

Atención primaria: Una estrategia renovada

ARNOLD BROMMET, MD¹, JAIME LEE, MD², JOSÉ A. SERNA, MD²

RESUMEN

Esta revisión profundiza en los cambios establecidos por diferentes estamentos mundiales con respecto al concepto y modo de implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) originada en Alma-Ata en 1978. Baja cobertura, altos costos, inequidad, utilización inadecuada del talento humano y del recurso tecnológico hicieron imperiosa su actualización. En ella se establecen cuatro pilares fundamentales a introducir en sistemas de salud que tengan como su eje la APS, como el logro de dar cobertura universal a toda la población, brindar una atención médico-paciente centrada en el individuo, promover unas políticas de salud pública que beneficien a toda la comunidad y ejercer una gobernabilidad nacional o regional concertada con todos los estamentos que influyan en los determinantes de salud de un individuo y su entorno. La implementación de la misma en dichos sistemas de salud dependerá del contexto de cada país y de su tipo de desarrollo y crecimiento del sector salud.

Palabras clave: Atención primaria; Sistemas de salud; Cobertura universal; Atención centrada en la persona.

Colomb Med. 2011; 42: 379-87

Primary care: A renewed strategy

SUMMARY

This review explores changes established by various groups worldwide about the concept and method of implementing the Strategy for Primary Health Care (PHC) originated in Alma Ata in 1978. It establishes four key pillars to introduce Health Systems as its axis with the APS, which are achieving universal coverage for all people, providing medical attention focused on the individual patient, promoting public health policies that benefit the entire community, and engaging in a concerted national and regional governance in all sectors that influence health determinants of individuals and their environment. The implementation of such in each health system depends on the context of each country and the growth and development rate of its health sector.

Keywords: Primary health care; Health systems; Universal coverage; Focus on the person.

Colomb Med. 2011; 42: 379-87

A nivel mundial el gasto en salud ha tenido un aumento en cifras absolutas del 35% en el quinquenio de 2000-2005. Pese a la crisis económica mundial de los últimos dos años, los servicios de salud han recibido recursos nuevos. Este incremento ha suscitado un interés por parte de los gobiernos, la sociedad y la población en general sobre las tendencias y resultados que obtienen de sus sistemas de salud. Existe una expecta-

tiva creciente en que los servicios de salud ofrezcan soluciones a los problemas de la sociedad de manera comprensible. Adicional a estos factores económicos y sociales, el actual perfil epidemiológico de la población presenta enfermedades crónicas que confluyen con enfermedades transmisibles que exigen servicios de salud integrales que ofrezcan atención oportuna a estas morbilidades.

1. Profesor Asistente, Departamento Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: arnobrommet@emcali.net.co

2. Profesor Auxiliar, Departamento Medicina Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
e-mail: jaimlee62@gmail.com josealfredoserna@gmail.com

Recibido para publicación marzo 17, 2010 Aceptado para publicación mayo 12, 2010

En las últimas décadas lo que se ha observado en la mayoría de los sistemas de salud son tendencias que favorecen la inequidad sanitaria: poblaciones que acceden a los servicios no mayoritariamente es la población más necesitada de ellos; sistemas que al carecer de un sistema de protección social que asuma los costos de la atención, incrementan el gasto de bolsillo del paciente¹; excesiva especialización y focalización en programas especiales que favorecen la fragmentación de la atención²; servicios implementados sin planeación adecuada, fuentes potenciales de eventos adversos e infecciones nosocomiales³ y finalmente una marcada orientación a servicios curativos, costosos, con mínimas actividades de promoción y prevención altamente costoeficaces (reducción hasta de 70% de morbilidad)⁴.

Con los anteriores problemas se hace necesario revisar la evidencia en estos últimos 30 años de la estrategia denominada atención primaria en salud con el fin de generar orientaciones que favorezcan la creación de políticas públicas que disminuyan la desigualdad e inequidad en salud y de servicios de salud integrales, continuos y orientados a las necesidades de las personas gerenciados por un liderazgo nacional y regional participativo e incluyente.

