

## Reflexiones sobre el desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud

### Reflections on the historical and social development of the primary health care

Dra. Amarily Delgado Cruz<sup>I</sup>, Dr. Jorge Augusto Naranjo Ferregut<sup>I</sup>, Lic. Yarelys Sánchez Pérez<sup>II</sup>, Lic. Roberto Rodríguez Cruz<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Policlínico Docente Luis A Turcios Lima. Pinar del Río, Cuba.

<sup>II</sup> Policlínico Área Norte. Ciego de Ávila. Cuba.

<sup>III</sup> Hospital Pediátrico Docente Pepe Portilla. Pinar del Río. Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la Atención Primaria de Salud se ha convertido en la estrategia fundamental a desarrollar para lograr equidad en los servicios de salud.

**Objetivo:** profundizar en el surgimiento y desarrollo histórico social de la Atención Primaria de Salud hasta nuestros tiempos.

**Desarrollo:** se evidencian los antecedentes y bases de su surgimiento así las conferencias y acontecimientos que han influenciado en su desarrollo.

**Conclusiones:** la Atención Primaria de Salud está encaminada a lograr mayor equidad en el nivel de salud y en el acceso a los servicios, mejores resultados de salud a nivel poblacional, mejor eficiencia global del sistema, menores costos y finalmente, mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, promoción de salud, sistemas de salud, equidad en salud.

---

#### ABSTRACT

**Introduction:** the Primary Health Care has become the key strategy to achieve equity in health services.

**Objective:** to delve into the emergence and the social and historical development of the primary health care up to the present times.

**Development:** the background and the bases for its emergence as well as the conferences and events that have influenced its development were shown in this article.

**Conclusions:** the primary health care is aimed at achieving greater equity in health status and in access to services, better health results in the population, better overall efficiency of the system, lower costs and finally greater satisfaction of users with the health care services.

**Keywords:** primary health care, health promotion, health systems, health equity.

---

## INTRODUCCIÓN

El concepto de Atención Primaria de Salud (APS) es de reciente surgimiento, data del último cuarto del siglo XX, pero sus indicios y bases filosóficas son tan antiguos como la propia existencia del hombre y de la medicina.

Muchos conceptos se han dado de la APS, pero cada estado lo asume acorde a sus características y recursos.<sup>1,2</sup> Hoy en día, cada país tiene una definición operativa diferente de lo que es APS, desde interpretaciones estrechas hasta puntos de vista amplios, con una gama de conceptos intermedios, que pueden estar presentes aún dentro de un mismo país.

La APS se enmarca como una estrategia flexible, realizada a través de un primer contacto entre pacientes y prestadores de los servicios de salud –equipo de salud– que garantiza una atención integral, oportuna y sistemática en un proceso continuo. Sustentada en recursos humanos científicamente calificados y entrenados a un costo adecuado y sostenible, la APS trasciende el campo sanitario e incluye otros sectores; está organizada en coordinación con la comunidad y concatenada con el resto de los niveles de la red sanitaria para promover, proteger, restaurar y rehabilitar la salud de los individuos, las familias y la comunidad, en un proceso conjunto de producción social de salud que incluye los aspectos biopsicosociales y del medio ambiente, y que no discrimina a ningún grupo humano por su condición económica, sociocultural, de raza o sexo.<sup>3</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que la renovación de la APS debe ser parte del desarrollo de los sistemas de salud, ya que se considera la estrategia más adecuada para mejorar sostenible y equitativamente la salud de los pueblos.<sup>4,5</sup>

Un sistema de salud basado en la APS es una estrategia de organización donde la meta más importante es obtener el derecho a la salud con la mayor equidad y solidaridad, garantizando principios como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.<sup>5,6</sup> Debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Las familias y las comunidades son la base para su planificación y puesta en práctica.<sup>5-7</sup>

El objetivo de este trabajo es profundizar en el surgimiento y desarrollo histórico social de la APS hasta nuestros tiempos como estrategia fundamental para lograr la equidad en salud en las condiciones actuales del mundo en que vivimos.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica a diferentes libros, folletos y artículos tanto impresos como en la Internet relacionados con el desarrollo histórico de la APS.

