas de salud.
- 1977: 30ª Asamblea Mundial de Salud (AMS), la meta de Salud para Todos fue aceptada por los estados de miembros.

- 1978: 31ª Asamblea Mundial de Salud (AMS), la Declaración de Alma Ata define APS. La famosa ponencia del Dr. H. Mahler.
- 1982: 35ª Asamblea Mundial de Salud (AMS) acepta por medio de la resolución 36.43 el Plan de Acción para ejecutar la estrategia global de SPT mediante la aplicación de la APS.
- 1985: Se ejecutan las primeras evaluaciones regulares oficiales de SPT.
- 1988: La conferencia de Riga, una conferencia internacional 10 años después de Alma-Ata, que analizó el éxito y las dificultades de SPT/APS y confirmó la validez de la Declaración de Alma-Ata. Asamblea Mundial de Salud (AMS) 51.7.
- 1993: Conferencia de Almaty: 15 años después de Alma-Ata. Una evaluación.
- 1998: 51ª Asamblea Mundial de Salud (AMS), Política mundial para SPT en el siglo 21: Declaración Mundial de la Salud, Asamblea Mundial de Salud (AMS) 51,5 y 51,7 y Atención primaria en salud 21 “una cuestión para todos”. Almaty, Kazajstán, una reunión internacional para celebrar los 20 años después de Alma-Ata.
- 2002: 55ª Asamblea Mundial de Salud (AMS), la contribución de la OMS a las metas de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Punto del Orden del día 13.2, Asamblea Mundial de Salud (AMS)55.19.
- 2003: 56ª Asamblea Mundial de Salud (AMS) resoluciones 56.6 y 56.27 y la Conferencia de Madrid para discutir sobre la dirección estratégica para la APS 25 años después de Alma-Ata. Oct. 2003.

Iniciativas y compromisos

- Carta de Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Yakarta 1997.
- Iniciativa de Bamako 1987.
- APS y las Metas de Desarrollo del Milenio 2000, 1, 2.
- Comisión de Macro Economía y Salud.
- Agenda 1 (<http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/index.htm>).
- Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible en Johannesburgo, Sudáfrica 2002 (<http://www.johannesburgsummit.org/>).

Bibliografía

- 1 An Introduction to Health Planning in Developing Countries, second edition, Andrew Green. Oxford University Press, 1999.
- 2 Statement by Mr. Kul C. Gautam, Deputy Executive Director, UNICEF to 25th Anniversary of the Alma Ata declaration on Primary Health care, Almaty, 23 October 2003. Draft 09/10/03.
- 3 The World Health Report 2000: health systems: improving performance, chapter 1.
- 4 OPS y Universidad de Chile. Revisión de las políticas de Atención Primaria de Salud en América Latina y el Caribe: informe final. Santiago de Chile y Washington, DC, 2002.
- 5 Alma-Ata revisited, David A. Tejada de Rivero; Perspectives in Health Magazine, the Magazine of the Pan American Health Organization, volume 8, Number 2, 2003.
- 6 Health for all beyond 2000: the demise of the Alma Ata Declaration and Primary Health Care in developing countries. By J. Hall et all.
- 7 PHC concepts and challenges in a changing world: Alma Ata revisited. E Tarimo and EG Webster. WHO/SHS/CC/94.2 and WHO/ARA/CC/97.1.
- 8 Primary health care in Turkey: a passing fashion? By Mehtap tatar et all. In Health Policy and Planning; 12 (3): 224-233. Oxford University Press 1997.
- 9 National decision -making for Primary Health care. Geneva. WHO/UNICEF 1981;p 6.
- 10 The World Health Report 2003: shaping the future: chapter 7.
- 11 WHO WHA56/27 Provisional agenda item 14.18.24 April 2003.
- 12 D. Werner and D. Sanders: "Questioning the solution: the politics of Primary Health Care and Child Survival".1997.
- 13 World Development Report 1993: investing in health. Washington, DC, World Bank, 1993.
- 14 Essential health services packages: use, abuse and future directions by E. Tarimo, WHO, ARA, current series, December 1997.

