

---

# ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

---

---

## **La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud**

*Paola Andrea Mosquera Méndez,  
Gema Granados Hidalgo,  
Roman Vega Romero*

---

## **Evaluación económica y sostenibilidad financiera del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad Suba de Bogotá**

*Liliana Alejandra Chicaíza,  
Mario García Molina*

---

## **El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba**

*Naydú Acosta Ramírez,  
Román Vega Romero*

---

## **Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá, 2005**

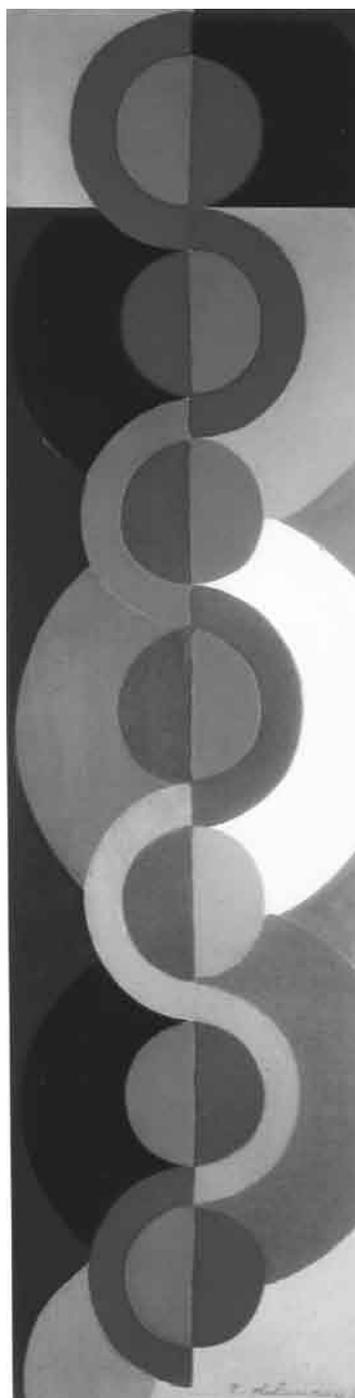
*Amparo Hernández Bello,  
Marta Lucía Gutiérrez Bonilla*

---

## **Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial**

*Yuri Gorbaneff, Sergio Torres Valdivieso,  
Nelson Contretras Caballero*

---



# **La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud\***

## **The Strategy of Primary Health Care for Bogotá - Colombia and its Relationship with the decrease of inequities in Health Results**

### **A Estratégia de Atenção Primária de Saúde para Bogotá - Colombia e a sua Relação com a Diminuição de Iniquidades nos Resultados de Saúde**

Paola Andrea Mosquera Méndez\*\*,  
Gema Granados Hidalgo\*\*\*, Román Vega Romero\*\*\*\*

Fecha de recepción: 31-03-08 Fecha de aceptación: 16-05-08

\* Este trabajo presenta los resultados preliminares de una tesis de maestría en desarrollo. Con el mismo los autores pretenden contribuir al análisis de la relación entre atención primaria en salud y la disminución de las inequidades en salud en nuestra región. Los autores agradecen al equipo de trabajo de la Secretaría de Salud Distrital quienes colaboraron de manera especial con el desarrollo de la presente investigación: Luis Jorge Hernández, Libia Forero García, Zulma Barrera, Luz Ángela Artunduaga, Zulema Jiménez, Luz Adriana Zuluaga, Guerly López.

\*\* Psicóloga, especialista en Epidemiología; Msc. Correo electrónico: paolamosquera@gmail.com.

\*\*\* Comunicadora Social; Msc. Correo electrónico: gemagh@yahoo.com .

\*\*\*\* Médico, Msc, PhD, Asesor de proyecto de tesis. Correo electrónico: roman.vega@javeriana.edu.co.



## **Resumen**

*Objetivo:* Describir la tendencia de un conjunto de indicadores de estado de salud y analizar el comportamiento de las disparidades en salud en las localidades de Bogotá con mayor y menor desarrollo de la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud. Metodología: El diseño corresponde al de un estudio Observacional Ecológico que describe tendencias de los indicadores de mortalidad en menores de 5 años utilizando la información oficial de las bases de datos de mortalidad, estadísticas vitales y caracterización de Salud a su Hogar. Resultados: Los hallazgos sugieren que la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud ha podido contribuir al mejoramiento en los resultados en salud y a la reducción de las disparidades por mortalidad en menores de cinco años en la población en desventaja social de las localidades con mayor grado de cobertura de la estrategia, en el marco de una tendencia general de disminución de la mortalidad en este grupo etéreo en la ciudad.

**Palabras claves autores:** Atención primaria integral de salud, equidad en salud, atención primaria en salud y disparidades en salud, resultados en salud, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad infantil.

**Palabras clave descriptor:** Atención primaria de salud, equidad en salud, disparidades en atención de salud.

## **Abstract**

*Objective:* To describe the tendency of a set of health indicators and analyze the behavior of the disparities in health in the localities of Bogota with most and least development in the strategy of Comprehensive Primary Health Care. Methodology: The design of the study is Ecological Observation. It describes the tendencies of the mortality indicators for children below five years of age utilizing official information from the mortality database, vital statistics, and home health characterization. Results: the findings illustrate that the strategy of Comprehensive Primary Health Care has been able to contribute to the improvement of health results an the reduction of mortality disparities among children under 5 years of age within the socially disadvantaged population in the localities with a higher degree of coverage of the strategy, as part of a general tendency in decreasing the child mortality rate in the city.

**Key words authors:** Comprehensive Primary Health Care, Equity in Health, Primary Health Care and Disparities in Health, Health Results, Mortality in five-year-old children, Infant Mortality.

**Key words – descriptive:** Primary Health Care, Equity in Health, Disparities in Health Care.

## Introducción

La Atención Primaria en Salud (APS) sigue siendo una necesidad de los sistemas de salud del mundo para contribuir a mejorar la salud, la equidad en salud y la construcción de un orden social y económico más justo [1]. La equidad en salud es un asunto de interés global, tanto de los países pobres como de los más ricos [2], en la medida en que el aumento de las desigualdades sociales ha colocado este tema en la agenda de muchos gobiernos, de los movimientos sociales y de los organismos internacionales relacionados con la salud y el desarrollo humano.

Aunque Bogotá es la ciudad con mayor grado de desarrollo económico, social y cultural de Colombia, y cuenta con el sistema de salud local más fuerte del país, tiene serios problemas de pobreza, desigualdad social y del sistema de salud que se traducen en profundas inequidades en salud [3]. Asumir tal desafío ha requerido desarrollar políticas públicas y estrategias sociales cuyas características se supone le deben permitir al gobierno incidir en forma eficaz sobre los factores determinantes de tales inequidades y, particularmente, mejorar el acceso y uso de los servicios sociales y de salud, desarrollar programas de atención integral en salud, propiciar la cooperación de los sectores del gobierno, y promover la movilización y participación de la sociedad civil y de las comunidades en desventaja social [4].

La Atención Primaria Integral de Salud (APIS) fue una de las estrategias puestas en marcha desde el sector salud para fortalecer el sistema público de salud y servir de plataforma para involucrar a otros sectores del gobierno, el sector privado y la comunidad [3].

El enfoque de la estrategia se fundamentó en la combinación de cuatro fuentes teórico-conceptuales y normativas [3, 5 y 6: 1] la declaración

de Alma-Ata [7, 2] el artículo 12 del Pacto Internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC) y la Observación general No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) [8, 3] el trabajo conceptual y científico sobre la APS desarrollado por Bárbara Starfield en distintos contextos [9, 4] el enfoque de salud pública denominado 'modo promocional de calidad de vida y salud' [10].

De los referentes conceptuales que fundamentaron la puesta en marcha de la estrategia se deduce que el enfoque de APS desarrollado en Bogotá es de carácter integral dado que cumple con los criterios postulados como características ideales de una APS de ese tipo: Brindar acceso equitativo a los servicios; integrar las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; promover la participación comunitaria; promover el trabajo intersectorial por la salud; realizar acciones sobre los determinantes sociales de la salud; incorporar el enfoque de derechos y explicitar el valor de la equidad [11].