HISTORIA

En el año 1978, en la ciudad de Alma-Ata de la antigua Unión Soviética, se reunieron 137 países y 67 organismos internacionales convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En esa época se vivía un desarrollo tecnológico y bélico como producto de la guerra fría que produjo simultáneamente un gran desarrollo en todos los sectores industriales incluida la salud. Pese a ese avance se identificaba en dicho sector una gran desigualdad en salud y una brecha cada vez más amplia entre los países pobres y ricos e incluso al interior de los mismos países. Lo anterior y como una forma de mejorar esta situación, se impulsó en esa ciudad la promulgación de diez estrategias incluidas en un concepto denominado Atención Primaria en Salud (APS). Esta estrategia debe ser definida concepto por concepto. El primero de ellos «salud» fue definido en 1946, como el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. El término «atención» viene del inglés «care», que traduce

cuidado. Este término entraña relaciones más intensas horizontales e integradoras, entre el recurso humano de salud y los pacientes, que el término atención que ofrece una visión vertical, nunca participativa en lo social. Finalmente, el término atención primaria tiene dos significados, incluso opuestos, uno como algo primitivo y el otro significado de principal o primero en orden o grado. «Atención Primaria en Salud» se definió entonces como el cuidado primario integral en salud que debe recibir toda la población para lograr los más altos niveles de bienestar en la población, con actividades multidisciplinarias y multisectoriales.

Esta declaración dentro de sus diez estrategias ofrecía un acceso a un paquete básico de servicios y de medicamentos para la población rural, la participación no solo del sector salud, sino de los demás sectores para lograr el más alto nivel de salud de la población. Su meta de disminuir la desigualdad en salud, colocaba en primer plano la importancia de la promoción y protección de la salud de los pueblos como un medio para lograr el desarrollo económico y social sostenido de la comunidad y una contribución importante a la paz mundial. Los pueblos tenían derecho a participar individual y colectivamente en la planeación de su atención en salud, a promover un conjunto de métodos socialmente aceptados y científicamente probados y a tener un primer contacto con los servicios de salud.

El paso del tiempo, casi 30 años, comenzó a evidenciar una sobresimplificación de esas estrategias y en especial se evidenció una confusión entre el estado de salud y su cuidado integral, llevando la misma a una atención exclusivamente reparativa. La idea original del director general de la OMS, Halfdan Mahler, se confundió con una forma simple de programación, más técnica que social y más burocrática que política. Cuando Mahler expresó en 1975 su famosa frase de «Salud para todos en el año 2000», fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico.

Tejada de Rivero⁵ comenta: «Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema, no fueron consecuencia de la Conferencia. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que

