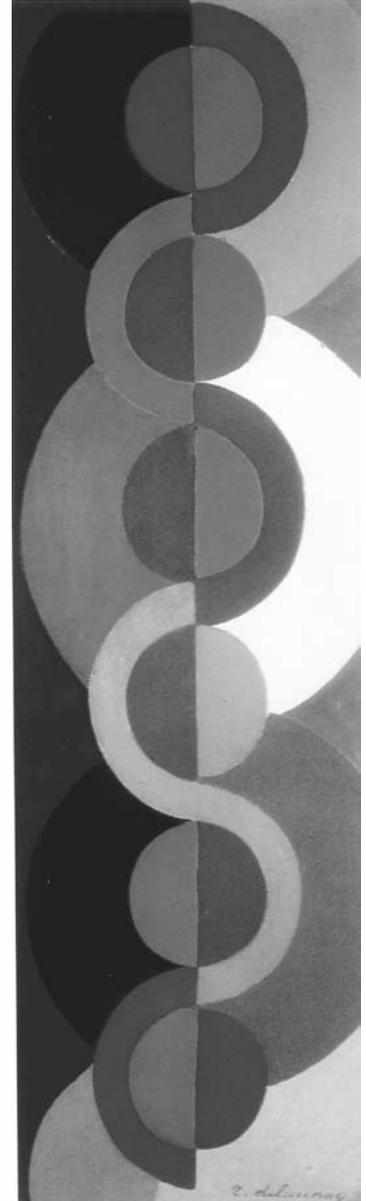

DOSSIER

Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial

Ronald Labonté, David Sanders, Fran Baum, Nikki Schaay, Corinne Packer, Denise Laplante, Roman Vega Romero, Vinay Viswanatha, Francoise Barten, Catherine Hurley, Hayat Tujuba Ali, Halli Manolakos, Naydú Acosta Ramírez, Jennifer Pollard, Thelma Narayan, Suraya Mohamed, Lonneke Peperkamp, Julie Johns, Nacerdine Ouldzeidoune, Raven Sinclair y Sherri Pooyak



Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial *

Ronald Labonté, David Sanders, Fran Baum, Nikki Schaay, Corinne Packer, Denise Laplante, Roman Vega Romero, Vinay Viswanatha, Francoise Barten, Catherine Hurley, Hayat Tujuba Ali, Halli Manolakos, Naydú Acosta Ramírez, Jennifer Pollard, Thelma Narayan, Suraya Mohamed, Lonkeke Peperkamp, Julie Johns, Nacerdine Ouldzeidoune, Raven Sinclair y Sherri Pooyak

Instituto de la Salud de la Población, Universidad de Ottawa, Canadá; Escuela de Salud Pública, Universidad del Cabo Occidental, Sudáfrica; Unidad de Investigación de Salud Comunitaria de Australia del Sur, Universidad de Flinders, Australia; Pontificia Universidad Javeriana, Colombia; Célula de Salud Comunitaria, Bangalore, India; Departamento de Salud Pública, Universidad de Radboud, Países Bajos; Universidad Nacional de Colombia, Colombia; Centro para la Salud Pública y la Equidad, Bangalore, India; Universidad de Tulane, Nueva Orleans, Estados Unidos; Universidad de Regina, Centro de Investigación de la Salud de los Pueblos Indígenas, Primeras Naciones; Universidad de Canadá, Canadá; Universidad de Saskatchewan, Canadá

* La modalidad de presentación de la versión en español es fiel copia en sus contenidos de su versión en inglés Implementation, Effectiveness and Political Context of Comprehensive Primary Health Care: Preliminary Findings of a Global Literature Review. Australian Journal of Primary Health, 14(3) 58-67. DOI: 10.1071/PY08037. Labonté, R., Sanders, D., Baum, F., Schaay, N., Packer, C., Laplante, D., Vega Romero, R., Viswanatha, V., Barten, F., Hurley, C., Ali, H.T, Manolakos, H., Acosta Ramírez, N., Pollard, J., Narayan, T., Mohamed, S., Peperkamp, L., Johns, J., Ouldzeidoune, N., Sinclair, R., & Pooyak, S. Traducción: Claudia Espinosa y Román Vega Romero.



La atención primaria de salud (APS) ocupa nuevamente un lugar de privilegio en la agenda internacional. Treinta años después de la Declaración de Alma-Ata fue el tema central del Informe Mundial de la Salud en 2008 y ha sido el tópico de una serie de conferencias significativas alrededor del mundo durante ese mismo año. ¿Qué hemos aprendido acerca de su impacto en la mejora de la salud de la población y de la equidad en salud? ¿Qué más nos falta saber? Estas dos preguntas son el marco del proyecto internacional de investigación y de creación de capacidades de cuatro años “Revitalización de la Salud para Todos” (RHFA, por sus siglas en inglés), financiado por la Iniciativa Canadiense de Investigación en Salud Global (http://www.idrc.ca/en/ev-108118-201-1-DO_TOPIC.html). El proyecto RHFA se estableció bajo la cobertura del Movimiento por la Salud de los Pueblos (<http://www.phmovement.org/en>) y la Universidad Internacional de la Salud de los Pueblos (<http://phmovement.org/iphu/>), agrupando a investigadores de más de una docena de países. El equipo de nuestro proyecto concibe la APS como un enfoque integral orientado a reducir las inequidades en salud a través de pilares significativos como la participación de la comunidad, equipos multidisciplinarios y la acción transectorial.

El punto de partida de nuestro trabajo fueron los siguientes desafíos, extensamente documentados, para que la APS pudiera cumplir con la visión de Alma-Ata:

- Haber sido opacada casi de inmediato por la APS “selectiva”, que privilegiaba unas pocas intervenciones de bajo costo, en su mayoría dirigidas a la supervivencia infantil, aprovechando la confusión sobre si la APS era un “enfoque” o un nivel de atención, al tiempo que algunos países ricos equiparaban la APS con la atención (médica) de primer nivel o atención

(médica) primaria prestada por médicos generales (Tarimo y Webster, 1994).