La implementación de la estrategia fue iniciada a mediados del 2004 con el programa "Salud a su Hogar" [3, 4]. Con este programa se buscó propiciar un proceso que le ayudara al sector salud a superar la fragmentación y tradición individualista y curativa de atención a que había sido sometido por la lógica de la Ley 100 de 1993 trabajando con un nuevo enfoque de atención integral centrado en las personas, las familias y las comunidades; superando las barreras de acceso a los servicios de salud haciendo más cercana, estable y continua la relación entre los proveedores de servicios de salud, el paciente y la comunidad; mejorando la coordinación de la atención; y promoviendo la acción intersectorial por la salud y el empoderamiento movilización y participación social de las comunidades afectadas [4]. Salud a Su Hogar debió contribuir



al logro de las siguientes metas de la política de salud de Bogotá en el período:

- Apoyar la afiliación de 300.000 personas en el régimen subsidiado en la ciudad.
- Alcanzar coberturas útiles de vacunación.
- Disminuir la mortalidad infantil a menos de 15,1 por mil nacidos vivos en los territorios de intervención.
- Disminuir de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda a 6,1 casos por 100.000 menores de cinco años en los territorios de intervención.
- Disminuir la mortalidad por neumonía a 17,5 casos por 100.000 menores de cinco años en los territorios de intervención.
- Fortalecer el acceso a los servicios sociales y apoyar el mejoramiento de la calidad de vida de la población objeto de intervención.
- Promover acciones educativas para incrementar los conocimientos de la población, y proporcionar una carga importante de corresponsabilidad social, en el sentido de crear condiciones sociales y políticas que propicien espacios y entornos saludables, a partir del empoderamiento y la participación social.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y disminuir las inequidades en los resultados en salud de la población objeto de la intervención.

El proceso de implementación inicia en territorios de los estratos 1 y 2<sup>1</sup>, que son aquellos que concentran la mayor cantidad de población en pobreza según clasificación para el pago de servicios públicos. El proce-

<sup>1</sup> Estrato 1: Bajo-bajo, estrato 2: Bajo. Nivel de clasificación de la población de acuerdo al grado de riqueza y calidad de vida, determinada de manera indirecta mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización. Artículo 102, Ley 142 de 1994.

so de operativización se da a partir de tres frentes de acción: Primero, el de la población con difícil acceso a los centros tradicionales de atención de primer nivel donde debían comenzar a operar los equipos básicos de atención integral. Segundo, la población con mejor acceso relativo a los servicios de primer nivel de atención tradicionales cuyas formas organizacionales, prácticas de trabajo y modelo de atención estaban centradas en la enfermedad. Tercero, los espacios o ámbitos de vida cotidiana de las comunidades, la familia, el barrio, la escuela, el jardín infantil, el centro de trabajo [5].

Los pasos que se siguieron para la operativización de la estrategia fueron:

1. Priorización de los territorios de intervención por condiciones de vida y salud.
2. Generación de procesos de movilización social y comunitaria.
3. Organización de los equipos de atención en salud familiar y comunitaria.
4. Caracterización de la situación de salud de individuos, familias y entorno social
5. Adscripción de las familias a los equipos de atención.
6. Definición, concertación y ejecución de planes integrales de acción en APIS (SDS, hospitales, aseguradores, familias y comunidad, otros sectores).
7. Seguimiento y evaluación de los resultados de las intervenciones.

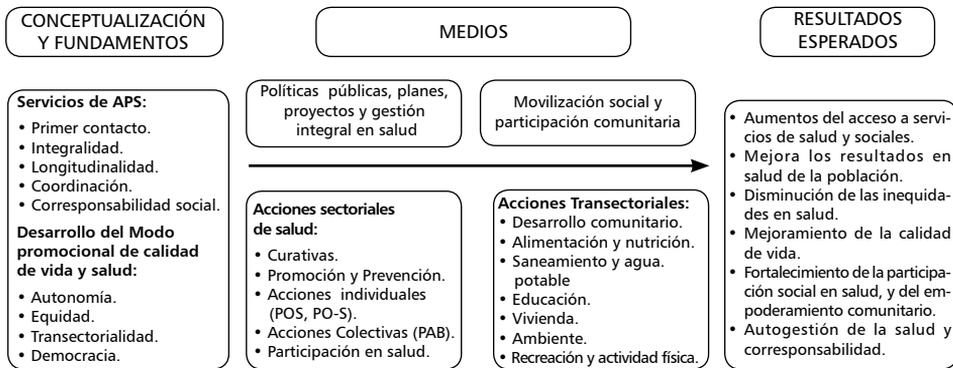
El enfoque de gestión intersectorial/transectorial adoptado en la implementación de la estrategia fue denominado Gestión Social Integral del territorio. Este enfoque buscó articular las acciones clínicas y de salud pública con las acciones de otros sectores sociales y comunitarios operando en las zonas de calidad de vida y salud a dos niveles: uno macro, el distrital y local y, otro micro, el de los micro-territorios. En estos niveles se integraron las

actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, detección precoz, protección específica, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación, abogacía ante otros sectores y ejercicio de la rectoría ante los diferentes actores del Sistema general de seguridad social en salud (SGSS) según las necesidades encontradas [5].

Desde el punto de vista del sector salud, el modelo operativo (figura 1) incluye los tres tipos de intervenciones y componentes de atención: primero, un conjunto de interven-

ciones clínicas individuales contenidas en los planes obligatorios de salud (POS) del aseguramiento contributivo y subsidiado; segundo, un conjunto de actividades clínicas similares a las anteriores hasta el tope de las incluidas en el POS para la población no asegurada (vinculada) reconocida como pobre por el Sisben; y tercero, otro conjunto de intervenciones colectivas e individuales contenidas en el Plan de atención básica (PAB) que contiene las actividades de salud pública reconocidas por el SGSS y bajo la responsabilidad de las autoridades territoriales de salud.

ESQUEMA 1.  
MODELO CONCEPTUAL Y OPERATIVO DE APIS PARA BOGOTÁ



Fuente: Elaboración propia, 2008.

Además de la atención sectorial de salud, en estos grupos de población prioritarios se desarrollan simultáneamente en el Distrito diversos programas y actividades multisectoriales orientados a mitigar el hambre y mejorar la nutrición, garantizar saneamiento básico y agua potable, acceso a las instituciones educativas, mejorar las viviendas y reducir los riesgos ambientales, aumentar los ingresos familiares, entre otros. Se busca que las intervenciones intersectoriales promuevan la coordinación de acciones y la cooperación con los otros sectores y actores distintos del sector salud, así como el desarrollo de alianzas y abogacía por la

salud apoyándose en el “modo promocional de la calidad de vida y de la salud” [10] y en el principio de co-responsabilidad social y participación comunitaria.

Teniendo en cuenta que contribuir a la reducción de las inequidades en salud es uno de los principales propósitos de Salud a su Hogar, resulta importante realizar un análisis que permita describir los posibles efectos de la estrategia en el mejoramiento de la equidad en el estado de salud de la población objetivo ya que se ha mostrado que ha habido avances significativos en términos de aumento de coberturas de vacunación, de afiliación al



SGSS y de asistencia a programas preventivos por parte de la población, al igual que se mencionan algunos procesos exitosos en términos acción intersectorial, movilización y participación social [4] pero no se ha hecho referencia al impacto de estos avances en la equidad de los resultados en salud.

### **Objetivo**

Describir la tendencia de un conjunto de indicadores de estado de salud (mortalidad infantil, mortalidad postneonatal, mortalidad por ERA y EDA en menores de 5 años) en las localidades de Bogotá con mayor y menor desarrollo de la estrategia de APIS (Salud a Su Hogar) antes y después de su implementación, y analizar el comportamiento de las disparidades en salud entre grupos socioeconómicos de alta y baja cobertura de la estrategia para hacer inferencias respecto a la posible influencia de la APIS en la disminución de inequidades entre los grupos de población intervenidos.

### **Metodología**

El diseño corresponde al de un estudio observacional ecológico, que describe las tendencias de los indicadores del estado de salud y el comportamiento de las disparidades en salud en las localidades con mayor y menor desarrollo de la cobertura de la estrategia de APIS (Salud a su Hogar) en Bogotá en el período 2004 -2006, antes y después de su implementación.