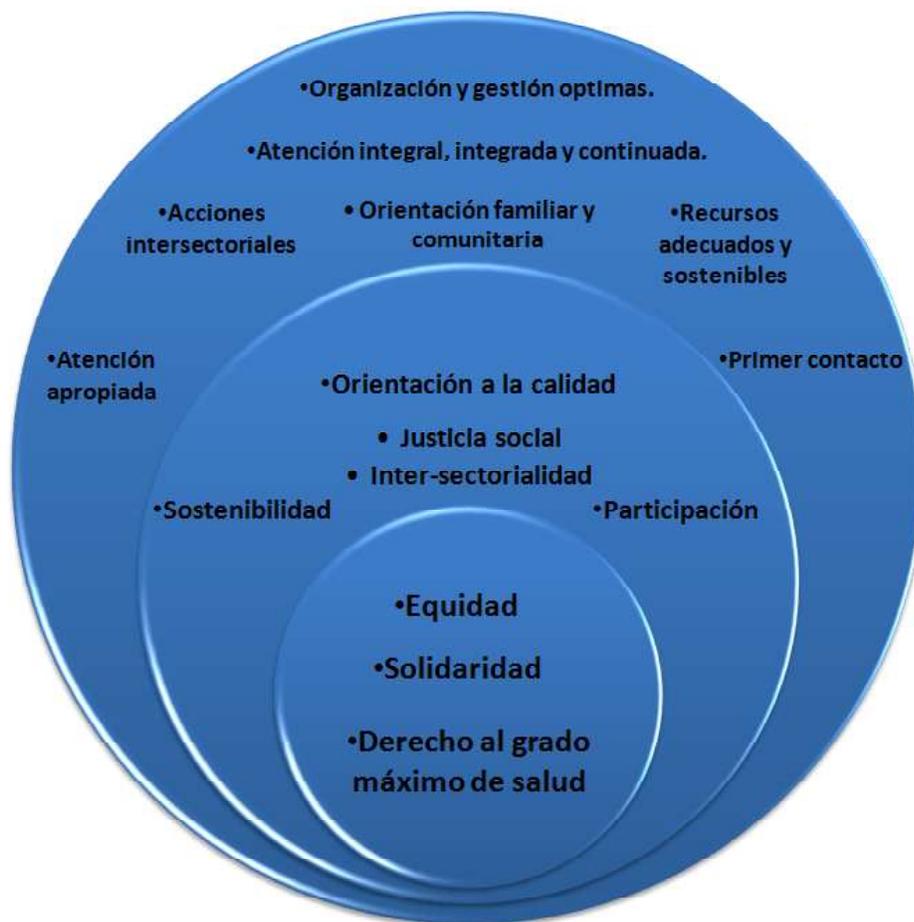


Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la atención primaria en salud

convocaron la Conferencia».

Simultáneamente a lo anterior desde la década de 1990 y por razones como el aumento de los costos, las ineficiencias del sistema de salud, la baja calidad de los servicios, los insuficientes presupuestos públicos, los diversos cambios en la función del estado (políticas neoliberales) y la necesidad de aplicar las nuevas tecnologías, la mayoría de los países comenzaron a implementar reformas en el sector salud alejadas de esos principios de Alma-Ata. Diez años después los resultados de las mismas y pese a los enormes recursos invertidos parece no haber sido positivos en muchos casos y la consecución de la equidad sanitaria parece ser cada vez más lejana.

Tomando en cuenta por tanto, los cambios sucedidos desde Alma-Ata y las nuevas reformas a los sistemas de salud de los países, se hizo necesario reconstruir una

propuesta donde la atención primaria se renueve y sea el eje central de los sistemas de salud y que por tanto la meta de estos no sea solo la eficiencia económica sino también el alcanzar el derecho universal a la salud con equidad y solidaridad y con un compromiso de dar respuestas de calidad a las necesidades de salud de las personas.

Esta nueva propuesta a diferencia de la de Alma-Ata abarca los sectores públicos y privados, distingue valores, principios y estrategias (Figura 1) diferentes a los planteados en esa época, siendo algunos de los más destacables el de sostenibilidad del sistema, orientación hacia la calidad en la atención y a diferencia de la anterior donde la APS era tratada como un conjunto de servicios de salud de bajo nivel y poco costo, esta privilegia la idea que los servicios deben ser congruentes con las necesidades de las personas y las familias de