- La globalización de los modelos de sistemas de salud orientados por el mercado, junto con la influencia del informe del Banco Mundial *Invertir en Salud* de 1993, que promovía “paquetes” costo-efectivos que dejaban de lado los determinantes sociales de la salud, desintegrando aún más la atención en salud individual y colectiva (Banco Mundial, 1993; Sanders, Schaay y Mohamed, en prensa).
- El debilitamiento y la fragmentación de los sistemas de salud pública en muchos países, en parte por efecto de los ajustes estructurales seguidos de austeridad fiscal y porque subsecuentemente muchos países de bajo y mediano ingreso (PBMI), para financiar sus servicios de salud dependían de un número cada vez mayor de sociedades mundiales de salud cuyo interés se centraba en enfermedades específicas (Sanders et al., en prensa; Labonté, Blouin, Chopra, Lee, Packer, Rowson et al., 2007).
- La preocupación política de que el énfasis que la APS hacía en la participación comunitaria podría atentar contra los intereses de grupo de las élites en un periodo en el cual en muchos países se libraban luchas ideológicas poderosas entre la izquierda y la derecha (Solar y Irwin, 2006).

A pesar de lo anterior, se ha logrado una amplia experiencia en la aplicación de la APS, con un enfoque más integral, enriquecido por el aumento paulatino de modelos sociales de promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986) además de enfoques de salud y el desarrollo basados en los derechos. Este conocimiento todavía no se ha acopiado sistemáticamente ni tampoco se ha explorado. El primer año de nuestro proyecto *Revitalización de la Salud*

para Todos, hoy en día terminado, se dedicó a esta tarea (véase recuadro 1: Métodos de revisión). Aquí presentamos los resultados preliminares de nuestra revisión de la literatura respecto de la integralidad, efectividad

y contexto político de la APS y concluimos con algunas de las áreas temáticas de investigación que se encuentran a la espera de respuestas, a las que nuestro proyecto se dedicará en lo que sigue.

RECUADRO 1. MÉTODOS DE REVISIÓN

Una amplia búsqueda bibliográfica se llevó a cabo utilizando siete bases de datos bibliográficos por medio de una interfaz de OVID así: Medline (de 1966 hasta el presente); EMBASE (de 1980 hasta el presente); HealthStar (de 1966 a 1998); HealthStar (de 1999 al presente); CINHALL (de 1982 hasta el presente); el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (1er trimestre 2007), y Resúmenes Sociales. Las citas se introdujeron en Reference Manager v 11.0, y después de eliminarse los duplicados quedaron 95.845 citas. Estas se remitieron a los equipos distribuidos geográficamente en Canadá, Australia, los Países Bajos, Sudáfrica, India y Colombia, y quedaron reducidas aún más una vez se hicieron las revisiones a los resúmenes. Otras estrategias incluyeron la búsqueda en Google por Internet, listas de referencia y memorias de congresos internacionales clave, para así poder conseguir resúmenes de información inédita. Investigadores del proyecto también utilizaron sus redes de peritos para descubrir literatura, ya fuera publicada o inédita (“gris”). Los resultados aquí presentados se basan en el análisis preliminar de 336 artículos que cubren la mayoría de las regiones del mundo. Si bien se hizo hincapié en los artículos con resultados empíricos, una tercera parte de los revisados a la fecha se refirió al análisis y comentarios de políticas. Estos fueron útiles para evaluar el impacto del contexto político sobre los programas de APS. Los temas generales que han surgido se afinarán una vez se haya completado el análisis.

¿Qué tan integral ha sido la Atención Primaria de Salud?

La confusión de larga data en torno a la definición de APS puede ser reducida a tres posiciones:

1. Si la atención primaria de salud se refiere solo al nivel primario de atención o si es un enfoque que guía la organización del sistema de salud nacional y local, además de su integración con los niveles de atención familiar, comunitaria y del segundo y tercer nivel.
2. La medida en que la APS describe solo la atención terapéutica y de rehabilitación y la prevención de enfermedades dentro del sector o la promoción de la salud, o si también depende del compromiso

horizontal con las comunidades y las acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud.

3. Hasta qué punto deberían incluirse en el marco de la APS aquellas acciones independientes orientadas hacia los determinantes sociales y económicos de la salud que no están vinculados a los servicios de salud.

Nuestro proyecto se inclinó hacia las interpretaciones más amplias de los numerales 1 y 2, pero decidió excluir muchos proyectos de promoción de la salud que parecían no tener relación con la prestación de servicios de salud. Nuestro criterio sobre esta exclusión fue que la APS se sustenta en los servicios de atención de salud, desde donde la atención primaria encara los



determinantes de la salud. Al interior de los sistemas de salud, diferentes departamentos pueden destacar uno u otro, pero a no ser que exista un vínculo de práctica, programa o política entre los componentes de tratamiento y rehabilitación y prevención y promoción, realmente no se cuenta con un modelo de APS integral. Un ejemplo de tales vínculos sería la respuesta de un sistema de salud a la diarrea en los niños, que incluye componentes de tratamiento (rehidratación oral), rehabilitación (administración de suplementos nutricionales),

prevención (educación en materia de higiene, lactancia materna e inmunización) y promoción (intervenciones de la comunidad y/o intersectoriales para mejorar la atención infantil, la seguridad alimentaria del hogar, el acceso al agua y saneamiento [Sanders et al., en prensa]).

Aprovechando las experiencias del equipo de nuestro proyecto, además de los comentarios sobre la APS hemos creado una lista de los tipos de resultados asociados con un ideal de APS integral (véase tabla 1).

TABLA 1.
RESULTADOS DESEADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL DE SALUD
(CPHC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

- Aumento de la equidad en el acceso a la atención de salud y a otros servicios y/o recursos esenciales para la salud.
- Disminución de la vulnerabilidad mediante el aumento del empoderamiento (capacidades) comunitario.
- Reducción de la exposición al riesgo por medio de cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud.
- Mejora de los mecanismos y oportunidades de participación y de las capacidades políticas de los grupos poblacionales marginados a quienes se dirigen las iniciativas de la APS integral.
- Aumento en las actividades de política intersectorial sobre los determinantes sociales y económicos de la salud que tienen que ver con el sector de la salud.
- Mejora de los resultados en salud de la población y una mayor equidad en la salud.

No esperábamos encontrar testimonios del buen desempeño de los programas o sistemas de salud en todos los resultados mencionados: igual, no sucedió. Gran parte de la literatura científica (aunque menos en la literatura gris) versa exclusivamente sobre la mejora del acceso a la atención primaria; ocasionalmente se ocupa también de examinar las mejoras en conocimientos y/o comportamientos básicos de salud, aunque se encontraron diferencias regionales.