## DESARROLLO

### Desarrollo histórico social de la APS

La evolución de la atención primaria va ligada a la propia evolución histórica de la medicina. En la Edad de Piedra, coincidiendo con la transición de una sociedad nómada basada en la caza a una sedentaria, se documentan los primeros vestigios relacionados con la curación. Algunos individuos de estas comunidades adoptaron un papel referente a la curación y fueron los encargados de vigilar y mejorar la salud de sus comunidades, centrados no solo en la curación, sino que al mismo tiempo asumían el papel de líderes espirituales, siendo el eslabón entre lo sobrenatural y lo terrenal. Es así que se evidencia que individuos de ciertas comunidades ya incorporaban la visión holística del ser humano y tenían presente el aspecto multifactorial del estado de salud de los individuos. Esta manera de concebir la salud del ser humano existente en la prehistoria es un factor clave para no subestimar ningún periodo histórico en la evolución de la medicina, y afirmar, desde una óptica amplia, que también de la atención primaria.<sup>8</sup>

Hay evidencias arqueológicas de la Edad de Bronce, concretamente en el periodo Shang (siglos XVI a XI a. C.), en territorio de la actual China, donde se encontraron restos de semillas con fines medicinales y objetos que se asemejan a instrumentos quirúrgicos utilizados actualmente en la medicina china. Estos hechos reflejan la propia evolución de la medicina china, pudiendo establecerse un nexo con el concepto actual de atención primaria, donde la curación se llevaba a cabo desde una perspectiva amplia con los recursos disponibles.<sup>8</sup>

En Occidente los primeros vestigios de la existencia de la medicina datan del antiguo Egipto, alrededor del año 2600 a. C., con la descripción de 200 tratamientos médicos. No es hasta 2 150 años después, con Hipócrates (460 a. C.), y posteriormente con Galeno (130 a. C.) cuando se inicia el estudio científico de la medicina y se sientan las bases de la medicina tradicional. La información existente sobre la práctica médica durante más de quince siglos, antes y después de Cristo, tiene muchas semejanzas y paralelismos conceptuales con el modelo actual de la atención primaria, como proximidad, continuidad, longitudinalidad, el enfoque holístico y la atención centrada en la familia más que en el individuo. Este es un modelo que persiste a lo largo del tiempo y sufre adaptaciones con el propio desarrollo del saber médico y de los cambios sociales de los países.<sup>8</sup>

En Europa, a principios del siglo X se diferencian tres tipos de médicos: los generalistas, los barberos-cirujanos y los apotecarios, división esta que persiste intacta durante varios siglos.<sup>8</sup>

A mediados del siglo XVIII, se produce un resurgimiento de los hospitales, por un lado con la creación de unidades de dispensarios -como una forma incipiente de las consultas externas de hoy día-, y por otro con el desarrollo de hospitales especializados. Esto dio pie a una mayor separación entre los médicos que prestaban sus servicios en los hospitales y los que trabajaban en la comunidad. Este hecho podría ser considerado como el punto de partida de la diferenciación de los niveles asistenciales y con ello de la aparición de la atención primaria. Sin duda, esta división del trabajo de los médicos influirá en el diseño y la organización de los servicios sanitarios a nivel internacional.<sup>8</sup>

No es hasta mediados del siglo XIX cuando el Reino Unido inicia la regulación de la medicina y de algunas especialidades, tomando cuerpo propio el papel de los médicos generalistas, y a finales del siglo XIX se inicia el primer sistema de derivaciones entre especialistas y generalistas.<sup>8</sup>

En 1920, Lord Dawson of Penn publica el Libro Blanco sobre la organización del sistema de salud británico, en el que se diferenciaban tres niveles principales de salud: los centros primarios de salud, los centros secundarios y los docentes, además de que se establecían las relaciones formales entre ellos.<sup>2,9</sup>