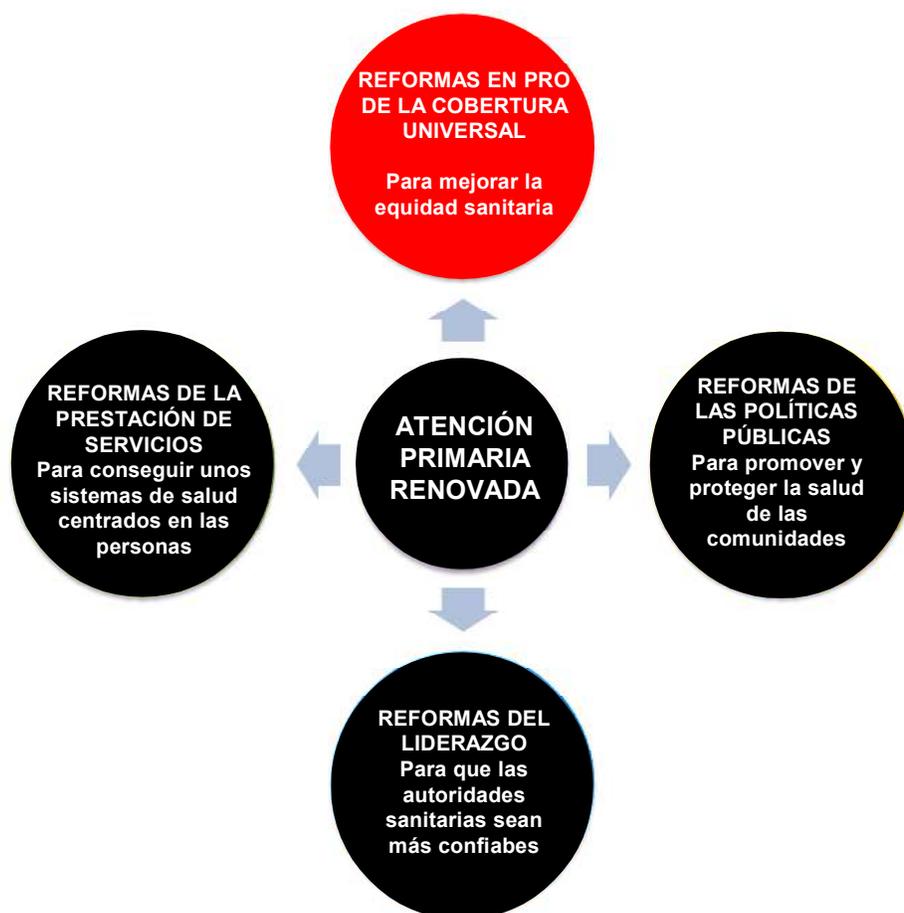


Figura 2. Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos

cada población y que al tener estos mejor accesibilidad y calidad, tendrán mayor satisfacción y mayor adhesión a los tratamientos mejorando así la eficacia y la eficiencia de los demás niveles del Sistema, reduciéndose así el número de hospitalizaciones y la utilización innecesaria de las salas de urgencias.

PILARES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA RENOVADA

La nueva propuesta de APS, debe estar sustentada en cuatro pilares. El primero orientado a garantizar la cobertura universal y así mejorar la equidad sanitaria, continuar con una reforma en la prestación de servicios de salud, que ofrezca servicios integrados e integrales y coloque como centro de atención a la personas y sus necesidades, logrando con ello una mayor satisfacción en la atención y una mejor adherencia y eficacia en los tratamientos evitando el uso de servicios de mayor

nivel de complejidad.

El tercer pilar debe ser orientado a fortalecer el liderazgo participativo, para garantizar una mayor confiabilidad en sus dirigentes y finalmente crear reformas a través de políticas públicas que favorezcan efectivamente la salud de las comunidades (Figura 2).

Primer pilar: Equidad sanitaria con cobertura universal. La base de un proceso de equidad sanitaria entendida esta como la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos disponibles y el diseño de unas políticas de salud no discriminatoria y en beneficio de toda la comunidad, es un conjunto de reformas que tienen como objeto avanzar hacia la cobertura universal, hacia la implantación progresiva de redes de servicios cuyo eje sea la atención primaria en zonas donde no existen por su lejanía o por su dispersión o por segmentación social y al reemplazo de servicios de salud mercantilizados e individualizados.