En Europa y América del Norte se hizo hincapié en el acceso a médicos generales,

en el caso de los estadounidenses sin seguro médico, o en la prestación del servicio a través de centros de salud comunitarios financiados públicamente. También se observó la participación y/o empoderamiento de la comunidad, en particular con los centros multidisciplinarios de salud comunitaria (CHC por sus siglas en inglés) u otros programas estilo “atención primaria orientada a la comunidad” (COPC por sus siglas en inglés) (Yalnizyan, 2005; la COPC es un modelo de atención primaria desarrollado inicialmente en Sudáfrica en la década de 1940 que incluía acciones para modificar

los determinantes sociales de la salud). A menudo estos centros empezaron como unas formas de llevar servicios de atención primaria a poblaciones de zonas rurales y/o remotas o a las poblaciones urbanas desfavorecidas, pero fueron ampliados para incorporar la participación de la comunidad y actividades de promoción de la salud. En algunos países, como Canadá y Australia, estos centros se volvieron parte de los sistemas de salud universalmente financiados que atienden a una combinación de grupos poblacionales.

También hubo estudios descriptivos sobre la creación y gestión de equipos multidisciplinarios y evaluaciones formativas de colaboración intersectorial. Si bien estos describen los esfuerzos de la APS por ser más integral, se terminó por informar poco sobre sus resultados e impacto. La revisión también en-

contró que los servicios de salud controlados por indígenas a menudo aplican formas más integrales de APS como respuesta a la mala situación de salud de los pueblos indígenas (véase recuadro 2). Un pequeño número entre los estudios europeos efectivamente informó sobre los proyectos más integrales de la APS. Estos incluyeron evaluaciones de una red de centros de salud comunitaria cerca de Nápoles. El trabajo se organizó en torno a asuntos relacionados con pobreza, enfermedades mentales, riesgos laborales y exclusión social (Fuller, 1986); la participación de la comunidad y del movimiento social en los centros de APS en Madrid (Ruiz-Jiménez, 2007); y programas en Bélgica diseñados al estilo de la atención primaria orientada a la comunidad (COPC por sus siglas en inglés) que dispararon la acción intersectorial en los determinantes de la salud (De Maeseener, De Roo, Art, Willems, y Van de Geuchte, n.d.).

RECUADRO 2.
EXPERIENCIAS DE ABORÍGENES AUSTRALIANOS EN APS

Los pueblos aborígenes han sido la clave para su propio éxito. En un proyecto de colaboración emprendido por la División de Medicina General en la zona rural de Nueva Gales del Sur, con el fin de aumentar el acceso de la población aborigen a los médicos generales, por ejemplo, la ejecución fue supervisada por un comité de gestión con representación mayoritaria aborigen y se requería la presentación de informes periódicos al Consejo de Salud Aborigen. Las estrategias del proyecto a las que se les atribuyó la mejora al acceso a los servicios incluyeron el cruce de referencias entre los trabajadores de la salud aborígenes y los médicos generales, la inclusión de centros asistenciales y capacitación en sensibilidad cultural (Andrews, Simmons, Long y Wilson, 2002). La flexibilidad en la prestación de servicios también ha demostrado ser significativa para poder llegar a los grupos con baja accesibilidad a la prestación de servicio: esto significa servicios de evaluación y referencia en los hogares de la población aborigen, parques locales, escuelas o cualquier instancia que sea más confiable que un hospital. Es imperativo involucrar a trabajadores aborígenes de confianza (Cleworth, Smith, y Sealey, 2006). Por otro lado, otros intentos por introducir la atención coordinada entre las comunidades aborígenes en Australia han tenido un relativo éxito debido en parte a los bajos niveles de participación y consulta con los miembros de la comunidad local, que a menudo son el resultado de tener un número insuficiente de trabajadores de la salud aborígenes capacitados en hacer participar a la comunidad (Robinson, d'Abbs, Togni, y Bailie, 2003).



En el sur de Asia, América Latina y África se hizo mayor énfasis en la evaluación de los efectos en la salud de la población. Esto no sorprende ya que muchos de estos programas tipificaban la APS al estilo “clásico” de Alma-Ata, que se orientaba a mejorar el acceso de los grupos pobres de las zonas rurales (véase recuadro 3). Una revisión de literatura gris del sur de Asia, donde funcionaban programas que antecedieron a Alma Ata y hubo poca investigación nueva después de 1980, encontró que los programas eran de tres tipos: los que destacaban principalmente la participación de la comunidad en los servicios de salud; los que consideraban que la APS incluía la generación de ingresos, agricultura y otros sectores de servicios; y los que vieron la APS como un medio de involucrar a las comunidades en un proyecto de empoderamiento de mayor alcance. Los programas auspiciados por organizaciones no gubernamentales tenían más probabilidades de alinearse con los dos últimos enfoques y a la vez tenían menos probabilidad (que los programas gubernamentales) de darle preferencia únicamente a la prestación de la atención básica. En ambos casos se le prestó algo de atención a los determinantes sociales de la salud, pero estos fueron objeto de menos interés por parte de algunos programas de gobierno que operaban en todo el país. Últimamente, algunos países están procurando “hacer el lanzamiento” de la APS a la manera de programas de alcance estatal o nacional (véase recuadros 3 y 4).

RECUADRO 3.
EL PROGRAMA DE APS DE TAILANDIA

Tailandia inició su aplicación de la APS en 1977 para prestarle servicio a su población, mayoritariamente rural. Los éxitos que se pueden resaltar son una adecuada nutrición infantil, que pasó de 47% entre 1979 y 1982 a 79% en 1989, por medio de un programa de vigilancia nutricional, cooperativas de nutrición y el fomento del cultivo de alimentos nutricionales en las familias. Hubo logros similares en las coberturas de inmunización, el acceso al agua potable y al saneamiento, y en la disponibilidad de medicamentos esenciales (Nitayarumphong, 1990). Clave para el éxito de su programa fue la participación de la comunidad a través de Voluntarios de Salud de la Aldea y Comunicadores de Salud de la Aldea, que organizaron las actividades y promoción de la salud con la supervisión y el apoyo de los trabajadores de la salud remunerados. La colaboración intersectorial con educación, agricultura y desarrollo comunitario era parte de la estrategia. Después de cierta insatisfacción con los servicios rurales a mediados de 1990, los grupos comunitarios observaron la necesidad de prestarle más atención tanto al VIH / SIDA como a los determinantes de la salud. Posteriormente, se amplió en Tailandia el programa de APS, haciendo especial énfasis en el VIH / SIDA y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Ministerio de Salud Pública, Dirección de Política y Estrategia, 2007).