-
- 15 Los Sistemas Locales de Salud, conceptos, métodos e experiencias by Paganini et all. Publicación Científica 519. OPS.
 - 16 Sixth Consultative meeting on organization of health systems based on Primary Health Care. Geneva 7-10 November, 1994. WHO/SHS/95.1
 - 17 Distrito sanitario by Eugenio Vilaca Mendes et all, HUCITEC-ABRASCO, Sao Paulo-Rio e Janeiro 1995.
 - 18 Primary Health Care 21”Everybody´s business”. An International Meeting to celebrate 20 years after Alma Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 Nov. 1998. WHO/EIP/OSD/007.
 - 19 Primary Health Care: a framework for future strategic directions. Global report, WHO, updated draft; WHO/MNC/OSD/03.01.
 - 20 OPS: La Salud en las Américas, Volumen I, edición de 2002. Publicación científica y técnica número 587.
 - 21 Globalization and Health.Paper presented at MEDACT Meeting on 13 may, 2000. by Gill Walt., reader in Health Policy at the London school of Hygiene and Tropical Medicine. London.
 - 22 The impact of the 1997-1998 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia by H. Waters et all in Health Policy and Planning; 18 (2): 172-181. Oxford University Press 2003.
 - 23 Jornal do Brasil 11/01/2004.
 - 25 La Salud en las Américas, Volumen I, edición de 2002. Publicación científica y técnica número 587.
 - 26 Knowledge into action for child survival by the Bellagio Study Group on Child Survival in the Lancet Vol 362, July 26, 2003.
 - 27 Twenty five years of PHC lessons learned and proposals for revitalization by David Sanders in Health For All Now, 11/20/03.
 - 28 The challenge of health sector reform. What must government do? Anne Mills et all. Palgrave 2001.
 - 29 Text book of international health second edition, Paul F.Basch, New York, Oxford University Press 1999.

-
30. Revista Panamericana de Salud Pública, Número especial sobre reforma del sector de la salud, Julio-Agosto 2000, Vol 8.
 31. Macroeconomics and Health: investing in Health for Economic Development. Report of the commission on Macroeconomics and Health presented by Jeffrey Sachs to WHO 20 December 2001.
 32. PHC concepts and challenges in a changing world: Alma Ata revisited. E Tarimo and EG Webster. WHO/SHS/CC/94.2 and WHO/ARA/CC/97.1.
 33. Perceived quality of care of primary health care services in Burkina faso by RMPM Baltussen et all in Health Policy and Planning; 17 (1): 42-48. Oxford University Press 2002.
 34. Managing externally financed projects: the integrated Primary Health Care project in Bolivia in Health Policy and Planning; 16 (4): 386-394. Oxford University Press 2002.
 35. Improving primary health care through systematic supervision: a controlled field trial by BP Loevinsohn et all in Health Policy and Planning; 10, 144-153. Oxford University Press 1995.
 36. "Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge" by Lynn M. Morgan in Health Policy and Planning : 16(3): 221-230, Oxford University Press 2001.
 37. The impact of the 1997-1998 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia by H. Waters et all in Health Policy and Planning; 18 (2): 172-181. Oxford University Press 2003.
 38. Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru. Martin Valdivia. Health Policy and Planning; 17 (90001):12-19, Oxford University Press 2002.
 39. Modernización de la Caja de Seguro Social. Una respuesta hacia el 2000. Abril 1995 . Panamá.
 40. Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala. By Goldman, N. et all in social sciences and Medicine 56: 685-700 (2003).
 41. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. Slim Haddad et al. Soc. Sci. Med. Vol. 40, número 6, pp 743-753, 1995.
 42. WHO 1998. Health for All in the 21 century. Document a51/5 Geneva WHO.
 43. UNICEF 2001. state of the world's children. Oxford: Oxford University Press.

-
44. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. Fernando Lavadenz et al. Rev Panam salud Publica/Pan Am JPublic health 9 (3), 2001.
 45. Brasil widens access to health care.
 46. Quando saude rima com cidadania. Ministerio da Saude. Assesoria de Comunicacao Social. Divisao de Impresa. 2000.
 47. Lecciones del Nordeste de Brasil sobre la atención primaria de salud: el programa de Agentes de Salud. Svitone et al. Rev. Panamericana de Salud Pública 7 (5), 2000.
 48. 100 años de Historia. La Salud Pública en Panamá y sus antecedentes. Dra. Maria Victoria Arosemena Villacrés y Dr. Egberto Stanziola Pinzón. Panamá 2003.
 49. Panamá: Renovación de la Meta Salud para Todos y la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud, diciembre de 1996.
 50. Visión del futuro: renovación y reforma. Cuadernos de la Representación OPS/OMS en Panamá Vol. 4-5 año 1995.
 51. Estudio Delphi: problemas presentes y futuros de los recursos humanos en salud. Septiembre 2002. Programa de desarrollo de Recursos Humanos.
 52. Priority for primary health care: its development and problems by Roemer MI in Health Policy and Planning 1986 March; 1 (1): 58-66.
 53. Primary level psychological services in South Africa: can a new psychological professional fill the gap? By I. Petersen in Health Policy and Planning; 19 (1): 33-44. Oxford University Press 2004.
 54. Gender-based barriers to primary health care provision in Pakistan: the experience of female providers by Z. Mumtaz et all. In Health Policy and Planning; 18 (3): 261-269. Oxford University Press 2003.