Para avanzar hacia el acceso de todos a los servicios

de salud es necesario planear las estrategias en tres dimensiones. La primera de ellas es diseñar un plan de cómo *ampliar la cobertura* y para ellos existen tres estrategias claramente establecidas. La primera es fortalecer estrategias de sistemas prepago a través de pagos directos por el asegurado el empleador o el gobierno; la segunda es coordinar todas las fuentes de financiación destinadas al sector salud, sean estas públicas o privadas, obteniendo así una fuente de ingresos externa más estable y previsible y un reforzamiento de la capacidad institucional interna, y finalmente la tercera es combinar de manera efectiva todos los sistemas de seguros voluntarios sean estos comunitarios, cooperativos, de cajas de compensación y así establecer un sistema más universal y con una protección social más amplia. La segunda dimensión es pensar en estrategias que permitan *profundizar la cobertura*, ampliando la gama de servicios esenciales requeridos para atender con eficacia las necesidades sanitarias de las personas. Aquí lo esencial es la determinación de un «paquete básico» de servicios y para ello es necesario no limitarse a prioridades previamente establecidas sino que se deben tener en cuenta la demanda y necesidades de la gente, abarcar la prestación en todos los niveles de complejidad, costearla, concertarla con los estamentos involucrados a la luz de la evidencia disponible y finalmente divulgar la decisión a la población.

La tercera dimensión es pensar en el *nivel de la cobertura* a alcanzar, es decir, la proporción de gastos sanitarios afrontados mediante los mecanismos de prepago y cooperación y cuantos directamente del bolsillo de los pacientes.

En la búsqueda de lograr la mayor equidad sanitaria posible, además de aumentar el acceso a los servicios se hace necesario hacer llegar los servicios a lugares pobres y apartados, a través de la implementación de redes de atención primaria que suplan esa falta de servicios y se proponen dos alternativas. Una de ellas es ampliar rápidamente un conjunto limitado de intervenciones con la consiguiente cobertura poblacional pero con la posible insatisfacción y pérdida de credibilidad de la población, la cual siempre desea cuando tienen un problema de salud que este sea atendido sin importar el costo de las decisiones tomadas. La otra alternativa es avanzar comuna por comuna con una estrategia de un centro de salud con paquetes básicos de atención, atendida por gente profesional capaz de resolver pro-

blemas frecuentes en la comunidad y una red hospitalaria de apoyo para lo que no se pueda atender en la comuna. Para definir con cual comuna iniciar, se pueden incluir indicadores de carga de enfermedad, tamaño poblacional, y otros indicadores de salud como mortalidad en menores de cinco años. Finalmente, lo importante entre estos dos extremos es no caer en la búsqueda de un mínimo denominador común, es decir, conseguir la igualdad de acceso a un conjunto de servicios en gran medida insatisfactorios.

En regiones dispersas como áreas rurales y selváticas la equidad sanitaria se alcanza promoviendo estrategias como la cofinanciación de infraestructuras entre comunidades, creación de unidades móviles de atención, diagnóstico y manejo (p.e., telemedicina) y la subvención económica de estas áreas por otras económicamente más ricas, logrando así equidad a través de la solidaridad la primera.

Otra forma de inequidad encontrada en algunos países o ciudades de renta alta es la existencia de discriminación a la hora de atender ciertos sectores sociales como los adolescentes, las mujeres, los inmigrantes y los fármacodependientes que a pesar de tener la oportunidad de acceder a los servicios, cuando son atendidos son tratados de manera inequitativa y por tanto se hace necesario establecer estrategias diferentes como son las visitas a domicilio, incorporar un lenguaje especializado que acerque culturalmente a esos grupos a los prestadores de salud, instaurar consultas en horas no hábiles e incluso elaborar vales con subsidio a la demanda de servicios específicos (promoción y prevención, uso de anticonceptivos, etc.) todo lo anterior con el fin de aminorar la inequidad.

Segundo pilar: Prestación del servicio, dar prioridad a la persona. Fue hace ya casi dos siglos cuando el médico canadiense Sir William Osler pronunció su famosa frase «*Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que la clase de enfermedad que tiene un paciente*». Esta frase nuevamente cobra importancia en las últimas décadas cuando es creciente un movimiento de los pacientes que exigen una atención que tenga en cuenta todas sus necesidades, que sea integral e integrada, continua y personalizada, que se preocupe por él y su familia en un servicio cercano a su domicilio.