América Latina tiene una larga historia de desarrollo de programas de APS y cabe anotar que muchos de estos incluyeron acciones a través de la mayoría o en la totalidad de los resultados deseados establecidos en la tabla 1. Sin embargo, la posibilidad de sostener su integralidad parece estar determinada

significativamente por el clima político. Un hallazgo importante en la experiencia latinoamericana es que existe más integralidad del enfoque de APS en los países con sistemas integrados y universales (o casi universales) de salud, mientras que la APS selectiva o la focalización de la atención



básica hacia los grupos desfavorecidos se asocia con sistemas de salud segmentados y fragmentados. Más recientemente, la APS en América Latina también se ha empezado a integrar con avances tecnológicos y a hacer énfasis en las zonas urbanas más pobres.

Se observaron algunas diferencias entre el tipo de programas de APS de los países de alto ingreso (HIC, por sus siglas en inglés) y aquellos de los países de bajo y mediano ingreso. A menudo, en los países de bajo y mediano

ingreso la APS se centra en el aumento del acceso a los programas de salud materno-infantil y en la mejora de los servicios de saneamiento básico, mientras que en los países de alto ingreso se ha centrado en el aumento del acceso a una amplia gama de servicios de salud y en programas sobre los determinantes sociales de la salud. Simultáneamente, existe evidencia de la realización de ambas orientaciones en todos los países y casi todos comparten por igual los desafíos políticos e institucionales para aumentar la integralidad de la APS.

RECUADRO 4.
EL PROGRAMA DE APS EN BRASIL

En la década de 1980, la legislación brasileña realizó cambios que reforzaron la autoridad administrativa local. Junto con la democratización, las movilizaciones sociales y un clima reformista, se iniciaron nuevos programas de APS, como la capacitación a gran escala y el apoyo a los trabajadores comunitarios de salud conocido como el Programa Agente Comunitário de Saúde. Este programa, que comenzó a mediados de los años 1980 en el estado nororiental de Ceará, mantuvo informado y luego se integró al Programa Saúde da Família (PSF) en 1994. El PSF, que es un programa nacional totalmente financiado por el Gobierno, ahora cubre a 50 millones de brasileños, que es el 40 por ciento de toda la población. El PSF está compuesto por equipos de un médico, enfermera, auxiliar de enfermería y de cuatro a seis trabajadores comunitarios de la salud (CHW, por sus siglas en inglés), y se le acredita la reducción de la mortalidad infantil y menores tasas de hospitalización. Dos características que hacen que el programa sea único son su escala y la inclusión de trabajadores comunitarios de la salud remunerados dentro de sus equipos de APS (Macinko, de Souza, Guanais, y da Silva Simoes, 2007; Escorel, Giovanella, de Mendonça, y de Castro Maia Senna, 2007).

Para resumir, nuestro análisis ha demostrado que existen evidencias sobre la integralidad de la APS. Sin embargo, gran parte de la literatura solo se refiere a “tajadas” delgadas de la APS, en lugar de reseñar su totalidad. Como ejemplo se cita un estudio que refiere las actividades intersectoriales o la creación de nuevos grupos comunitarios, pero no los relaciona con el conjunto de servicios (incluida la atención clínica) prestados por el programa. Esto significa que la literatura oficial rara vez captura las sinergias entre diversos aspectos de una APS más integral. Esto podría deberse a las características propias de las revistas académicas y/o científicas, donde los artículos deben ser breves y precisos, o puede ser una

manifestación acerca de la poca historia que existe sobre experiencias de APS integral. Puede ser también la razón por la cual la literatura gris, al no encontrarse restringida por las limitaciones estructurales propias de las publicaciones revisadas por pares, a menudo ofrece las evaluaciones más útiles y rigurosas de los programas de APS integral. Se está llevando a cabo un seguimiento específico a unas de estas tajadas para extraer directamente información más detallada de los proyectos. Una preocupación de esta revisión es la posibilidad de que los ejemplos más destacados de la APS integral o se encuentren en la literatura gris que a la fecha no hayamos identificado o simplemente no hayan sido escritos aún.



¿Qué ha logrado el APS?

Nuestro examen hasta la fecha confirma lo que en general se acepta en materia del impacto de la APS en la salud. En muchos países en desarrollo la APS se asocia con mejoras en las tasas de mortalidad infantil, en menores de 5 años y materna, conllevando aumentos en la esperanza de vida al nacer (John y John, 1984; Arole y Arole, 1994; McNay, Keth y Penrose, 2002; Rosero-Bixby, 2004a; Macinko et al., 2007; Perry, Shanklin, y Schroeder, 2002; Jimenez y Romero, 2007; Shadpour, 1994). Estos logros se deben en parte al aumento de la cobertura de la inmunización y planificación familiar y a la disminución de las tasas de malnutrición. En América Latina, los programas de APS más integrales tenían mejores resultados en la salud de la población que los programas selectivos, excepción hecha de los progra-

mas selectivos que focalizaban en grupos específicos y para los que aún falta demostrar su sostenibilidad. Se encontró que la APS en general ofrece una mejor (o al menos similar) calidad de la atención que otros modos de proveer servicios, pero en algunos casos se considera que proporciona una atención de inferior calidad, estigmatizando así a los pobres que la reciben. Esto puede tener menos que ver con la APS en sí que con el bajo nivel de financiamiento recibido para la provisión pública de APS.

En varios centros de APS de África, por ejemplo, la insuficiencia de suministros, dotación de personal, formación del personal y apoyo a la gestión fueron las razones que llevaron a sus bajos niveles de confianza y de índices de utilización por parte de los miembros de la comunidad (Chukwuan et al., 2006).