En la primera parte del siglo XX, en Rusia se desarrolló un modelo propio de salud, como consecuencia de la experiencia acaecida después de la Primera Guerra Mundial, su guerra civil y periodos de hambruna y epidemias que devastaron el país. De esta forma, y ya en pleno desarrollo de la Unión Soviética, se diseñó un plan de reconstrucción del sistema sanitario, cuyos principios eran que, bajo la responsabilidad del gobierno por la salud de la población, se establecía el acceso universal y gratuito a los servicios sanitarios, se enfatizaba el control epidémico y preventivo de las enfermedades infecciosas, se establecían mecanismos de relación entre ciencia y práctica médica, y se definía la continuidad de la asistencia entre promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación. Este modelo dio lugar a la creación de policlínicas para trabajadores industriales, campesinos y otros.<sup>8</sup>

La Segunda Guerra Mundial afecta considerablemente a los sistemas sanitarios de los países europeos. Un hecho que hay que destacar en el desarrollo de la atención primaria tuvo lugar con el establecimiento del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido en el año 1948, producto de la posguerra. Su estructura fue el resultado de múltiples negociaciones en las que se tuvo en cuenta los antecedentes históricos.<sup>7-9</sup>

En 1975 se celebra la 28ª Asamblea Mundial de la Salud donde se logró imponer el concepto con necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, con el "Salud para todos en el año 2000".<sup>3,9</sup>

Las naciones del mundo junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud.

En 1978 en Alma Ata (Kazajstan) se celebra la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, siendo el resultado de tendencias en el pensamiento sobre el desarrollo de los servicios de atención en salud ocurridos a partir de la Segunda Guerra Mundial. Representó un hito histórico de suma importancia: fue la primera y la mayor conferencia hasta esa fecha, celebrada en torno a un único tema. En Alma Ata se cristalizaron ideas revolucionarias que dieron como resultado un consenso que fundamenta los principios de salud y desarrollo internacional.<sup>1,3,9-12</sup>

Todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo "Salud para todos en el año 2000", además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Para lograr el ambicioso objetivo de "Salud para todos", las naciones del mundo junto a la OMS, la UNICEF y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado APS.<sup>1,9</sup>

Muchas de las propuestas concretas que se hicieron en esa conferencia y que después integrarían los principios de la APS suscritos en Alma Ata procedían de diferentes experiencias de programas de salud basados en la comunidad, no gubernamentales, pequeños y poco conocidos, de Filipinas, América Latina y otros países; también de la experiencia de los médicos de pies descalzos en China, así como de los resultados obtenidos por sistemas de salud de naciones como Cuba y otros países del tercer mundo que habían desarrollado, con determinado éxito, programas sanitarios basados en la comunidad.<sup>11</sup>

La conferencia de Alma Ata dejó como legado un concepto integral de la APS y su definición como estrategia para alcanzar la meta "Salud para todos en el 2000"; además, ratificó que la salud es un derecho humano fundamental y creó las condiciones propicias para el desarrollo del marco doctrinario y programático de la Promoción de Salud, reconoció la relación entre la salud y el desarrollo económico social y el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar en la planificación y aplicación de la atención en salud. De igual forma evidenció la importancia de actuar sobre las determinantes sociales de la salud y la necesidad de la acción intersectorial, así como el rol central del Estado y su liderazgo para asegurar el desarrollo de la salud con equidad.<sup>1,7,11</sup>

La APS fue considerada como un desafío al "orden establecido", generando desconfianza en los recintos del poder económico mundial y también en algunos organismos regionales y locales. Apenas nacida, la APS enfrentó duros obstáculos, voluntarios o involuntarios, en el ámbito internacional.