Posterior a 1978 se han identificado cinco deficiencias en la prestación de los servicios de salud que alejan

a la población de la utilización de los mismos o que permiten que se concentren los recursos en las personas menos necesitadas o con tecnología ineficiente. La primera de ellas se refiere a la mayor demanda de servicios por parte de la población con mayores ingresos o con menores problemas de salud. Sí esto sucede en sistemas de salud se considera que existe una *atención inversa*.

La segunda deficiencia encontrada es la denominada *atención empobrecedora*, donde al carecer la población de un sistema de protección social, el pago de bolsillo de eventos en salud genera una crisis económica en el seno de las familias de la cual difícilmente se recuperan. La *atención fragmentada* es otra deficiencia y en ella los servicios altamente especializados impiden una visión integral y holística del problema de salud y de la enfermedad del paciente y de su entorno. La cuarta deficiencia se describe como *atención peligrosa* y se da cuando la falta de planeación en la implementación de los servicios, facilita la aparición de eventos adversos o incidentes de seguridad, al igual que la aparición y perpetuación de infecciones nosocomiales. La última deficiencia en la prestación de los servicios es una *orientación inadecuada de la atención*, concentrada en los servicios curativos, extremadamente costosos dejando de lado los servicios de promoción de la salud y protección específica que identifica una parte importante de la morbilidad en sus estadios tempranos.

A causa de lo anterior la prestación de servicios en salud debe tener unos cambios necesarios e inmediatos para lograr que se neutralicen esas deficiencias y al mismo tiempo poseer unos rasgos distintivos para acercar a las personas y lograr intervenciones efectivas y eficaces en salud. Se han identificado siete estrategias distintivo que en su conjunto diferencian la atención primaria o el cuidado primario y así superar las deficiencias. La primera es la *atención centrada en el paciente* en la cual el proveedor de servicios de salud, debe comprender ampliamente las necesidades de la persona, en relación con la intensidad de su enfermedad y como ella afecta su cotidianidad, como la vivencia particularmente en sus diferentes estadios de mejoría o recaída, cómo vive y participa la familia de la enfermedad de uno de sus miembros. El enfoque centrado en el paciente, lo denominan algunos autores¹¹ «método clínico de democracia participativa», y facilita el mejoramiento de la calidad de vida y favorece la intensidad del

tratamiento¹², lo que se refleja en una disminución de las ayudas diagnósticas y remisiones¹³ y de las hospitalizaciones por complicaciones prevenibles de enfermedades crónicas¹⁴.

Una segunda estrategia de la atención primaria son los denominados *servicios integrales e integrados de salud*. Usualmente los problemas de las personas no son como los describen los libros de texto, ni siguen un patrón definido o un síndrome característico. Los proveedores deben utilizar diversos enfoques preventivos o de diagnóstico, de tratamiento curativo o de atención domiciliar a corto o largo plazo, rehabilitación y en ocasiones movilizar la atención de los servicios sociales. El poseer todos estos servicios integrados cercanos al paciente, reducen la dependencia de los servicios altamente especializados¹⁵. La *continuidad en la atención* es la tercera estrategia distintiva de la atención primaria. Esta implica continuidad a través del tiempo, lo que ofrece un conocimiento acumulado de su paciente, sus preferencias, sus dificultades, permite una negociación en los manejos clínicos y un seguimiento concertado que se ajuste a las necesidades del paciente y oferta de servicios del centro, lo que redundará en una disminución en las rehospitalizaciones¹⁶. Esta estrategia exige continuidad en la información clínica, mientras el paciente transita por otros servicios derivados o por hospitalizaciones agudas y continuidad en la información clínica mientras él envejece¹⁷.