Para el desarrollo de esta investigación partimos de la premisa teórica que la APS, especialmente la de enfoque integral [12], es una estrategia efectiva para disminuir los problemas de accesibilidad y utilización de los servicios de salud, y un dispositivo eficaz para enfrentar determinantes sociales intermedia-

rios de las inequidades en los resultados en salud. Para la selección de indicadores partimos de las propuestas metodológicas realizadas por diversos estudios [13, 14, 15] que han utilizado como medida indirecta de resultado de la APIS los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad postneonatal y mortalidad por EDA y Neumonía en menores de 5 años, vinculándolos con el porcentaje de cobertura de la estrategia para analizar el impacto de los programas de salud familiar. Estos estudios han evidenciado que la extensión de la cobertura de la atención primaria puede tener un impacto importante en la salud infantil y que puede mejorar la supervivencia de los niños en los países pobres [16].

De las propuestas teóricas y metodológicas se deduce que los logros en el estado de salud se alcanzarían a través de la realización de acciones sectoriales e intersectoriales, del empoderamiento, movilización social y participación social y comunitaria, y del mejoramiento de la integralidad de la atención [17]. Con tales acciones, la APIS debería reducir las disparidades por exposición de las poblaciones en desventaja social incidiendo sobre las condiciones materiales, culturales y psicosociales de la existencia, factores biológicos y del comportamiento individual, y en el acceso y uso de servicios sociales y de salud [5, 11 y 17]. Aunque se ha probado que tales características de la APIS ayudan a mejorar los resultados en el estado de salud, no existen suficientes evidencias científicas sobre su impacto en la equidad de los mismos, aunque al incidir sobre los factores determinantes y de riesgo de la salud de los individuos y de las colectividades en desventaja social se espera contribuya en tal dirección [18, 19].

Reconocemos que fuerzas externas (contextos sociales, culturales, legales y regulatorios, físicos y económicos), además de las características de la población, del sistema de salud y de la APS, ejercen influencia sobre las acti-



vidades y resultados inmediatos, intermedios y finales [11] de la intervención con APIS. Por lo tanto, advertimos que este estudio no pretende ser una evaluación exhaustiva sobre la contribución de la APIS a los resultados en salud en la población intervenida de la ciudad, ni busca establecer relaciones causales últimas que expliquen la contribución de la APIS a la reducción de las inequidades en salud. En lo fundamental lo que hace es evidenciar, en forma descriptiva y exploratoria, la relación entre el comportamiento de las tendencias de mortalidad entre localidades y el comportamiento de las disparidades de mortalidad entre los grupos de población objetivo con la ampliación de la cobertura de Salud a Su Hogar por localidades. Con ello se busca identificar oportunidades y desafíos que este enfoque de APIS ofrece a los investigadores y formuladores de política como un medio para avanzar en la investigación de este tema y en el desarrollo de la salud de las comunidades de bajos ingresos, excluidas y marginadas, en las condiciones del actual sistema de salud constituido por la Ley 100 de 1993 en Colombia.

### Población y clasificación de la población

Aunque la estrategia ha sido implementada en las 19 localidades urbanas de Bogotá su cobertura ha sido heterogénea dependiendo de diversos factores. Así, algunas localidades, obedeciendo a su ubicación geográfica, a la posibilidad de apertura de nuevos puntos de atención y a la voluntad política y administrativa de sus gobiernos locales y de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE), han desarrollado la estrategia de una manera más amplia, alcanzando la cobertura total o de gran parte de su población de los estrato 1 y 2. Otras localidades incluso han sobrepasado la meta total de cobertura en los estratos 1 y 2 y han continuado con sus procesos de caracterización en el estrato tres con el fin de mejorar el acceso de la pobla-

ción de su localidad a los servicios de salud. Mientras tanto otras localidades sólo han alcanzado a la fecha una pequeña proporción de cobertura en su población.

Para efectos de la realización del presente análisis no se consideraron muestras de población sino que se incluyó la información de la totalidad de la población agrupada por áreas geográficas (localidades). La población intervenida se dividió en tres grupos de acuerdo a la extensión de la cobertura del proceso de aplicación de la encuesta de caracterización de la población por Salud a su Hogar. Esta es una encuesta de hogares diseñada por la Secretaría Distrital de Salud y aplicada mediante contrato por los hospitales públicos de primer nivel de atención como requisito para la implementación de Salud a Su Hogar. De esta forma, la encuesta se toma como un *Proxy* de la cobertura de Salud a su Hogar en los territorios intervenidos.

De acuerdo a los desarrollos en materia de coberturas de caracterización se definieron los siguientes grupos de población: Localidades con alta cobertura de la estrategia, localidades con mediana cobertura de la estrategia y localidades con baja cobertura de la estrategia. Además, se hizo una clasificación socioeconómica de las localidades y de los individuos de la población de los territorios intervenidos en cada localidad estratificándolos por medio del ingreso promedio per cápita (IPC) y el índice de calidad de vida (ICV), utilizando dichas variables como referencia del grado vulnerabilidad social de la población.

### Variables

La variable del estado de salud es mortalidad en niños menores de cinco años, subdividida en las categorías 'mortalidad infantil', 'mortalidad postneonatal', mortalidad por EDA en menores de cinco años' y 'mortalidad por ERA en menores de cinco años'. Estas varia-



bles, con la excepción de mortalidad infantil, han sido ampliamente aceptadas por los investigadores en este campo como indicadores sensibles del impacto en el estado de salud de la APS [20]. La variable de intervención, cobertura de Salud a su Hogar' se distinguió en las categorías 'localidades con baja cobertura' 'localidades con media cobertura' y 'localidades con baja cobertura'.

## Indicadores

Los indicadores de estado de salud fueron seleccionados teniendo en cuenta su sensibilidad a la APIS, en coherencia con las recomendaciones que al respecto han hecho otros investigadores [13, 14, 18, 20 y 21]. En general, estos investigadores han vinculado los resultados expresados por estos indicadores con la cobertura y maduración en el tiempo de la implementación de la estrategia de APIS y son de uso común en la evaluación de la efectividad de programas de APIS con enfoque familiar y comunitario.

Para la descripción y comparación del comportamiento de las disparidades por mortalidad se utilizó la razón de tasa (RT) y la diferencia de tasa (DT), que posibilitan observar el comportamiento de la brecha de desigualdad entre los estratos socioeconómicos inferior y superior [21].

## Fuentes de información y procesamiento

Se sistematizaron y analizaron las bases de datos SIVIGILA (mortalidad y estadísticas vitales) y la base de datos de la encuesta de caracterización de Salud a su Hogar suministradas por la Secretaría Distrital de Salud. Las variables para la clasificación socioeconómica de la población (IPC e ICV) para el análisis de disparidades se retomaron de la información disponible en la Encuesta de Calidad de Vida 2003.

En primer lugar se revisó la base de datos de caracterización de Salud a su Hogar en el periodo comprendido entre los años 2004 -2006 y las proyecciones de población para Bogotá de los estratos 1 y 2 para el mismo periodo con el fin de calcular la proporción de personas caracterizadas por la estrategia durante el periodo de implementación, de manera que se conformaron tres grupos de análisis de acuerdo a la clasificación de las localidades por grado de cobertura de la estrategia.

Luego se procedió a revisar la base de datos SIVIGILA y a estandarizar las tasas de mortalidad infantil, mortalidad postneonatal y mortalidad por ERA y EDA en menores de 5 años en función del grado de desarrollo de la estrategia. Posteriormente se analizaron las tendencias para cada uno de los indicadores de estado de salud seleccionados y las medidas de magnitud de las disparidades: diferencia de tasas (DT) y Razón de tasas (RT) entre las localidades de alta y baja cobertura.

Finalmente se realizó un análisis de disparidades dentro de los grupos establecidos para lo cual se organizaron las localidades dentro de cada grupo de cobertura (baja, media y alta) de acuerdo a las variables socioeconómicas (promedio de ingresos per cápita IPC e índice de calidad de vida ICV) y se analizaron las diferencias de tasa (DT) y la razones de tasa (RT) entre las localidades con mejor y peor promedio de ingresos per cápita dentro de cada grupo de cobertura.