Sin embargo, el peor ataque a la APS surgió casi desde el principio y provenía del propio sistema internacional de salud pública. En el interior de la OMS existían grupos que se resistían a promover y apoyar la APS, mientras poderosas instituciones como la Fundación Rockefeller, condicionadas por diferentes factores, pusieron en marcha una campaña internacional para despojar a la APS de sus componentes de más alcance, potencialmente revolucionarios, y reducirla así a un planteamiento limitado con el cual las estructuras de poder nacionales y mundiales pudieran sentirse más cómodas.<sup>7</sup>

En los años ochenta, la idea de que la APS no era factible a corto plazo con los recursos disponibles, condujo al desarrollo de la estrategia de APS selectiva. Este movimiento propuso seleccionar enfermedades prioritarias para concentrar intervenciones sobre las mismas, basadas en criterios establecidos en el ámbito central, lo cual condujo y reforzó el desarrollo de programas verticales enfocados a enfermedades específicas. Este enfoque produjo importantes beneficios, como por ejemplo la reducción de la mortalidad infantil; pero entró en conflicto con varias ideas de la APS como la de integración de los servicios o la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades de salud. Ello, en cierta forma, significó el regreso al modelo de atención curativa, dejando atrás la necesidad de atacar los factores determinantes de la salud.<sup>9,10</sup>

Esta nueva intervención, más limitada, fue lanzada por la UNICEF en 1982, con el apoyo de otras organizaciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional

(FMI) y el Banco Mundial (BM), la cual consistió en un programa que recortaba el alcance de la APS a sólo cuatro intervenciones en la población materno-infantil: crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones (GOBI por las siglas en inglés). Este enfoque socavó la confianza de la población en el personal de salud al restringir las intervenciones esenciales identificadas en Alma-Ata.<sup>10-12</sup>

Las décadas de los 80 y 90 se caracterizaron por los programas de ajuste estructural de la economía, la reducción del tamaño del Estado y el cambio de su rol. Fue una era de privatizaciones que afectó la estructura del sector salud y a actores claves. Predominó la visión neoliberal donde la salud es un bien a adquirir en el mercado con sus reglas; estas fueron las recomendaciones de los principales organismos financiadores tanto el FMI como el BM, y los países que buscaban asistencia financiera fueron obligados bajo esta política a privatizar sus servicios de salud y exigir el pago de la atención a los pacientes.<sup>3,13-16</sup>

Se redujo al primer nivel de atención -sin promover la integración del sistema-, de esta manera, el concepto de Atención Primaria de la Salud fue epicentro de batallas ideológico-políticas en relación a los sistemas políticos necesarios para implementarla.

En medio de cambios traumáticos a causa de las reformas neoliberales en la economía capitalista, en 1986, la OMS convocó a sus países miembros para aprobar la Carta de Ottawa que estableció el movimiento sobre la promoción de la salud. Dicha carta propuso 5 puntos centrales para promover la salud, de los cuales 4 son contemplados de manera directa o indirecta en la APS.<sup>3,17</sup>

Entre los principales aportes de esta conferencia se encuentra la definición Promoción de salud y el planteamiento de prerrequisitos para la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; y se incorporan al concepto de salud las condiciones necesarias para el normal desarrollo de una vida saludable.<sup>18,19</sup>

La segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud se realizó en Adelaida, Australia en 1988. La construcción de políticas públicas saludables fue el tema central y se produjo el documento "Recomendaciones de Adelaida sobre políticas públicas favorables a la salud" <sup>20</sup>

Las políticas públicas en todos los sectores influyen los determinantes de la salud, y son un importante vehículo para reducir inequidades sociales y económicas asegurando el acceso equitativo a bienes y servicios, así como la atención a la salud. <sup>18,21,22</sup>

Fueron identificadas cinco áreas prioritarias de acción: apoyo a la mujer, mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria, reducción del consumo del tabaco y el alcohol y la creación de ambientes saludables a la salud. <sup>19</sup>

La tercera Conferencia Internacional de Promoción de Salud celebrada en Sundsvall, Suecia en 1991, centró su atención en el desarrollo de entornos propicios para la salud.<sup>23</sup>