RECUADRO 5. EL PROGRAMA DE APS EN COSTA RICA

En Costa Rica, un estudio cuasi-experimental (Rosero Bixby, 2004b) le atribuye a los programas una reducción del 8% en la tasa de mortalidad infantil, una reducción del 2% en la tasa de mortalidad de adultos, y una reducción de las inequidades en el acceso del 30% al 22%, de 1985 a 2001. La reforma de la APS en ese país se basó en el acceso equitativo, los equipos multidisciplinarios, la participación de la comunidad, la atención a los determinantes sociales de la salud y la integración vertical de la atención en todos los niveles, es decir, que encarna muchos de los aspectos de la integralidad. Por cada cinco años posteriores a la reforma de la APS, la mortalidad infantil disminuyó un 13% adicional y la mortalidad de adultos en 4%, siempre que se controlaran otras causas y factores determinantes de la salud.

En países de altos ingresos la APS se asocia con una reducción en los costos de laboratorio, una disminución de las tasas de hospitalización, un menor número de recetas médicas, una mejor utilización de equipos interdisciplinarios y muchas más actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, en comparación con otros modelos de atención en salud (Yalnizyan, 2005). El estilo de APS tipo centros de salud comunitaria (CHC, por sus siglas en inglés) o de atención

primaria orientada a la comunidad (COPC, por sus siglas en inglés), especialmente si incluye una amplia gama de disciplinas, es más integral y costo-efectiva que los programas de APS que utilizan una menor combinación de disciplinas o que recurren a proveedores de medicina general. Trabajos seminales en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) también encontraron que la oferta de médicos de atención primaria se asociaba

no solo con menores costos de atención de salud, sino también con menores tasas estandarizadas de mortalidad, mortalidad prematura y menos años de vida perdidos debido a enfermedades cardiovasculares prevenibles, neumonía y asma (Starfield, Shi, y Macinko, 2005). Los anteriores efectos persistieron aún después de ser ajustados por PIB, porcentaje de adultos mayores, médicos per cápita, ingreso medio (ajustado a la paridad del poder adquisitivo) y uso del alcohol y/o tabaco. Otros estudios de atención primaria de salud en países de altos ingresos han encontrado resultados similares (Franks y Fiscella, 1998; Guill-

ford, 2002). Los estudios relacionados con Estados Unidos son aún más optimistas acerca de los logros posibles en salud con una mayor densificación de proveedores de atención primaria (Macinko, Starfield, y Shi, 2007). Sin embargo, la mayoría de estos estudios en países de ingresos altos no establecían distinciones entre la provisión de atención primaria y la APS, lo que impide hacer inferencias acerca del papel que podrían haber desempeñado las formas más integrales de APS que incorporaron participación de la comunidad o acciones sobre los determinantes sociales de la salud.

RECUADRO 6.
LA APS EN AOTEAROA/NUOVA ZELANDA

El Centro de Salud de Newtown Union en Wellington ejemplifica un modelo de mejores prácticas de un enfoque a la APS integral controlado por la comunidad y sin fines de lucro que se encuentra en muchos países de ingresos altos. Principalmente al servicio de familias de bajos ingresos incluidos los maoríes, isleños del Pacífico y refugiados, el servicio fue creado inicialmente por un sindicato para superar las barreras financieras a la atención primaria. Ahora opera en múltiples sitios y emplea a médicos generales, enfermeras graduadas, trabajadores sociales, psicólogos, trabajadores comunitarios de la salud, parteras, intérpretes, recepcionistas, ancianos, curanderos tradicionales y trabajadores de la salud de otros servicios que hacen visitas. Se fomenta entre los trabajadores de la salud incluir a los miembros de la comunidad en el desarrollo de los programas y en las actividades de abogacía relacionadas con determinantes de la salud como la vivienda, el empleo y la recreación, orientados por las problemáticas señaladas por la comunidad a la que sirve (James, 2007).

Frecuentemente se citaba la participación de la comunidad como un ingrediente esencial para la efectividad. Esta participación sostenía la demanda política por los servicios de APS integral o de otro tipo (Sanders et al., en prensa), la mejora de la prestación de servicios y los resultados de salud (Manandhar et al., 2004), y continuó las actividades del programa aun cuando cesó la financiación externa inicial. En varios casos africanos, las comunidades mismas fueron capaces de financiar sus propios programas de promoción de la salud y/o educación a través de actividades de generación de ingreso o con cuotas y/o comisiones (Diedhou, Ndiaye,

Sourang, Ba, y Diallo, 2006). Sin embargo, es también frecuente que la participación comunitaria se limite solo a la formulación del diagnóstico de necesidades y a la movilización de los recursos, en vez de que incluya la toma de decisiones sobre el programa o que influya en las iniciativas de cambio en las políticas sobre determinantes de la salud. Varios estudios, no obstante, señalaron el papel positivo desempeñado por los esfuerzos de la participación de la comunidad en la APS para mejorar la experiencia de empoderamiento de las mujeres y de los grupos marginados (Arole y Arole, 1994).



Pocos estudios analizaron si la APS efectivamente disminuyó la inequidad, y aquellos que sí lo hicieron encontraron que los servicios de APS tenían más probabilidades de ser utilizados por los grupos más pobres, cerrando, por lo tanto, la brecha de acceso. Un ejemplo de medición de las mejoras en la equidad en salud se encuentra en Irán, que se tomó en serio la APS para desarrollar su sistema nacional de salud y también desarrolló un sólido sistema de información de salud para medir los logros de salud. La tasa de mortalidad infantil por mil en las zonas urbanas y rurales ha disminuido de 62 y 120, respectivamente, en 1974, a 28 y 30 en 2000, evidenciando claramente la reducción de desigualdades a pesar de la persistencia del pobre desarrollo social y económico de las poblaciones rurales en comparación con sus contrapartes urbanas (Mehryar, Ahmad-Nia, Mirzae, y Naghavi, 2005). En Estados Unidos se ha demostrado que la APS también reduce las disparidades de la raza y/o étnicas en algunos resultados de salud prenatal y perinatal (Shi et al., 2004) y en autoevaluaciones del estatus de salud relacionado con los ingresos (Shi, Starfield, Politzer, y Regan, 2002). Existen pocos estudios de costo-efectividad de la APS integral. Los que efectivamente se han llevado a cabo (principalmente en centros de salud comunitaria de Estados Unidos y Canadá) han encontrado que este tipo de programas son más costo-efectivos que otras formas de prestación del servicio (Yalnizyan, 2005; Franks y Fiscella, 1998). Varios estudios también han documentado la relación de costo-efectividad del despliegue de trabajadores comunitarios de la salud en los países de bajo y mediano ingreso (Haines, et al., 2007).