## Resultados

De acuerdo con el grado de cobertura alcanzado por la estrategia al momento de la investigación, las localidades fueron clasificadas en tres grupos (baja, media y alta cobertura) a partir del número de individuos de los estratos 1 y 2 caracterizados por hoga-

res. De igual manera, las localidades fueron organizadas dentro de estos mismos grupos en orden descendente del mayor al menor promedio de ingresos per cápita (tabla 1).

**TABLA 1.**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOCALIDADES DE ACUERDO AL GRADO DE COBERTURA DE LA ESTRATEGIA Y CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN**

Localidades	ICV	IPC	% Cobertura Sash	Clasificación
Teusaquillo	96,1	997.585	0	Cobertura baja
Barrios Unidos	92,6	626.346	0	
Puente Aranda	90,5	427.790	0	
Kennedy	89,2	357.943	13,26	
Tunjuelito	87,5	314.526	30,01	
San Cristóbal	83,9	231.432	21,46	
Ciudad Bolívar	83,7	205.939	19,54	
Usme	83,1	199.293	31,57	
Chapinero	96,8	1.729.317	63,62	Cobertura media
Candelaria	89,1	528.822	39,95	
Santa Fe	88,5	585.107	40,95	
Rafael Uribe	87,3	262.889	43,99	
Bosa	85,5	260.556	33,53	
Usaquén	93,8	1.663.977	73,97	Alta cobertura
Suba	91,9	741.720	104,11*	
Engativá	91,8	519.434	70,97	
Antonio Nariño	90,9	410.920	66,88	
Fontibón	90,3	525.574	197,97*	
Mártires	90,1	445.195	127,89*	

\*Localidades que alcanzaron el 100% de la cobertura en estratos 1 y 2 han continuado sus procesos de caracterización en el estrato 3, razón por la cual sus coberturas son mayores al 100%.

**Fuente:** Elaboración propia, basado en datos suministrados por la Secretaría Distrital de salud de Bogotá, 2008.

Sorprende observar que en el grupo con bajo y medio desarrollo de la estrategia se encuentren Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa, localidades que históricamente han sido calificadas como de mayor pobreza y vulnerabilidad, lo cual de antemano es una muestra de la posible inequidad en la distribución del grado de cobertura de la APIS, que desde su concepción fue orientada a cubrir a las poblaciones más pobres y vulnerables.

### Diferencias de las tasas de mortalidad entre grupos de localidades clasificadas según grado de cobertura de la estrategia

De acuerdo con las tendencias de las tasas estandarizadas por grupos de población, se observa que las tasas de mortalidad infantil y postneonatal de las localidades con más alta cobertura de la estrategia son menores en relación con las tasas de las localidades

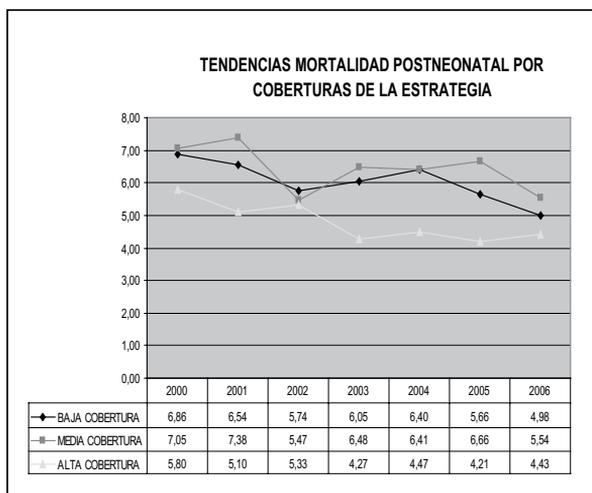
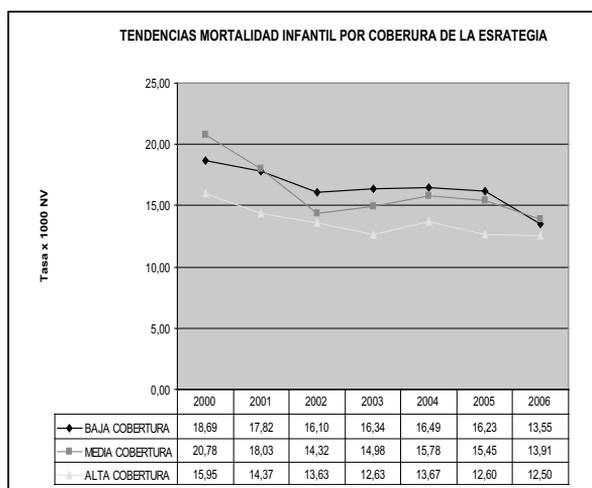


donde la estrategia ha tenido un menor desarrollo. Sin embargo, se observa también que la reducción porcentual de las tasas durante el periodo de implementación de la APIS (2004-2006) ha sido mayor en las localidades de baja y media cobertura que en las localidades de alto desarrollo de la estrategia, como puede verse en las gráficas 1 y 2.

Lo mismo sucede en el caso de la tendencia de las tasas de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años ya que las localidades con más alta cobertura de la estrategia presentan menores tasas en relación con las localidades donde la estrategia ha tenido un menor desarrollo. La reducción porcentual de las tasas durante el periodo de imple-

**GRÁFICAS 1 Y 2.**

**TENDENCIA DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD POSTNEONATAL POR COBERTURAS DE LA ESTRATEGIA ENTRE LOCALIDADES**



**Fuente:** Diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaria Distrital de salud de Bogotá 2008.



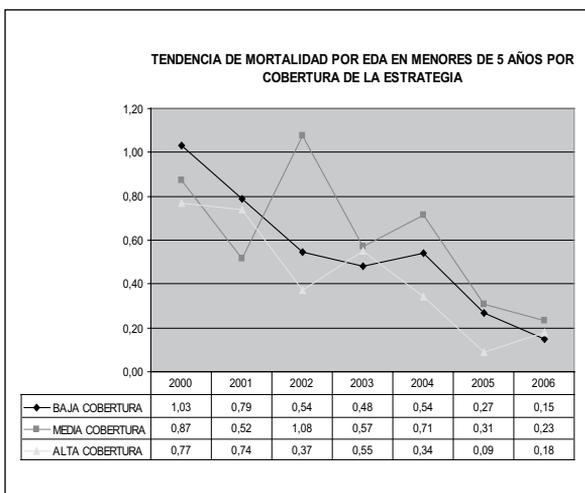
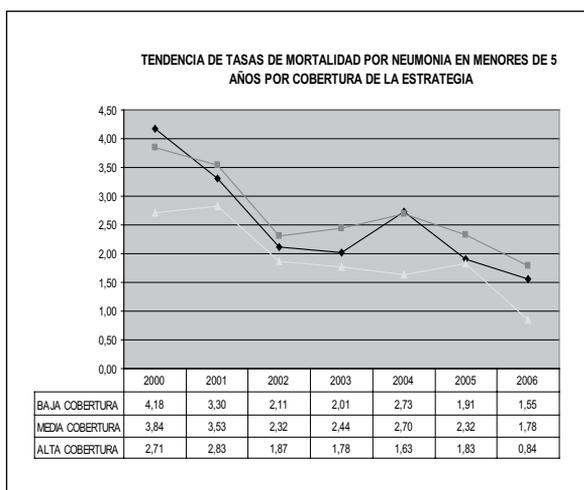
mentación de la APIS (2004-2006) ha sido mayor en las localidades de alta cobertura de la estrategia.

Caso contrario ocurre con el del indicador de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Las tasas son mayores en las localidades de alta cobertura de la estrategia en relación con

las tasas de las localidades donde la estrategia ha tenido una menor cobertura. La reducción porcentual de las tasas de mortalidad por EDA, al igual que las de mortalidad infantil y mortalidad postneonatal, ha sido mayor en las localidades de baja y media cobertura en comparación con las localidades de alta cobertura de la estrategia.