Fueron señalados como factores perjudiciales a la salud: los conflictos armados, el rápido crecimiento de la población, la alimentación inadecuada, la falta de medios para la autodeterminación y la degradación de los recursos humanos.<sup>23</sup>

En 1993, en el informe "Invertir en Salud", el BM limita la financiación a los países que "Reestructuren el Estado", y mantienen el planteamiento de la salud como bien de mercado.<sup>24</sup>

En 1997 se efectúa la cuarta Conferencia Internacional de Promoción de Salud en Yakarta, Indonesia, donde se refuerzan los procesos de equidad y participación social.<sup>25</sup> Fue la primera de las cuatro conferencias internacionales que se realizó en un país subdesarrollado.

La evidencia presentada en la Conferencia de Yakarta y la experiencia recogida durante las décadas anteriores mostró que las estrategias de promoción de la salud contribuyen al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Esta conferencia mostró -con experiencias concretas- el valor de incorporar estrategias de promoción de salud en las políticas de desarrollo social, en la obtención de productos concretos.

En el año 2000 se efectúa la quinta Conferencia Internacional de Promoción de Salud en México y podemos señalar que fue un llamado a la acción de todos en favor de la salud.<sup>26</sup>

Los objetivos de la conferencia giraron en torno a demostrar que la Promoción para la Salud mejora la salud y la calidad de vida de las personas que viven en condiciones adversas, por lo que es necesario dar alta prioridad a la salud en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales, así como fomentar los vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores en todos los niveles de la sociedad.<sup>26</sup>

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se establecieron oficialmente en la Cumbre del Milenio en el año 2000, donde todos los líderes mundiales presentes adoptaron la Declaración del Milenio (resolución 55/2 de la Asamblea General aprobada el 8 de septiembre de 2000).<sup>27,28</sup>

Ocho ambiciosos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) -que a su vez se componen de 21 metas cuantificables supervisadas a través de 60 indicadores- se intentan alcanzar para 2015, estos son:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

En septiembre del 2003, la OPS/OMS aprobó una resolución en su Consejo Directivo en la que invitó a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. En respuesta al mandato anterior, la OPS/OMS creó, en mayo del año 2004, el "Grupo de Trabajo sobre APS" para que hiciera sugerencias sobre las futuras orientaciones estratégicas y programáticas en materia de APS. Este grupo organizó un proceso consultivo en la comunidad internacional a través de una serie de conferencias internacionales y mediante la puesta en circulación de un documento borrador que fijaba su posición, el cual fue enviado a expertos y a todos los países miembros, 20 de los cuales desarrollaron reuniones de ámbito nacional para discutir la propuesta de renovación de la APS.<sup>29</sup>



En el año 2004, se establece la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de generar recomendaciones de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias.<sup>30,31</sup>

La comisión plantea que el contexto social y político, y los procesos económicos, dan origen a posiciones socioeconómicas desiguales y dicha estratificación -por ingreso, educación, ocupación, género- lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo.

El retorno de las propuestas de los determinantes sociales, conllevó a una nueva visión holística del proceso salud enfermedad y a la estrepitosa caída de las concepciones y prácticas denominadas neoliberales.<sup>32</sup>

En julio del 2005, se celebró la Consulta Regional en Montevideo, Uruguay, en la que participaron unas 100 personas en representación de más de 30 países de la región, incluyendo organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, universidades y otras agencias de las Naciones Unidas.<sup>7</sup>

Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a la salud como un derecho humano. Para renovar la APS, es necesario rescatar el legado de Alma Ata, para ello se deben aprovechar las enseñanzas aprendidas durante más de un cuarto de siglo y reinterpretar la estrategia propuesta de APS de forma que se puedan afrontar los desafíos del siglo XXI.<sup>3,5,6</sup>

En agosto de 2005 se desarrolla la sexta Conferencia Internacional de Promoción de Salud en Bangkok, Tailandia, con el tema central "mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial". El documento final de la conferencia es la Carta de Bangkok para la promoción de la salud. La carta identifica los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y pide que un mayor número de interesados directos se comprometan con las iniciativas para lograr la salud para todos, además aboga por una mayor coherencia en las políticas para la promoción de la salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado.<sup>33</sup>

La Carta reafirma los principios fundamentales de la promoción de la salud. Este enfoque apunta identificar los factores determinantes de la salud e influir en ellos para que las personas aumenten el control sobre su salud. También alienta el desarrollo de habilidades personales, actividades comunitarias, servicios de salud accesibles, entornos favorables y políticas públicas que ayuden a reducir los riesgos para la salud.<sup>33</sup>

Un mensaje clave de esta carta es que la promoción eficaz de la salud requiere de la participación no sólo del sector salud, sino de otros como del desarrollo de derechos humanos y de seguridad humana, además de las comunidades ambientalistas. La premisa fundamental es que para alcanzar la salud para todos, una gama amplia de actores deben comprometerse con la promoción de la salud. Se exhorta a "todos los interesados directos a trabajar juntos en una alianza mundial para cumplir con los compromisos y llevar a cabo sus estrategias. Las iniciativas emprendidas a la luz de esta carta pueden mejorar radicalmente las perspectivas de la salud de las comunidades y los países de todo el mundo".<sup>33</sup>



En septiembre de 2005, la OPS aprobó la Declaración de Montevideo, todos los gobiernos de las Américas se comprometieron a renovar la APS y a convertirla en la base de los sistemas de salud de la Región (APS Renovada).<sup>34</sup>

En el año 2008, la OMS publica el informe "La atención primaria de salud, más necesaria que nunca",<sup>6</sup> en el que -aprovechando las enseñanzas del pasado- recupera la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud, proponiendo reformas en pro de la cobertura universal, la prestación de servicios, las políticas públicas y el liderazgo. Por ello, y ante el interrogante de si se debe renovar la atención primaria de salud más que nunca, existe un pronunciamiento unánime de los profesionales de la salud -y también de los políticos-, en que esta renovación es imprescindible.

La séptima Conferencia Internacional de Promoción de Salud realizada en Nairobi, en octubre de 2009, fue un llamado a desarrollar la Promoción de la Salud. Sus mensajes claves fueron dirigidos a: fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo, situar la promoción de la salud como línea central, empoderar comunidades e individuos, ampliar/realzar los procesos participativos y construir y aplicar el conocimiento.<sup>35</sup>

Se estableció un compromiso global por parte de los participantes encaminados a utilizar el potencial no explotado de promoción de salud, integrar los principios de la promoción de salud en la agenda política y de desarrollo y desarrollar mecanismos efectivos para la promoción de salud.

La octava Conferencia Internacional de Promoción de salud se efectuó en Helsinki, Finlandia en el 2013, con el tema: implementación de la "Salud en Todas las Políticas". Este es un enfoque para tomar en cuenta los impactos de las políticas públicas sobre los determinantes de la salud a fin de hacer efectivos los derechos relacionados con la salud, para mejorar la rendición de cuentas por los impactos de las políticas, y en última instancia, mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.<sup>36</sup>

## Consideraciones finales

El origen de la APS tiene sus antecedentes en el propio origen y desarrollo del hombre y de la medicina como ciencia, siendo su auge principal en el último cuarto del siglo XX, atravesando por diferentes periodos y momentos que han afectado su desarrollo. Se han celebrado varias conferencias y acontecimientos internacionales que han contribuido al fortalecimiento de esta estrategia, lo que ha resultado en una APS renovada como política de salud en muchos países, encaminada a lograr mayor equidad en el nivel de salud y en el acceso a los servicios, mejores resultados de salud a nivel poblacional, mejor eficiencia global del sistema, menores costos y, finalmente, mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alma-Ata. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept 1978.

2. Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención Primaria de Salud, Medicina General Integral y médicos de Familia. En: Álvarez Sintés. Medicina General Integral Vol I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 51-67.
3. Franco-Giraldo A. Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2011 [citado 9 Nov 2013];30(1):83-94. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewArticle/7630> .
4. Periago MR. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 09 Nov 2013]; 21(2-3):65-8. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200001&lng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200001&lng=es) .
5. Macinko J, Montenegro H, Nebot AC, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]. Mar 2007 [citado 09 Nov 2013];21(2-3):73-84. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=en) .
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008 [citado 15 Jul 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf).
7. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. The Lancet. 2008;372(9642):917-27.
8. Dedeu A, Lapena C, Martí T, Monguet JM, Picas J. Reflexiones sobre la atención primaria de salud. Documento de trabajo 172/2011. Fundación Alternativa. 2011 [citado 24 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/272/Reflexiones%20sobre%20APS.pdf> .
9. De Lellis M, Casanova P. La estrategia de la Atención Primaria de Salud a casi tres décadas de su formulación. Universidad de Buenos Aires: Facultad de Psicología. 2006 [citado 24 Jul 2013]. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/fichas/ficha\\_1.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/ficha_1.pdf) .
10. Echeverri O. Atención Primaria de la Salud, APS: Una nueva oportunidad. 5to Foro de APS. Santiago de Cali. 27 octubre, 2011. [citado 18 Jul 2013]. Disponible en: [http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/aps\\_documento\\_previo\\_al\\_foro.pdf](http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf)
11. Hirsch G. La Atención Primaria de la Salud como un cambio histórico en la medicina del Siglo XXI. Universidad de Buenos Aires, Argentina: OPS, OMS; 2013 [citado 24 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.fmvuba.org.ar/antropologia/Vol.%20VI%20Nro.%201%20a%20C3%B1o%20...>
12. Then Díaz K. La Atención Primaria en Salud en la República Dominicana. Avances, controversias y retos. Observatorio Político Dominicano, Unidad de Políticas Públicas. Santo Domingo, República Dominicana: FUNGLODE; 2012 [citado 24 Jul 2013]. Disponible en: [http://www.opd.org.do/index.php?option=com\\_content&id=869](http://www.opd.org.do/index.php?option=com_content&id=869).

13. WHO: Primary Health Care comes full circle. Interview with Dr. Aldfan Malher, WHO Director General in 1973-1988. Bulletin World Health Organ. Oct 2008;86(10):747-8.
14. Scott B. Haldstead, Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren, eds. Good Health at Low Cost. New York: Rockefeller Foundation; 1985.
15. Blanco Santamaría DI .Limitaciones para la implementación de la APS en Colombia [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia. 2012 [citado 08 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7264/1/danielisidoroblancosantamaria.2012.pdf> .
16. Forti S. La APS como ordenadora del Sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. España: Eurosociedad; 2009 [actualizado 2 Feb 2009; citado 20 Jul 2013]. Disponible en: <http://biblioteca.programaeurosociedad.eu/PDF/Salud/Salud10.pdf>.
17. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario, Canadá: OMS; 1986 [citado 24 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.
18. Crovetto M Mirta, Vio del R Fernando. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: lecciones aprendidas y proyecciones futuras. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. Mar 2009 [citado 08 Nov 2013];36(1):32-45. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182009000100004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000100004&lng=es) .
19. Rodríguez Ibagué LF, Díaz Muñoz MF. Políticas Públicas y entornos saludables. Documento de investigación 47. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2009 [actualizado 1 Sept 2010; citado 4 Jul 2013]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/3767/1/17941318-2009-47.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide. Políticas Públicas para la Salud. Adelaide, Australia del Sur: OMS; 1988. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>.
21. Camargo-Ramos CM, Pinzón-Villate GY. La promoción de la salud en la primera infancia: evolución del concepto y su aplicación en el contexto internacional y nacional. Rev.Fac.Med.Unal [revista en la Internet]. Ene 2012 [citado Nov 08 2013];60(1):62-74. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112012000500007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000500007&lng=en) .
22. Díaz Brito Y, Pérez Rivero JL, Báez Pupo F, Conde Martín M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. Sep 2012 [citado 2013 Nov 09];28(3):299-308. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300009&lng=es) .
23. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Sundsvall (Suecia): OMS; 9-15 de junio de 1991 [citado 4 Jul 2013]. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4\\_declaracion\\_de\\_Sundsvall.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf)

24. Banco Mundial. Invertir en salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial: Banco Mundial; 1993 [citado 24 Jul 2013]. Disponible en:  
[http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/11/04/000011823\\_20051104145818/Rendered/PDF/341290spanish.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/11/04/000011823_20051104145818/Rendered/PDF/341290spanish.pdf)
25. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Yakarta, República de Indonesia: OMS; 21-25 de julio de 1997 [citado 4 Jul 2013]. Disponible en:  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)
26. Organización Mundial de la Salud. Declaración de México hacia una mayor equidad. Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Santa Fe, México: OMS; 5-9 Junio 2000 [citado 24 Sept 2013]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hiap/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=272%3Adeclaracion-de-mexico-para-la-promocion-de-la-salud-de-las-ideas-a-la-accion&catid=46%3Aroad-to-helsinki&Itemid=134&lang=es](http://www.paho.org/hiap/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=272%3Adeclaracion-de-mexico-para-la-promocion-de-la-salud-de-las-ideas-a-la-accion&catid=46%3Aroad-to-helsinki&Itemid=134&lang=es)
27. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. New York: OMS; 2000 [citado 24 Sept 2013]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/)
28. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2013. New York: OMS; 2013 [citado 24 Sept 2013]. Disponible en:  
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>
29. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Serie: La Renovación de la APS en las Américas No 1. Washington, DC: OPS; 2008.
30. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Subsana las desigualdades en una generación: OMS; 2009 [citado 24 Sept 2013]. Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)
31. Vega Romero R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Rev Gerenc Polit Salud [revista en la Internet]. Ene 2009 [citado Nov 07 2013];8 (16):7-11. Disponible en:  
[http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol8\\_n\\_16/editorial\\_vol8\\_n16.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol8_n_16/editorial_vol8_n16.pdf)
32. Benach de Rovira J, Muntaner Bonet C, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 [citado 09 Nov 2013];38(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000500012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500012&lng=es)
33. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok, Tailandia: OMS; agosto 2005 [citado 24 Sept 2013]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hiap/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=273%3Acarta-de-bangkok-para-la-promocion-de-la-salud-en-un-mundo-globalizado-&catid=46%3Aroad-to-helsinki&Itemid=134&lang=es](http://www.paho.org/hiap/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=273%3Acarta-de-bangkok-para-la-promocion-de-la-salud-en-un-mundo-globalizado-&catid=46%3Aroad-to-helsinki&Itemid=134&lang=es)

34. Organización Panamericana de la Salud. Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración De Montevideo). Washington, D.C., EUA: OMS; 26-30 de septiembre 2005 [citado 24 Sept 2013]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS\\_CD46-Declaracion\\_Montevideo-2005.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf)

35. Organización Mundial de la Salud. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud. 7ma Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Nairobi, Kenia: OMS; 26-30 octubre 2009 [citado 24 Sept 2013]. Disponible en: [http://www.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi\\_2009\\_sp.pdf](http://www.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi_2009_sp.pdf)

36. Organización Mundial de la Salud. 8va Conferencia Mundial de Promoción de Salud. Helsinki, Finlandia: OMS; 10-14 junio 2013 [citado 4 Sept 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement\\_2013/en/index.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index.html)

Recibido: 4 de enero de 2014.

Aprobado: 6 de febrero de 2014.

*Dra. Amarily Delgado Cruz.* Miembro de la Brigada Médica Cubana en Ecuador. Policlínico Docente Luis A Turcios Lima. Pinar del Río. Email: [amarilydelgado@yahoo.es](mailto:amarilydelgado@yahoo.es)