En resumen, hay suficientes evidencias acerca de los efectos positivos de la APS en algunos resultados en la salud, de la mejora de los procesos comunitarios e intersectoriales (aunque no necesariamente resultados de estos procesos) y de su costo-efectividad, con

efectos cada vez mayores entre más integral sea la APS. La calidad de gran parte de las evidencias, sin embargo, sigue siendo pobre; a menudo debido a las aparentes limitaciones de tiempo y recursos en la realización de la investigación por quienes ejecutan los proyectos. Los estudios más rigurosos de la APS (a diferencia de los que estudian solo la atención primaria) fueron evaluaciones de programas más antiguos en el sur de Asia, o, más recientemente, de programas más nuevos en América Latina. Pero se cuenta con escasos estudios comparativos, la mayoría de los cuales solo son informes descriptivos de casos únicos. Pocos estudios incorporaron datos de líneas de base y la mayoría carece de controles adecuados, aparte de los promedios nacionales o estatales. Poder atribuir efectos documentados fue difícil debido a otros cambios de política coincidentes que afectan a la salud a través de los determinantes sociales (por ejemplo, la mejora de los medios de subsistencia rurales, acceso al agua y/o el saneamiento, educación). Si ha de mejorarse la base de evidencias sobre los enfoques de APS integral, debe aumentar la financiación para la investigación evaluativa de la misma y se necesita con urgencia una nueva generación de investigadores con las habilidades requeridas para llevar a cabo complejos estudios comunitarios.

¿Cómo afecta el contexto político la integralidad de la atención primaria de salud?

Otra de las hipótesis en nuestro proyecto es que la integralidad y efectividad de la APS son influenciadas por el contexto político y social en que se desarrollan los programas. En América Latina, es más probable que se encuentre la APS integral (y que sea efectiva) en los países que incluyen compromisos políticos con la equidad, un derecho legal o



constitucional a la salud garantizado por el Estado, y en donde las políticas claramente identifican la atención primaria, la participación de la comunidad y la acción intersectorial como componentes de la atención primaria de salud. Estas condiciones a su vez tenían más probabilidades de ser encontradas en países comprometidos con programas sociales y de salud universalmente financiados. En algunos casos, en particular en América Central durante los años 1980 y 1990, los programas de APS integral se convirtieron en un espacio de lucha política y represión. Esto a veces ha conllevado el retiro del apoyo para la APS integral por parte de los gobiernos que tenían la insistencia que se hacía en el empoderamiento ciudadano, y a su sustitución por programas de APS selectiva, que se consideraban más “seguros”. Esto también hizo que los ambientes de trabajo se convirtieran en lugares peligrosos para aquellos que todavía estaban comprometidos con la APS integral (Barten, Perez Montiel, Espinoza, y Morales, 2002; Muller, 1979).

Entre los países de la OCDE que obtuvieron mayor puntaje en atención primaria (que incluiría programas de APS), las políticas compartidas más coherentes fueron los esfuerzos del gobierno por distribuir equitativamente los recursos, conseguir una cobertura financiera universal proporcionada por o bajo la protección regulatoria del Gobierno y lograr una baja o nula compartición de los costos (Starfield y Shi, 2002). En los casos de Australia y en los proyectos de Ciudades Saludables del Medio Oriente resultó importante la participación de la comunidad para garantizar que los programas de APS integral atendieran asuntos de equidad (acceso, resultados) (Donchin, Shemesh, Horowitz, y Daoud, 2006). Lo anterior sugiere que los países con procesos políticos de tendencia claramente democrático-social y con apertura hacia la participación ciudadana (incluida la defensa de derechos) son más propensos

a apoyar un enfoque de APS integral. Esta inferencia se corresponde con los estudios comparativos más recientes sobre las políticas implementadas en diferentes tipos de Estados de bienestar de alto ingreso acerca de la financiación de la salud pública y los resultados de la salud de la población, que demuestran que las democracias sociales superan en desempeño a las democracias liberales (orientadas por el mercado) (Chung y Muntaner, 2006; Navarro y Shi, 2001). A menudo se hacía referencia a que “la voluntad política” y los compromisos con la equidad son determinantes contextuales de la implementación de la APS integral, así esta fuera iniciada por organizaciones no gubernamentales o por los gobiernos.

Posiblemente, la mayor limitación futura para revitalizar la APS y lograr una profundización de su integralidad es el fomento continuo de la atención de la salud financiada y suministrada de forma privada en países de bajo y mediano ingreso por parte de la Corporación Financiera Internacional del Banco Mundial (International Finance Corporation, 2007), y el legado “basado en desempeño (resultados)” de las reformas anteriores de mercado del sistema de salud. La financiación del sistema de salud, ya sea por parte de los Estados, donantes o asociaciones globales público-privadas, es evaluada cada vez más con unas medidas de resultado muy limitadas. Estas medidas son incapaces de abarcar los amplios horizontes de tiempo de las estrategias de empoderamiento comunitario o la abogacía y otras actividades necesarias para lograr los cambios esperados en las políticas públicas y/o en los determinantes de la salud (dos cualidades que distinguen la APS integral de salud de su similar “selectiva”). Un estudio reciente de Costa Rica encontró que cuando la remuneración de los médicos generales se basaba en evaluaciones de desempeño, ellos pasaban menos tiempo con sus pacientes y



obtenían menor puntaje en las medidas de cuán centrados estaban en sus pacientes (Gilson, Doherty, Loewenson y Francis, 2007). Dos preguntas clave que pueden ser investigables para el futuro, producto de nuestra revisión, son como pueden tales programas de APS integral manejar la tensión entre los discursos opuestos sobre resultados basados

en eficiencia y el empoderamiento basado en la comunidad, o cómo se puede utilizar la APS selectiva como una base para la expansión horizontal hacia un enfoque más integral. Otras preguntas se señalan en la tabla 2, y a estas se dirigirá prontamente la siguiente fase de desarrollo de nuevos proyectos de investigación de nuestro proyecto.