**GRÁFICAS 3 Y 4.**

**TENDENCIA DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA Y EDA EN MENORES DE 5 AÑOS POR COBERTURAS DE LA ESTRATEGIA ENTRE LOCALIDADES**



**Fuente:** Diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaría Distrital de salud de Bogotá 2008.



Para el conjunto de indicadores analizados se puede observar una tendencia descendente en los tres grupos de localidades (alta, media y baja cobertura). Sin embargo, sólo el indicador de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años presenta una reducción porcentual mayor en las localidades de alta cobertura (48,6%) en comparación con las de media y baja cobertura durante el periodo analizado, lo cual podría relacionarse con la implementación del programa de Salas ERA<sup>2</sup>, el cual fue concebido e implementado en el marco de la Atención Primaria de Salud como un componente de la misma tendiente a mitigar el problema de la mortalidad infantil por Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) y mejorar el control de las mismas.

Estos hallazgos sugieren que por lo menos para los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad postneonatal y mortalidad por neumonía en menores de 5 años, la alta cobertura de la estrategia, acompañada de cambios económicos de los hogares y de un amplio conjunto de intervenciones implementadas en la ciudad por la política social y general de salud, han podido coadyuvar al mejoramiento en los resultados en salud.

Al analizar la tendencia de las diferencias de tasa en el período 2000-2006 (medida absoluta), encontramos que las disparidades entre las localidades con alta y baja cobertura de la estrategia han disminuido para los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad por Neumonía y mortalidad por EDA en menores de 5 años, mientras para el indicador de mortalidad postneonatal la tendencia de las disparidades ha tendido a aumentar levemente.

<sup>2</sup> Programa distrital promovido e implementado en el marco de la Atención Primaria de Salud, estas salas se encuentran integradas a instituciones de salud de primer nivel dotadas de elementos básicos de apoyo, y funcionan en interrelación con los diferentes niveles de atención.

Al analizar las disparidades a partir de las razones de tasa (medida relativa), se observa un comportamiento diferente, en este caso la tendencia evidencia un aumento en las disparidades para todos los indicadores, excepto para la mortalidad infantil la cual muestra una tendencia a permanecer estable.

Dentro de los principales resultados encontramos que mientras en el 2003 en las localidades de baja cobertura se morían 1,29 veces más niños que en las localidades de alta cobertura, en el 2006 la cifra disminuyó a 1,08 veces; la diferencia de tasas entre estos dos grupos en el 2003 fue de 3,71 por 1000 nacidos vivos, lo cual significó 184 muertes más en menores de un año en comparación con las localidades de alta cobertura; en el 2006 la diferencia de tasas entre estos dos grupos disminuyó a 1,05 por 1000 nacidos vivos, lo cual significa en números absolutos que en las localidades de más baja cobertura hubo 52 muertes más (132 menos que en el 2003) en menores de un año de las que se podrían esperar si su situación mejorara hasta el nivel de las localidades con alta cobertura.

De igual manera para el indicador de mortalidad postneonatal se observó que mientras en el 2003 en las localidades con más baja cobertura de la estrategia se morían 1,42 veces más niños menores de un año que en las localidades con más alto desarrollo de la estrategia, para el 2006 la cifra disminuyó a 1,12 veces. La diferencia de tasas entre estos dos grupos para el 2003 fue de 1,78 por mil Nacidos vivos (88 muertes) mientras en el 2006 es de 0,55 por 1000 nacidos vivos, lo cual significa en números absolutos que en las localidades de más baja cobertura hubo 27 muertes más (61 muertes menos que en el 2003) en menores de un año de las que se podrían esperar si su situación mejorara hasta el nivel de las localidades con alta cobertura.

Sin embargo, a pesar que las cifras anteriormente citadas refuerzan la evidencia de que las

localidades con mayor desarrollo de la estrategia presentan mejores indicadores del estado de salud, y que la diferencia de tasas ha tendido a disminuir entre las localidades con alto y bajo desarrollo de la estrategia, el cambio drástico en los resultados de las tendencias entre una medida absoluta (DT) y una relativa (RT) aún no nos permiten sugerir cambios significativos en las disparidades en relación con el desarrollo de la estrategia de APIS.

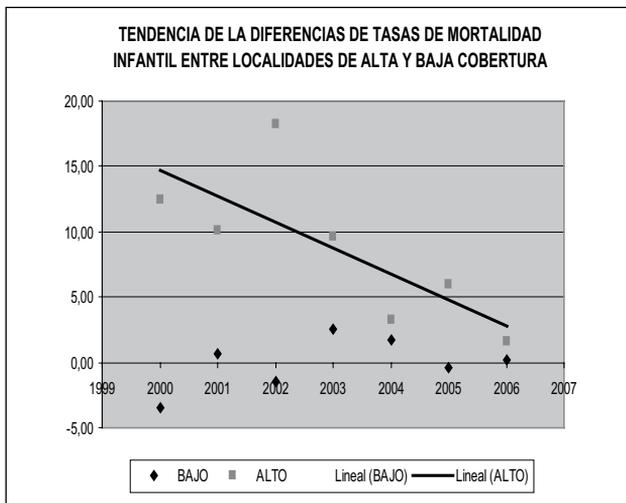
### Diferencias de mortalidad entre localidades según grupo de cobertura a partir de las variables clasificación socioeconómica de la población

Para esta parte del análisis de disparidades en salud se organizaron las localidades dentro de cada grupo de análisis (baja y alta cobertura) de acuerdo a las variables socioeconómicas (promedio de ingresos per cápita IPC e índice de calidad de vida ICV)

y se midieron nuevamente las diferencias de tasa (DT) y las razones de tasa (RT). En este caso se tomaron las localidades con mejor y peor promedio de ingresos per cápita dentro de cada grupo, partiendo de la hipótesis de que un mayor desarrollo en la implementación de la APIS podría contribuir en la reducción de las brechas y neutralizar los efectos de las diferencias socioeconómicas con el mejoramiento del acceso y uso de los servicios de salud por parte de los grupos en desventaja social.

Dentro de los principales resultados encontramos que para el caso de los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad postneonatal, la tendencia de las disparidades por condición socioeconómica (medida por diferencia de tasas) tiende a disminuir en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia, mientras en las localidades de menor desarrollo de la estrategia la tendencia de las disparidades tiende a aumentar.

GRÁFICAS 5.  
TENDENCIA DE LA DIFERENCIA DE TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y POSTNEONATAL POR COBERTURAS DE LA ESTRATEGIA ENTRE LOCALIDADES

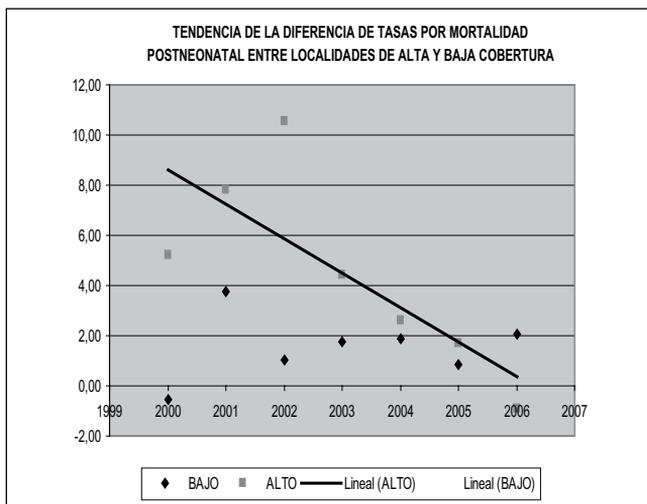


Fuente: Diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaría Distrital de salud de Bogotá 2008.



## GRÁFICAS 6.

## TENDENCIA DE LA DIFERENCIA DE TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y POSTNEONATAL POR COBERTURAS DE LA ESTRATEGIA ENTRE LOCALIDADES



Fuente: Diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaría, Distrital de salud de Bogotá 2008.

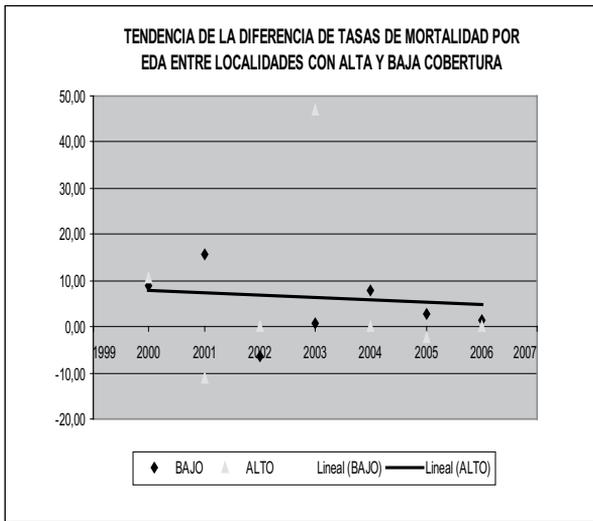
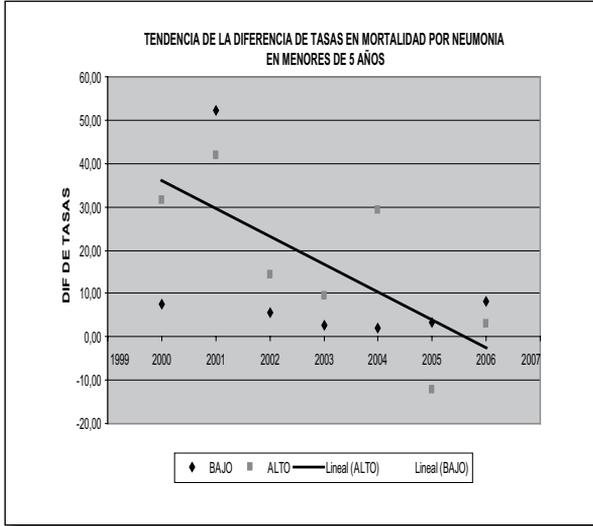
En el indicador de mortalidad infantil el grupo de localidades de baja cobertura de la estrategia experimentó una leve disminución entre el 2004 y el 2005 (1,74 a -0,38) y en el 2006 se observa nuevamente un leve aumento en la diferencia de tasas pasando de -0,38 en el 2005 a 0,17 en el 2006. Estas cifras representan para la localidad con peor situación económica (Usme) 1,01 veces más muertes en niños menores de un año en comparación con la localidad con mejor situación económica (Kennedy). La diferencia de tasas entre estos dos grupos para el 2006 es de 0,17 por 1.000 menores de un año lo cual significa en números absolutos que en la localidad de peor situación económica hubo 1,04 muertes más en menores de un año de las que se podrían esperar si su situación mejorara hasta el nivel de Kennedy.

Por su parte en el grupo de localidades de alta cobertura de la estrategia se observa una disminución en la diferencia de tasas,

pasando de 3,21 en el 2004 a 1,63 en el 2006. La diferencia de tasas entre las localidades de mejor y peor situación socioeconómica en el 2006 nos muestra que en números absolutos en la localidad de peor situación económica (Mártires) hubo 2,5 muertes más en menores de un año de las que se podrían esperar si su situación mejorara hasta el nivel de Usaquén, lo cual significa en la localidad con peor situación económica se mueren 1,14 veces más niños menores de un año que en la localidad con mejor situación económica.

La situación para el indicador de mortalidad postneonatal muestra una tendencia similar, la diferencia de tasas en el grupo de localidades de bajo desarrollo de la estrategia pasa de 1,87 en el 2004 a 2,05 en el 2006, lo cual evidencia un aumento de las disparidades entre las localidades de mejor y peor situación socioeconómica. Por su parte en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia se disminuye la diferencia de tasas pasando de 2,61 en el 2004 a -0,9 en el 2006.

GRÁFICAS 7 Y 8.  
TENDENCIA DE LA DIFERENCIA DE TASAS DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA Y EDA POR COBERTURAS DE LA ESTRATEGIA



Fuente: Diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaría Distrital de salud de Bogotá, 2008.

Para el indicador de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años la tendencia de las disparidades por condición socioeconómica (medida por diferencia de tasas) tiende a disminuir en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia (29,14 en el 2004 a 2,97 en el 2006), mientras en las localidades de menor

desarrollo de la estrategia la tendencia de las disparidades tiende a aumentar (2,00 en el 2004 a 8,30 en el 2006).

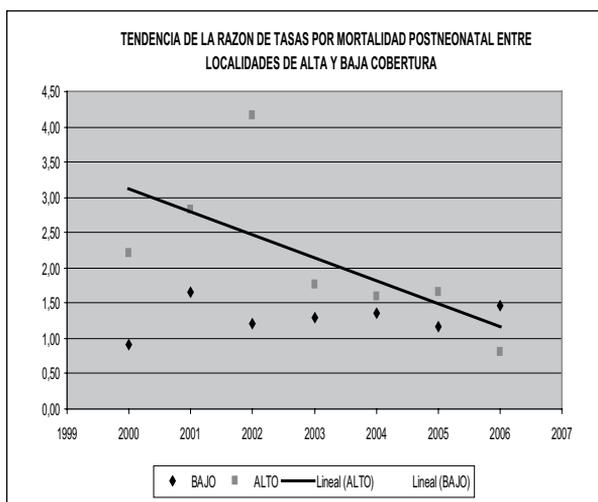
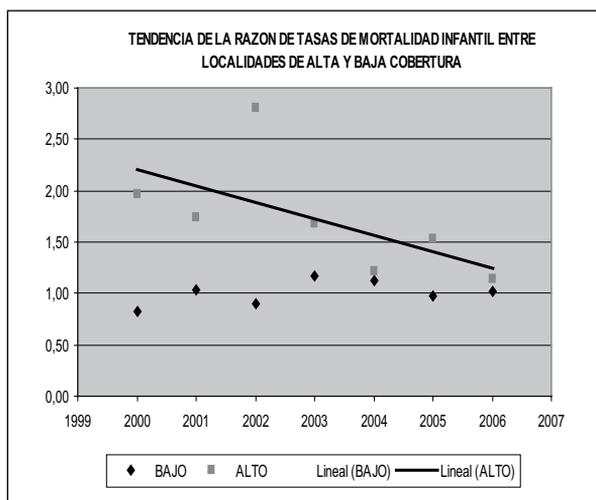
Caso contrario sucede con el indicador de mortalidad por EDA en el cual la tendencia de las disparidades por condición socioeconómica



mica (medida por diferencia de tasas) tiende a disminuir tanto en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia (7,89 en el 2004 a 1,56 en el 2006) como en las de menor desarrollo. Sin embargo, para el caso concreto de este indicador la baja variabilidad en los datos para las localidades de alta cobertura no permite establecer claramente la proporción de disminución (0,00 en 2004 y 0,00 en el 2006).

Al analizar las disparidades a partir de la razón de tasas (medida relativa) se observa una tendencia similar a la de la diferencia de tasas en el indicador de mortalidad postneonatal, es decir, en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia las disparidades tienden a disminuir mientras en las localidades de menor desarrollo de la estrategia las disparidades tienden a aumentar.

**GRÁFICAS 9 Y 10.**  
**TENDENCIA DE LA RAZÓN DE TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y POSTNEONATAL POR COBERTURAS DE LA ESTRATEGIA**



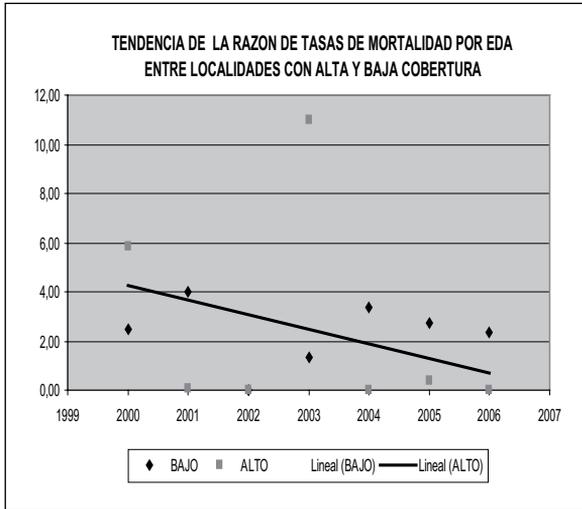
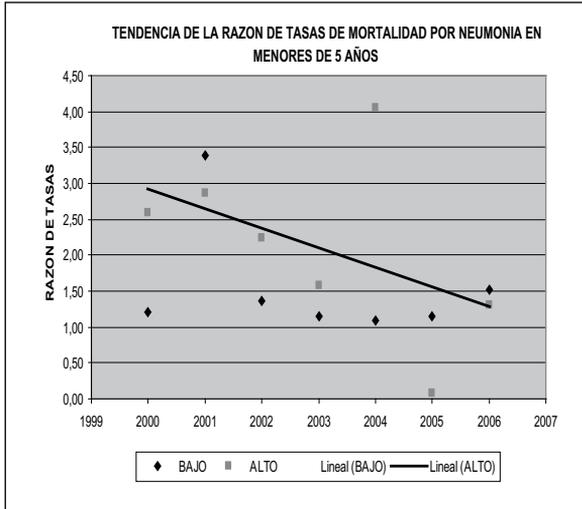
**Fuente:** Diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaría Distrital de salud de Bogotá, 2008.



Para el indicador de mortalidad infantil la tendencia de las disparidades por condición socioeconómica (medida por razón de tasas) disminuye levemente tanto en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia, como en las de menor desarrollo. En el caso del indicador de mortalidad por neumonía en menores

de 5 años la tendencia de las disparidades disminuye en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia (4,05 en el 2004 a 1,30 en el 2006), mientras en las localidades de menor desarrollo de la estrategia la tendencia de las disparidades tiende a aumentar levemente (1,09 en el 2004 a 1,52 en el 2006).

**GRÁFICAS 11 Y 12.**  
**TENDENCIA DE LA RAZÓN DE TASAS DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA Y EDA POR COBERTURAS DE LA ESTRATEGIA**



**Fuente:** Diseño de los autores, basado en datos suministrados por la Secretaria Distrital de salud de Bogotá, 2008.



Finalmente para el indicador de mortalidad por EDA la tendencia de las disparidades por condición socioeconómica (medida por razón de tasas) tiende a disminuir tanto en las localidades de mayor desarrollo de la estrategia como en las de menor desarrollo. Sin embargo, para el caso concreto de este indicador la baja variabilidad en los datos para las localidades de alta cobertura no permiten establecer claramente la proporción de disminución (0,00 en 2004 y 0,00 en el 2006) razón por la cual pareciera que las disparidades tienden a permanecer estables.

En resumen para el análisis de disparidades realizado entre las localidades de mejor y peor situación socioeconómica dentro de los grupos de alta y baja cobertura, el cambio entre la medida absoluta (Diferencia de tasas) y la medida relativa (razón de tasas) no afecta en grandes proporciones los resultados, es decir, en términos generales las tendencias de las disparidades (medidas por diferencia y razón de tasas) entre las localidades de mejor y peor situación socioeconómica disminuyen para aquel grupo de localidades en las cuales la cobertura de la estrategia de APIS es alta, mientras para el grupo de localidades de baja cobertura las disparidades tienden a aumentar.

Este hallazgo sugiere que la APIS podría estar contribuyendo a la reducción de las disparidades por condición socioeconómica de la población donde la estrategia se implementa, sobre todo en aquellas áreas donde se ha avanzado más en términos de cobertura de la misma.

## **Conclusiones y discusión**

Las evidencias arrojadas por el presente estudio permiten suponer que el enfoque de APS implementado en Bogotá podría estar contribuyendo a la reducción de las disparidades por mortalidad en menores de cinco

años en la población de bajos ingresos de las localidades con mayor grado de desarrollo de cobertura de la estrategia en el marco de una tendencia general de disminución de la mortalidad en este grupo etéreo en la ciudad desde antes de la implementación de la estrategia de APIS. Podría afirmarse que estos resultados podrían aportar al logro de las metas fijadas por el distrito, no sólo como consecuencia de la implementación de la estrategia sino como efecto del conjunto de políticas públicas e intervenciones sociales y de salud desarrolladas en el distrito en el período 2004 – 2006.

Dentro de los principales hallazgos que sugieren una posible relación de la APIS con los resultados en salud encontrados está el hecho de que las tendencias de las tasas de mortalidad en las localidades de alta cobertura de la estrategia para los indicadores de mortalidad infantil, postneonatal y neumonía siguen siendo mejores con respecto a las tasas de las localidades de baja cobertura. Este resultado es consistente con la evidencia de diversas investigaciones en las cuales se ha vinculado el grado de desarrollo de la estrategia de APIS con el mejoramiento de los resultados en salud (Macinko [13,14] Cufino el Svitone [15] Serra Perry [16] en Bolivia y [22] en Brasil).

Sin embargo, las tasas de mortalidad por EDA son menores en las localidades de baja cobertura de la estrategia y, en su conjunto, la tendencia de reducción en las tasas de los indicadores es mayor en las localidades de baja y media cobertura, excepto para el indicador de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. Este comportamiento puede deberse a que en las localidades en las que la estrategia se ha desarrollado en baja y media proporción, corresponden a aquellas en las cuales se han desarrollado con mayor intensidad otras intervenciones sociales que influyen en la salud debido al mayor grado de vulnerabilidad de sus poblaciones como

es el caso de Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa, que fueron declaradas en emergencia social para efectos de priorizar intervenciones al principio del período de gobierno. Esta hipótesis también fue formulada, ante situaciones y resultados similares, en un estudio realizado por Barbara Starfield en el año 2005 [18].

Otra hipótesis también propuesta por Starfield y Shi en el 2001 [21] ante resultados similares, es que el hecho de tener un mayor número de profesionales vinculados a la estrategia de APIS, y en nuestro caso el hecho de que algunas localidades hayan logrado la meta de caracterizar al 100% de su población, no necesariamente garantiza que un mayor número de individuos tenga mayor acceso y reciban efectivamente los servicios de la atención primaria, razón por la cual estos resultados deben ser interpretados con cautela, sobre todo cuando lo que se ha tomado como *proxi* de expansión de la cobertura de la estrategia es la aplicación de la encuesta de caracterización.

En cuanto a la disminución de las inequidades en salud a partir de la implementación de la APIS se observa que en Bogotá, al igual que en otros países, se implementó la APS primero en las áreas socialmente deprimidas, lo cual subraya la orientación hacia la disminución de las brechas en salud entre los mejor y peor ubicados. Sin embargo, las diferencias en el desarrollo de la cobertura de Salud a su Hogar indican que la distribución de la provisión de servicios de APIS ha sido inequitativa dado que las localidades que menos han desarrollado la estrategia son aquellas en donde se concentra el mayor número de personas con menores ingresos y mayor vulnerabilidad como Kennedy, Tunjuelito, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Usme.

En cuanto a la variación de la magnitud de las disparidades en salud medida por DT, se

observa que la tendencia es a la disminución en todos los indicadores, pero al cambiar a una medida relativa como la RT se observa que el comportamiento de disminución de las disparidades es más discreto ya sea a mantenerse o a aumentar levemente en el tiempo entre localidades.

Al realizar el análisis en un mayor nivel de desagregación entre los grupos de localidades se pudo evidenciar que hay una tendencia al alza de las DT y RT entre las localidades con mejor y peor situación socioeconómica dentro del grupo de baja cobertura de APIS, mientras en las localidades de alta cobertura las DT y RT tienden a disminuir. Este hallazgo resulta interesante y da indicios de la efectividad de la estrategia en la reducción de disparidades que podrían ser utilizados como base para el mejoramiento de la implementación de la estrategia y para el desarrollo de futuras investigaciones con modelos metodológicos que permitan establecer una asociación significativa entre el conjunto de desigualdades de ingreso, disponibilidad de la Atención primaria y resultados en el estado de salud de la población. Sin embargo, para estudios posteriores sería deseable tener en cuenta la distribución de las variables de clasificación socioeconómica de la población al interior de cada unidad geográfica, dado que existen dentro de las localidades de promedio de ingreso superior, uno(s) barrio(s) con alto nivel de exclusión social, en los que probablemente se pueden originar la mayor parte de las mortalidades, mientras que en otras, con ingreso promedio un poco más bajo, la distribución puede ser más uniforme, sin grupos de altos ingresos, pero sin barrios de miseria donde se pueda concentrar en mayor proporción la mortalidad.

Desde una perspectiva de política de salud, debe reconocerse que la estrategia de APIS es una entre muchas otras que se orientan a disminuir las desigualdades en salud entre



grupos de población. Por consiguiente, el mejoramiento de la salud de la población, y la reducción de disparidades en el estado de salud, requiere un enfoque integral que involucre intervenciones que afecten los diferentes factores determinantes de las desigualdades sociales en salud, incluyendo por supuesto el reforzamiento de los servicios de salud de APIS. Con ello no se pretende insinuar que se deba restar importancia a los servicios de atención especializada dado que de acuerdo a las evidencias de otros estudios se ha llegado a la conclusión de que los principales efectos beneficiosos de los servicios de salud dependen de un equilibrio adecuado entre la atención primaria y la atención especializada [21].

De otra parte, es importante que en ausencia de una política económica y social integral que tenga en cuenta los determinantes estructurales de las desigualdades sociales en salud, el Distrito pueda fortalecer la política sanitaria a través de la atención primaria integral de salud y de la mejora de la accesibilidad, utilización y calidad de los servicios de salud, los cuales de antemano se sabe que contribuyen de una manera significativa a la promoción de capacidades y libertades para el desarrollo y el bienestar humano [23].

En conclusión, se observa que todavía hay un largo camino por recorrer en investigación que nos permita concertar y establecer prioridades para combatir las inequidades en salud. Es evidente que se puede hacer mucho con estrategias como la APIS, aunque también hacen falta cambios políticos radicales para dar continuidad y estabilidad a la estrategia.

### Limitaciones metodológicas del estudio

En la realización del presente estudio varias limitaciones requieren ser consideradas. En primer lugar, es importante señalar que los

indicadores de salud utilizados no son los únicos indicadores de resultado que pueden utilizarse para demostrar la eficacia y efectividad de la APIS en el corto plazo. Se utilizaron únicamente las tasas de mortalidad en menores de cinco años (discriminadas por mortalidad postneonatal, neumonía, entre otros) dado que esta es la información de más fácil acceso en Bogotá ya que es recolectada de manera sistemática y confiable. También debe tomarse con reserva la mortalidad infantil puesto que al incluir la mortalidad perinatal se puede distorsionar la sensibilidad a la APIS, sobre todo cuando se cree que muchas de estas muertes en la ciudad, y en otras partes del mundo, pueden ser debidas a defectos de calidad de la atención de alto nivel de complejidad [4, 24].

En segundo lugar cabe anotar que en el distrito no se cuenta con información en un nivel de desagregación menor al de las localidades y el sistema de información actual no permite identificar si los eventos de mortalidad analizados se presentaron en usuarios caracterizados por la estrategia, razón por la cual resulta imposible hacer análisis causales o establecer relaciones fuertes entre los resultados obtenidos y la intervención realizada.

A pesar de haber realizado la estandarización de las tasas para permitir la comparación directa entre los grupos, existen limitaciones en dichas comparaciones, dado que no fue posible incluir y controlar otras variables de confusión, debido a que los aspectos referentes al contexto social y económico de las localidades no son rutinariamente registrados por las instituciones oficiales.

También es importante considerar que la mayoría de los estudios evaluativos del impacto de la APIS en el estado de salud reportados por la literatura mundial se han realizado en periodos entre 5 y 10 años posteriores al

establecimiento e implementación de la estrategia. Para este caso particular de estudio de la experiencia de Bogotá la caracterización tomada como *proxi* de implementación de la estrategia llevaba en desarrollo menos de 3 años, lo que aunado a la dificultad de establecer el inicio real de las intervenciones en cada caso luego de la caracterización debe llevarnos a tomar con cautela los resultados aportados por esta investigación.

Finalmente, es importante mencionar que para este estudio no fue posible analizar el aumento en número de médicos y profesionales de la salud, una de las variables más ampliamente utilizada para determinar la expansión de la estrategia de APIS y para determinar la relación existente entre la estrategia y la disminución de la mortalidad infantil [25], debido a la alta rotación del personal vinculado con la estrategia y a la inexistencia de un sistema de información apropiado para el seguimiento de la vinculación y permanencia de personal a la estrategia.

Las limitaciones mencionadas propias del diseño metodológico adoptado, nos permitieron hacer una aproximación rápida para conocer las tendencias tanto de los indicadores de mortalidad en menores de 5 años como de las inequidades en el estado de salud en relación con la implementación de la estrategia de Atención primaria de Salud. Sin embargo, los alcances limitados propios de los estudios ecológicos no nos permiten establecer resultados concluyentes sobre la causalidad o relación de las variables descritas, pero si nos ayudan a reforzar hipótesis que deberán ser fortalecidas en investigaciones más sistemáticas y detalladas (por ejemplo, de carácter cuasi-experimental) que permitan establecer el impacto en la reducción de disparidades en el estado de salud fruto del proceso de implementación de la APIS.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. A 25 años de la conferencia de Alma-Ata: ¿Qué fue del lema salud para todos? Comunicado de prensa, Washington DC, 28 de agosto de 2003. [Citado en [www.paho.org/spanish/DD/PIN/ps030828.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ps030828.htm)].
2. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Washington: OPS / OMS, Fundación Rockefeller; 2002.
3. Secretaría Distrital de Salud. La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá, (versión publicada, 10-06-04); 2004.
4. Secretaría Distrital de Salud. Nuestro Balance: Salud a su Hogar, un año después. En: Salud a su Hogar en cifras y hechos. Boletín de la Secretaría Distrital de Salud, Grupo Funcional de APS, Bogotá D. C.; 2005.
5. Vega R, Acosta-Ramírez N, Mosquera-Méndez PA, Restrepo-Vélez MO. La política de Salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. Medicina Social 2008; 3, (2). [Citado en [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)].
6. Vega R, Carrillo J. APS y acceso a universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSS de Colombia. El caso de Salud a su Hogar en Bogotá. Revista Gerencia y Políticas de salud 2006; 11:38-52.
7. OMS-UNICEF. Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud. En: Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978.
8. CDESC - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General No. 14. 22º período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000 Tema 3 del programa.
9. Starfield B. Primary Care. Concept, evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press; 1998. Starfield B. Primary Care. Concept, evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press; 1998.
10. D'Elia Y, De Negri A, Huggins Castañeda M, Vega M y Bazó M. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Documento de Trabajo, Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana GTZ, agosto de 2002.



11. Canadian Global Health Research Initiative / Teasdale-Corti Global Health Research Partnership Program. Revitalizando salud para todos: aprendiendo de las experiencias de atención primaria integral de salud - APIS. Lineamientos del proyecto. University of Ottawa, Canadá, 2007.
12. OMS- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URRS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie salud para Todos No. 1, Ginebra.
13. Macinko J, Guanais F, Marinho de Souza. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J. Epidemiol. Community Health* 2006; 60:13-19.
14. Macinko, J, et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil. *Social Science & Medicine* 2007. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.028.
15. Cufino Svitone E, Garfield R, Vasconcelos M, Araújo Craveiro V. Primary health care lessons from the northeast of Brazil: The Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 7(5), 293–302.
16. Perry H, Shanklin D, Schroeder D. Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia. *J Health Popul Nutr* 2003 Dec; 21(4):383-395.
17. WHO Commission on the Social Determinants of Health / KNHS - Knowledge Network on Health Systems, 2007. The final report of the Health Systems Knowledge Network. Johannesburg, South Africa, June 2007.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005, 83, (3): 457- 502.
19. Labonté R, et al. Comprehensive Primary Health Care: implementation, effectiveness and political context. Artículo sometido a revisión de pares para publicación de *The British Medical Journal* 2008. Ottawa University, Canadá 2008.
20. Shi L, Starfield B, Kennedy BP, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Family Practice* 1999; 48(4):275- 84.
21. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the US: mixed-level analyses. *Int J Health Serv* 2000; 30(3):541-55.
22. Serra R. Uma avaliação empírica do impacto saúde da família sobre a saúde infantil no estado de São Paulo. Trabalho submetido ao Premio Economia da Saúde, IPEA. Brasília, 2005.
23. Sen A. Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F. Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la Acción. Washington: OPS / OMS, Fundación Rockefeller; 2002.
24. Anand S, Diderichsen F, Evans T, Shkolnikov V, Wirth M. Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En: Desafíos a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Fundación Rockefeller-OPS. Editado por Evans T et al., OPS, Publicación Científica No. 58, 2001.
25. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet*. 364(9445):1603-9.