Un cuarto elemento distintivo es mantener en lo posible a un *médico permanente y de confianza como punto de acceso* logrando así que el médico conozca muy bien a sus pacientes y se pueda anticipar a las enfermedades, comprender mejor su estado de salud al conocer la forma en que vive, mantener una mejor comunicación, anticiparse a los obstáculos en la continuidad de la atención, identificar los progresos y detecciones en la mejora de su bienestar e identificar los problemas de salud en su fase inicial.

Los pacientes que reciben este tipo de atención, tienden a respetar más los consejos que les dan, utilizan menos los servicios de urgencias, utilizan menos los servicios especializados, requieren menos hospitalizaciones y están más satisfechos. Los médicos ahorran tiempo en su consulta, utilizan menos exámenes de laboratorio y prestan una labor más preventiva. Los diseños de los servicios de salud se deben esforzar para que este tipo de atención sea la más probable.

Una quinta estrategia de la atención primaria es hacer que los servicios se reorganicen en *redes de atención primaria*, que permitan el acceso libre a la población sin limitaciones y con cobertura universal, donde se pueda ingresar a servicios integrados preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y paliativos. Para ello se deben acercar los servicios de salud a la población, mediante los centros de generalistas. Otra estrategia en los servicios de atención primaria consiste en *asignar una población determinada*, que puede ser por comuna y así ofrecerle servicios preventivos, programas de apoyo, de atención integral y de servicios paliativos, evitando demanda espontánea de los servicios que congestionan los servicios logrando que se atiendan a los más necesitados. Se deben de fomentar los servicios extramurales¹⁸, que facilitan las actividades sobre problemas específicos con otros sectores para llegar a la población marginal. Finalmente, la última estrategia se orienta a la *coordinación de los servicios de su población*, apoyados por equipos especializados, cambiar la tradicional pirámide fundada en el hospital de alto nivel de complejidad por una red integrada de servicios locales, logrando una red de cooperación y coordinación y evitando un sistema de derivación con jerarquía vertical, volviendo al equipo de atención primaria como el mediador entre la comunidad y los servicios de salud de alta complejidad^{19,20}.

Tercer pilar: Establecimiento de políticas públicas para la salud. Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan la salud y para eso los gobiernos deben crear organizaciones jurídicas legales y administrativas que puedan garantizar ganancias y derechos adquiridos para todo el conjunto de la sociedad y no sólo para públicos objetivos específicos. La atención primaria renovada propugna por la creación de políticas públicas sistemáticas, de salud pública y de otros sectores diferentes a la salud pero que tengan en cuenta la salud de la población²¹.

La creación de políticas públicas que regulen los elementos constitutivos de los sistemas sanitarios son fundamentales pues de ellas dependen que la atención primaria centrada en las personas y las reformas en pro de la cobertura universal se puedan cumplir. Esos elementos comprenden la infraestructura del sistema, los recursos humanos que trabajan en él, la información necesaria para gestionar el sistema, las tecnologías incluidas llámense medicamentos, ayudas diagnósticas, etc., y finalmente

el modo cómo se debe dar la financiación del sistema²². Ejemplo de ellas son las experiencias en la promoción de los medicamentos esenciales y las creadas con el fin de orientar las políticas relativas a la fuerza laboral sanitaria según los objetivos de la APS. Una ausencia de estas últimas pueden llevar a los países hacia una mayor subespecialización en instituciones de atención terciaria y hacia una migración a las grandes ciudades.

Unas políticas de salud pública eficaces que aborden problemas de salud prioritarios constituyen la segunda línea de creación de políticas públicas. Ejemplo de ellas son la yodación de la sal, la implementación de la Atención Integral para las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI), las normas de seguridad vial, etc²³. También es necesario crear políticas para el caso de ocurrir catástrofes o epidemias evitando así cualquier fallo que menoscabe la confianza de la población en las autoridades sanitarias.

Finalmente, los sistemas de salud con atención primaria como su estrategia principal deben coordinar los trabajos intersectoriales que permitan la creación de políticas públicas, donde la salud esté en todas las políticas creadas por otros sectores. En otras palabras se debe propugnar porque en la mayoría de las leyes se haya tomado en cuenta los impactos en los determinantes de la salud de la población y los posibles resultados indirectos en el estado de salud de las mismas, Ejemplo de ello, son los contenidos de salud en los planes de estudios escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de géneros y la seguridad en los alimentos y bienes de consumo.

Cuarto pilar: Eficacia en el liderazgo y en el gobierno. En los estados modernos se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que puedan acarrear las enfermedades. En ocasiones esta función crucial de liderazgo se interpreta como un mandato para la planificación centralizada y el control administrativo completo del sector sanitario y aunque en ocasiones de catástrofes o epidemias esto es justificado, la eficacia de ese liderazgo depende cada vez más de una labor de mediación ante los complejos desafíos sanitarios del presente y del futuro resultando en un contrato social establecido entre las instituciones públicas, de medicina, de salud y de la sociedad en general. Para establecer ese diálogo eficaz entre instituciones se requiere de un sistema de

información abierto, accesible y transparente, de la creación de observatorios regionales de salud que fortalezcan el diálogo sobre políticas y uso de tecnologías sanitarias innovadoras²⁴ con aprendizaje sobre el terreno y finalmente un proceso de intercambio de enseñanzas sobre lo que resultó eficaz.

CONCLUSIONES

Los sistemas de salud actualmente son un mosaico de combinaciones pero tienen en común que están presionados por los cambios demográficos, los recursos limitados y la globalización tecnológica. Para ello la mayoría de ellos miran como estrategias deseables la cobertura universal, la implementación de redes de atención sanitaria en regiones afectadas por la pobreza o la dispersión, la atención centrada en las personas y la mejora en la protección de la salud de sus poblaciones a través de políticas públicas sistemáticas y en salud. Esta nueva atención primaria diferente en sus estrategias pero no en sus principios a la creada hace 32 años en Alma-Ata, se constituye así en una poderosa herramienta social para crear estados con mayor equidad sanitaria, mayor eficiencia en el uso de recursos, mejores resultados en indicadores de salud y mayor satisfacción de la población prestataria y usuaria al ser cubiertas con calidad sus necesidades sanitarias. Finalmente, la aplicación de estas estrategias debe ser adoptada y ajustada según el contexto de cada país y a plazos no inferiores de 10 años.

REFERENCIAS

- Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T, *et al.* Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*. 2007; 6: 972-83.
- Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60: 201-18.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine; 1999.
- OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Tejada de Rivero D. Alma-Ata 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud*. 2003; 8. URL disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm
- Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005; 71: 83-96.
- Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21: 73-84.
- Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004; 14: 246-51.
- Organización Mundial de la Salud. *La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS; 2008.
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *Int J Health Serv*. 2007; 37: 89-109.
- Marincowitz GJO, Fehrsen GS. *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process*. Paper presented at 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa; 1998.
- Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Int Med*. 2005; 142: 691-9.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000; 49: 796-804.
- Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK, *et al.* Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner city minority population. *New Engl J Med*. 1992; 327: 776-81.
- Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL, *et al.* Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Int Med*. 1996; 11: 269-76.
- Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New Engl J Med*. 1996; 334: 1441-7.
- Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, van Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Can Med Assoc J*. 2003; 169: 1023-8.
- Donovan EF, Ammerman RT, Besl J, Atherton H, Khoury JC, Altaye M, *et al.* Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*. 2007; 119: 1145-51.
- Margolis PA, Stevens R, Bordley WC, Stuart J, Harlan C, Keyes-Elstein L, Wisseh S. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*. 2001; 108: E42.
- Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical*

- programmes in multi-function health services*. Ambers: ITG Press; 1997.
21. Satcher D, Higginbotham EJ. The public health approach to eliminating disparities in health. *Am J Public Health*. 2008; 98: 400-3.
 22. Marmot M, Friel S, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661-9.
 23. Muhlrads N. *Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress*. Paper presented at Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
 24. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *J Epidemiol Comm Health*. 2003; 57: 324-6.