TABLA 2.
ÁREAS REPRESENTATIVAS PARA INVESTIGACIÓN FUTURA EN APS

- ¿Cómo afectan las diferentes estructuras de gobernanza la integralidad de la APS, la participación de la comunidad y la probabilidad de acciones sobre los determinantes sociales de la salud?
- ¿Cuál es el papel del activismo de la comunidad en la iniciación y/o sostenimiento de la APS integral?
- ¿Cuál es el efecto de los diferentes modelos de financiación en la APS integral (pago por servicios, capitación, presupuestos globales, seguros sociales, etc.)?
- ¿Cuál es el efecto de diferentes políticas gubernamentales relacionadas con la fuerza de trabajo en salud en el funcionamiento de la APS integral?
- ¿Cómo afectan los procesos de reforma del sistema de salud la implementación de la APS integral?
- ¿Qué efectos tienen las nuevas Sociedades Mundiales de la Salud sobre la financiación y la aplicación de la APS integral?
- ¿Cuál es el alcance y los efectos de la privatización y/o comercialización de los sistemas de salud en la APS integral?
- ¿Cuál es el impacto de la participación de la comunidad en la medida en que los servicios de APS tengan que ver con la acción sobre los determinantes sociales y económicos de la salud?
- ¿Cuál es el impacto en generación de capacidades y empoderamiento en quienes se involucran activamente con la APS integral?
- ¿Cuál es el papel y el impacto de la APS integral en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas?
- ¿Cómo pueden integrarse los sistemas terapéuticos y de curación indígenas con los sistemas occidentales a través de la APS integral?

Reconocimientos

Este trabajo fue posible gracias a la financiación proporcionada por el Programa Asociado Teasdale-Corti para la Investigación en Salud Global, un programa de colaboración en investigación de salud desarrollado por los cuatro socios fundadores de la Iniciativa Canadiense de Investigación en Salud Global (los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Salud Canadá y la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional) con el aporte de la Fundación Canadiense de Investigación sobre los Servicios de Salud. Reconocemos el apoyo brindado por los facilitadores del proyecto y destacamos a la Universidad de Ottawa y la Universidad del Cabo Occidental.

Referencias

- Andrews, B., Simmons, P., Long, I., & Wilson, R. (2002). Identifying and overcoming the barriers to Aboriginal access to general practitioner services in rural New South Wales. *Australian Journal of Rural Health* 10(4), 196-201.
- Arole, M., & Arole, R. (1994). *Jamkhed: A comprehensive rural health project*. Hong Kong: The MacMillian Press Ltd.
- Barten, F., Pérez Montiel, R., Espinoza, E., Morales, C. (2002). Democratic governance - Fairytale or real perspective. Lessons from Central America. *Environment and Urbanization* 14(1), 129-144.
- Chukwuani, C.M., Olugboji, A., Akuto, E.E., Odebunmi, A., Ezeilo, E., & Ugbene, E. (2006). A baseline survey of the primary healthcare system in south eastern Nigeria. *Health Policy*, 77(2), 182-201.
- Chung, H., & Muntaner, C. (2006). Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: An analysis of wealthy countries. *Social Science & Medicine*, 63, 829-842.
- Cleworth, S., Smith, W., & Sealey, R. (2006) Grief and courage in a river town: A pilot project in the Aboriginal community of Kempsey, New South Wales. *Australasian Psychiatry* 14(4), 390-394.
- De Maeseener, J., De Roo, L., Art, B., Willems, S., & Van de Geuchte, I. (Forthcoming). Equity, Intersectoral action for health, primary health care and family medicine in Belgium.
- Diedhou, A., Ndiaye, P., Sourang, A. M., Ba, A. D., & Diallo, I. (2006). Participation communautaire et promotion de la santé: L'expérience des comités d'hygiène et de salubrité du district de Touba (Sénégal). *Cahiers Santé*, 16(1), 43-47.
- Donchin, M., & Shemesh, A., Horowitz, P., & Daoud, N. (2006). Implementation of the healthy cities' principles and strategies: An evaluation of the Israel healthy cities network. *Health Promotion International*, 21(4), 266-273.
- Escorel, S., Giovanella, L., de Mendonça, M.H.M., & de Castro Maia Senna, M. (2007). O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 21(2), 164-176.
- Franks, P., & Fiscella, K. (1998). Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 47, 105-109.
- Fuller, A. (1986). Health care and health promotion in southern Italian communities. *Health Promotion*, 1(2), 225- 231.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). Challenging inequity through health systems. Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf
- Guilliford, M. (2002). Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? *Journal of Public Health Medicine*, 24, 252-254.
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, A., Rowe, A., Lawn, J., Jan, S., et al. (2007). Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers. *Lancet*, 369(9579), 2121-2131.
- International Finance Corporation. (2007). The business of health in Africa: Partnering with the private sector to improve people's lives. Washington: World Bank Group. Retrieved from [http://www.ifc.org/ifcext/healthinafrica.nsf/AttachmentsByTitle/IFC_HealthinAfrica_Final/\\$FILE/IFC_HealthinAfrica_Final.pdf](http://www.ifc.org/ifcext/healthinafrica.nsf/AttachmentsByTitle/IFC_HealthinAfrica_Final/$FILE/IFC_HealthinAfrica_Final.pdf)
- James, K. (Ed.). (2007). *Health for the people: Newtown union health service-20 years on*. Wellington: Steele Roberts.
- Jiménez, J., & Romero, M.I. (2007). Reducing infant mortality in Chile: Success in two phases. *Health Affairs*, 26, 458.
- John, J.C., & John, H.C. (1984). We learn through our failures: The evolution of a community based program in Deenabandhu. *Contact*, 82, 1-9.
- Labonté, R., Blouin, C., Chopra, M., Lee, K., Packer, C., Rowson, M., et al. (2007). Towards health-equitable globalisation: Rights, regulation and redistribution. Final Report of the Globalization Knowledge Network. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. Retrieved from <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/GKN%20Final%20Jan%208%202008.pdf>
- Macinko, J., de Souza, M., Guanais, F., & da Silva Simoes, C. (2007). Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science Medicine*, 65(10), 2070-2080.
- Macinko, J., Starfield, B.L., & Shi, L. (2007). Primary care physician supply and health outcomes in the United States: A metaanalysis. *International Journal of Health Services*, 31(1), 111-126.
- Manandhar, D.S., Osrin, D., Shrestha, B.P., Mesko, N., Morrison, J., Tumbahangphe, K. M. et al. (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: Cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364, 970-979.



- McNay, K., Keth, R., & Penrose, A. (2002). Bucking the trend: How Sri Lanka has achieved good health at low cost: Challenges and policy lessons for the 21st century. London: Save the Children.
- Mehryar, A.H., Ahmad-Nia, S., Mirzae, M., & Naghavi, M. (2005). Primary health care system, narrowing of rural-urban gap in health indicators and rural poverty reduction: The experience of Iran. XXV General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population.
- Ministry of Public Health Bureau of Policy and Strategy. (2007). Health Policy in Thailand. Retrieved from <http://203.157.19.191/HealthPolicy7.pdf>
- Muller, F. (1979). Participación popular en programas de atención sanitaria en América Latina. Universidad de Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública/ Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, 52(3), 481-491.
- Nitayarumphong, S. (1990). Evolution of Primary Health Care in Thailand: What policies worked? *Health Policy and Planning*, 5(3), 246-254.
- Perry, H.B., Shanklin, D.S., & Schroeder, D.G. (2002). Impact of a community-based comprehensive primary healthcare program on infant and child mortality in Bolivia. *Journal of Health, Population & Nutrition*, 21(4), 383-395.
- Robinson, G., d'Abbs, P., Togni, S., & Bailie, R. (2003). Aboriginal participation in health service delivery: Coordinated care trials in the Northern Territory of Australia. *International Journal of Healthcare Technology & Management* 5(1-2), 45 -62.
- Rosero-Bixby, L. (2004a). Assessing the impact of health sector reform in Costa Rica through a quasi-experimental study. [Spanish]. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 15(2), 94-103.
- Rosero-Bixby, L. (2004b). Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: A GIS-based study. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1271-1284.
- Ruiz-Jimenez, J.L. (2007). Experiencia en España sobre APS con enfoque comunitario. Estrategia de promoción de la salud en el área 1 del SERMAS de Madrid. Paper presented at ALCUEH workshop in El Salvador.
- Sanders, D., Schaay, N., & Mohamed, S. (in press). The revitalization of primary health care. *Encyclopedia for Public Health*.
- Shadpour, K. (1994). The PHC experience in Iran. Teheran: Ministry of Health and Medical Education and UNICEF Teheran.
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Xu, J., Regan, J., Politzer, R., et al. (2004). Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 374-380.
- Shi, L., Starfield, B., Politzer, R., & Regan, J. (2002). Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Services Research*, 37, 529-550.
- Solar, O., & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the commission on social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3), 180-186.
- Starfield, B., & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Healthy Policy*, 60, 201-218.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Tarimo, E., & Webster, E.G. (1994). Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. Geneva: WHO.
- World Bank. (1993). World development report 1993: Investing in health. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association.
- Yalmoz, A. (2005). Canada's commitment to equality: A gender analysis of the last ten federal budgets (1995-2004). The Canadian Feminist Alliance for International Action.

Ronald Labonté
Institute of Population Health
University of Ottawa
1 Stewart Street
Ottawa Ontario
K1N 6N5
CANADA
Correo electrónico: rlabonte@uottawa.ca

David Sanders
School of Public Health
University of the Western Cape
Private Bag X17
Bellville 7535
SOUTH AFRICA

Fran Baum
South Australian Community
Health Research Unit
Faculty of Medicine
Block G1, Flinders Medical Centre Flats
Flinders University
Bedford Park 5042 South Australia
AUSTRALIA

Nikki Schaay
School of Public Health
University of the Western Cape
Private Bag X17
Bellville 7535
SOUTH AFRICA

Corinne Packer
Institute of Population Health
University of Ottawa
1 Stewart Street
Ottawa Ontario K1N 6N5
CANADA

Denise Laplante
University of Ottawa
65 des Camélias
Gatineau Quebec J9J 2G2
CANADA

Román Vega-Romero
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7 No. 40-62
Edificio Gabriel Giraldo
Bogotá D. C.
COLOMBIA

Vinay Viswanatha
Community Health Cell
359 Srinivasa Nilaya
Jakkasandra 1st Main
1st Block Koramangala
Bangalore 560034 Karnataka
INDIA

Francoise Barten
Radboud University Medical Center
International Health
Department of Primary Health Care
PO Box 9101 - code 117SG
6500 HB Nijmegen
THE NETHERLANDS

Catherine Hurley
South Australian Community Health Research
Unit
G3 the Flats
Flinders University
Adelaide 5042
AUSTRALIA

Hayat Tujuba Ali
112-4205 Lawrence Avenue East
Toronto ON M1E 4S6
CANADA

Halli Manolacos
1059 Golden Point Rd Private
Bracebridge
Ontario P1L 1W8
CANADA

Naydú Acosta-Ramírez
Pontificia Universidad Javeriana
Calle 75 # 55-18
Apto 408 Bogota
COLOMBIA

Jennifer Pollard
Universidad Nacional de Colombia
Calle 72 1-81 #501
Bogota
COLOMBIA

Thelma Narayan
Centre for Public Health and Equity (SOCHARA)
No. 27 6th Cross
1st Main, 1st Block
Koramangala, Bangalore - 560 034
Karnataka
INDIA

Suraya Mohamed
School of Public Health
University of the Western Cape
Private Bag X17
Bellville 7535
SOUTH AFRICA

Lonneke Peperkamp, Department of Public
Health
Radboud UMCN
Geert Grooteplein Noord 21
Nijmegen
THE NETHERLANDS

Julie Johns
South Australian Community Health Research
Unit
G3 the Flats
Flinders University
Adelaide 5042
AUSTRALIA

Nacerdine Ouldzeidoune
Payson Center
Tulane University
6823 St. Charles Avenue
300 Hebert Hall
New Orleans LA 70118
UNITED STATES



Raven Sinclair
Faculty of Social Work University of Regina
153-111 Research Drive
Atrium Building, Innovation Place
Saskatoon SK S7N 3R2
CANADA

Sherri Pooyak
Indigenous Peoples' Health Research Centre
University of Regina
223 Kirk Hall
University of Saskatchewan
Saskatoon SK S7N 5C8
CANADA

Posgrados en Administración de Salud



POSGRADOS EN
ADMINISTRACIÓN
DE SALUD

Especialización en Administración de Salud:
Énfasis en Seguridad Social

Registro ICFES: 170153626581100111200

Especialización en Gerencia Hospitalaria.

Registro ICFES: 170153620111100111200

Especialización en Gerencia de la Calidad
de los Servicios de Salud.

Registro ICFES: 170153626581100111500

Especialización en Gestión del Primer Nivel
de Atención en Salud.

Registro ICFES: 170153620101100111500



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá