

## Desarrollo científico y tecnológico. Su impacto en la Atención Primaria de Salud

### *Scientific and technological development Its impact on Primary Health Care*

TAMARA TORRES FERNÁNDEZ, LISSET GUERRA GIMÉNEZ, ARLETYS ORDÁS GONZÁLEZ,  
ODALYS SALAS SAN JUAN, LUIS MANUEL SÁNCHEZ PADILLA.

*Escuela Latinoamericana de Medicina, La Habana, Cuba.*

#### Cómo citar este artículo:

Torres Fernández T, Guerra Giménez L, Ordás González A, Salas San Juan O, Sánchez Padilla LM. Desarrollo científico y tecnológico. Su impacto en la Atención Primaria de Salud. *Rev Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2019 [citado ]; 13(3):91-96. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/>*

#### RESUMEN

**Objetivo:** analizar el empleo de la ciencia y la tecnología apropiada en la Atención Primaria de Salud para garantizar la calidad y la excelencia en los servicios prestados y explicar la estrategia que garantiza la integración organizativa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en esta atención.

**Desarrollo:** la situación de la salud del mundo contemporáneo le exige a la sociedad colocar en un primer plano de análisis las cuestiones como: la equidad; la promoción y la prevención de salud; la calidad de la atención; los dilemas éticos; y el reconocimiento de las necesidades tecnológicas de salud en la política nacional, como un factor clave para su desarrollo. A partir de las definiciones realizadas en Alma Ata en 1978, se destaca el desarrollo de la ciencia y la tecnología, en particular las tecnologías apropiadas en este nivel de atención. La problemática social internacional y nacional tienen en cuenta la realidad social de la población y los servicios de salud que se ofrecen, lo que permite continuar desarrollando una gestión de calidad del programa de Medicina Familiar como un modelo de una Atención Primaria de Salud renovada y fortalecida.

**Conclusiones:** la cultura de las tecnologías apropiadas en la Atención Primaria de Salud constituye la parte medular del nuevo paradigma sanitario y está determinado por los valores en ella existentes y la capacidad tecnológica sanitaria. Para que la estrategia de la Atención Primaria de Salud sea efectiva debe garantizarse la integración organizativa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

**Palabras clave:** Tecnologías apropiadas; servicios de salud; Atención Primaria de Salud; tecnología médica.

#### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the use of appropriate science and technology in Primary Health Care to guarantee quality and excellence in the

services provided and explain the strategy that guarantees the organizational integration of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation in this care.

**Development:** the health situation of the contemporary world requires society to place issues such as: equity in the foreground of analysis; health promotion and prevention; the quality of care; ethical dilemmas; and the recognition of technological health needs in national politics, as a key factor for its development. From the definitions made in Alma Ata in 1978, the development of science and technology stands out, in particular the appropriate technologies at this level of attention. The international and national social problems, take into account the social reality of the population and the health services offered, which allows to continue developing a quality management of the Family Medicine program as a model of a renewed and strengthened PHC.

**Conclusions:** the culture of appropriate technologies in Primary Health Care constitutes the core part of the new health paradigm and is determined by the values in it and the sanitary technological capacity. In order for the Primary Health Care strategy to be effective, the organizational integration of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation must be guaranteed.

**Keywords:** Appropriate technologies; Health services; Primary health care; medical technology.

#### INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) se convirtió en la política central de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Treinta y nueve años más tardes, los valores que encarna la APS siguen gozando de un fuerte respaldo

internacional. Los resultados preliminares de importantes análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad sanitaria mundial consideran que el enfoque de la APS es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud.<sup>(1)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS reconocen que la Atención Primaria de Salud constituye la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen los objetivos de desarrollo sostenible, mediante el acceso universal a los servicios básicos integrales de salud, la prevención y el control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas.<sup>(2)</sup>

Casi todos los países de la región de las Américas han experimentado cambios profundos en el sector de la atención de la salud en el decenio pasado, y cerca de todos los países de América Latina y el Caribe han procedido a reformar dicho sector. Según la OPS, la meta de esta reforma sigue siendo lograr la prestación de los servicios más equitativos, la gestión más eficiente y los resultados más eficaces, atendiendo a las necesidades de la población.<sup>(3)</sup>

En este marco de la reforma asistencial, muchos países están reevaluando sus sistemas de servicios APS y están insistiendo en un modelo asistencial centrado en la familia, un modelo reformado de atención de salud. Se está dando preferencia a la atención integral, la coordinación intersectorial, la atención de los pacientes ambulatorios, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. La Medicina Familiar podría ser la especialidad de la Medicina general ideal para un modelo de atención de salud reformado.<sup>(4)</sup>

Las Américas, Estados Unidos, Canadá, Argentina y México son países con programas de Medicina Familiar bien establecidos, pero tienen pocos programas de postgrado y un contenido insuficiente de Medicina Familiar en las escuelas de Medicina o no cuentan con esta disciplina como especialidad; entre las barreras al establecimiento de la Medicina Familiar, se hallaron factores como: la falta de apreciación de la Medicina Familiar como especialidad; el financiamiento desproporcionado de la atención terciaria y de las subespecialidades, como resultado de su preferencia.<sup>(5)</sup>

Sin embargo, en este siglo Cuba ha demostrado el valor de la Medicina Familiar, tanto, que se ha trabajado en el perfeccionamiento del plan de estudio de la carrera de Medicina en busca de un mejor desarrollo del proceso docente-educativo, en respuesta a los avances científicos y las tendencias de la educación médica, en especial, con la orientación a la APS.<sup>(6)</sup>

La APS forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad; representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible esta atención al

lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el principal elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.<sup>(7)</sup>

La APS comprende un conjunto de procedimientos y, a la vez, de servicios, que tienen que ver con la prevención y la promoción de salud, así como con la curación y la rehabilitación. También existe la protección a los grupos poblacionales específicos y la atención a los problemas de salud dirigidos a la persona, la familia, la comunidad y el medio donde se desenvuelven estas personas.<sup>(7)</sup> La Declaración de Alma Ata la define como: "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad; mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación".<sup>(8)</sup>

El siglo XXI debe ser el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud.<sup>(9)</sup> La tarea consiste, en primer término, en el estudio de la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas y culturas, teniendo en cuenta la condición biológica, social y personal del hombre. Ello significa analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integradas en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica.<sup>(10)</sup>

La situación de salud del mundo contemporáneo le está exigiendo a la sociedad, además, colocar en primer plano de análisis cuestiones como: la equidad; la promoción y prevención de salud; la calidad de la atención; los dilemas éticos; y el reconocimiento de las necesidades tecnológicas de salud en la política nacional, como un factor clave para su desarrollo.

Por esta razón se hace una revisión de la literatura más actualizada sobre este último aspecto, con el fin de contribuir al conocimiento y a la difusión de un controvertido pero vigente tema.

Por tal motivo los objetivos de esta investigación son analizar el empleo de la ciencia y la tecnología apropiada en la APS para garantizar calidad y excelencia en los servicios prestados y explicar la estrategia que garantiza la integración organizativa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en la APS.

## DESARROLLO

Cuando los valores hegemónicos privilegian la vida y llevan al establecimiento de las condiciones, las situaciones y los comportamientos que favorecen la salud, la salud pública se fortalece y mejora. De ahí que las sociedades más solidarias, con mayor disposición para la sociabilidad y la asociación, con los niveles más altos de confianza entre sus miembros y organizaciones, muestran una tendencia a

ampliar los espacios públicos dentro de la actividad social y, por consiguiente, propician el desarrollo de los recursos humanos, la protección del ambiente y una mejor utilización del capital artificial, tanto financiero como tecnológico. Son sociedades en las que el desarrollo humano sostenible tiene mayores probabilidades de producirse con más equidad, bienestar y salud de todos.<sup>(11)</sup>

La tecnología médica juega un papel importante en el cuidado de la salud de los pacientes y de las poblaciones. Los avances tecnológicos a los que hemos asistido en los últimos años han modificado por completo el panorama de la atención clínica y las posibilidades de intervención en salud pública. El rápido proceso de innovación tecnológica, sin embargo, hace necesaria la utilización de técnicas de evaluación que analicen, con rapidez y precisión, el impacto potencial de las nuevas tecnologías.<sup>(12)</sup>

No es casual que la mayoría de los países estén aplicando o han iniciado la aplicación de estrategias de reforma de sus sistemas y servicios de salud, en busca de mayores niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.<sup>(13)</sup>

### **Evolución del concepto de Atención Primaria de Salud**

No existe una definición uniforme y aplicable universalmente de la APS. En el documento de Alma-Ata había ambigüedades, debido a que el concepto denotaba tanto un nivel de asistencia como un enfoque global de la política sanitaria y el suministro de los servicios. En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la APS se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial, mientras que en los países de ingresos bajos donde el acceso a la atención sanitaria sigue planteando retos importantes se considera más bien como una estrategia de todo el sistema.<sup>(14)</sup>

Las líneas neoliberales de acción estaban orientadas a que lo público fuera ineficaz y, por ende, descartado. Lo privado se convirtió en vitrina inalcanzable para muchos, en el dolor de quienes veían sucumbir seres queridos en medio de la desatención por carecer de medios económicos para costear asistencia y medicina o, incluso, el derecho a una muerte digna. Era la realidad de muchos países de América Latina.<sup>(15)</sup>

Ante esta situación, innumerables científicos plantearon: ¿Qué se puede hacer? Convengamos en tres principios generales. Primero: que toda persona, independientemente de su raza, credo, opinión política, de si es pobre o rica, de si vive en ciudades o zonas rurales, tiene derecho a la atención médica. Segundo: que toda la moderna tecnología médica debe estar al servicio de toda persona, incluidos el médico general, el especialista, el hospital, los laboratorios, la enfermería, la atención domiciliaria, etcétera. Tercero: que la prevención debe estar en el primer plano de toda actividad médica.

La nueva definición incorpora la atención médica y la rehabilitación como parte de la salud pública, sin considerar el tratamiento como parte de la prevención. Este último punto de vista era comúnmente aceptado en la primera

mitad del siglo XX, cuando el único enfoque disponible para el control de las enfermedades no infecciosas era el diagnóstico precoz y el tratamiento. Por este motivo, todos los médicos se convirtieron en practicantes de la medicina preventiva y así, surgió la necesidad de crear una disciplina independiente de salud pública fue socavada.

Sin embargo, la integración de la medicina preventiva y curativa ha demostrado ser una bendición a medias; los programas de detección precoz, han generado gastos enormes a cambio de unos beneficios modestos de manera relativa, y han demostrado ser valiosos solo para un número limitado de enfermedades. Más aún, la integración organizativa de los servicios de prevención y tratamiento han dado lugar, con demasiada frecuencia, a que se haga un énfasis excesivo en el tratamiento, sin que se haya logrado desarrollar las disciplinas de salud pública.<sup>(16,17)</sup>

En España y otros países con sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, los estudios deben centrarse en aquellas variables organizativas que apoyan la accesibilidad. El primer estudio relevante desarrollado en nuestro país consistió en una comparación de los modelos sanitarios de España y los EE.UU. para la población pediátrica y reveló que las menores tasas de hospitalización se relacionaban con una mayor accesibilidad y disponibilidad de APS.<sup>(18)</sup> Estos resultados coinciden con los referenciados en la bibliografía anglosajona.<sup>(19)</sup>

La APS representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad. Incluye como mínimo, educación relativa a los problemas de salud más comunes, métodos de prevención y formas de combatirlos, promoción del abasto de alimentos y nutrición adecuada, suministro adecuado de agua potable y sanidad básica, prevención y reducción de las enfermedades locales y endémicas, salud materno infantil, incluyendo la planificación familiar, inmunizaciones contra las principales enfermedades transmisibles, tratamiento apropiado para las enfermedades comunes y lesiones, y suministro de fármacos esenciales.<sup>(20)</sup>

Es la asistencia ambulatoria basada en los métodos y las tecnologías prácticas, fundamentadas desde la ciencia y aceptables por la sociedad, puesta al alcance de la comunidad y todos los sectores económicos, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente; que debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible, con un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación;<sup>(21)</sup> que tiene como objetivo la prevención de las enfermedades, así como alcanzar mejores niveles de salud y calidad de vida en la población y rehabilitarla cuando sea necesario, con una elevada preparación científica, humanista, ética y solidaria, sustentada en recursos humanos calificados y teniendo siempre en cuenta los elementos de la cultura del lugar donde se inserta para cumplir las funciones de atención médica integral, educativa, investigativa y gerencial, para de esta forma contribuir al desarrollo humano.

El concepto lleva implícita la salud individual y social, el ambiente saludable, la ruta individual de la salud, las políticas de salud desde un enfoque de género, entre otros. Por tanto, resulta muy difícil separar la salud de la esencia del hombre, y lograr identificar esa esencia es una tarea definitiva en estos tiempos.

### **La tecnología médica y su importancia**

Desde la segunda mitad del siglo XX, asistimos como atónitos testigos a un progreso científico tecnológico sin precedentes en todas las esferas de la sociedad. El área de las ciencias médicas no escapa al mismo, el impacto de las tecnologías de salud en la práctica médica, así como en la organización y prestación de los servicios puede calificarse sin temor a exagerar, como espectacular, al proporcionar la posibilidad de disponer de más y mejores métodos preventivos, de diagnóstico, terapéutico y rehabilitadores.

Las tecnologías apropiadas constituyen una forma diferente de ver la relación ciencia-tecnología-sociedad ya que se basa en la concepción de que el desarrollo tecnológico no es neutro, responde al desarrollo científico y ambos están condicionados por el contexto social, político, económico, cultural y ambiental donde se producen. Reconoce que cada sociedad cuenta con una tradición y una cultura tecnológica propia, donde se insertan las nuevas tecnologías encargadas de satisfacer sus necesidades a partir de un proceso creativo de participación y capacitación.<sup>(22)</sup>

Los efectos de las tecnologías apropiadas de la salud no se limitan a aliviar o curar, van mucho más allá y afectan a todos los aspectos de la vida y las relaciones humanas. Las tecnologías sanitarias se encuentran indisolublemente relacionadas con el sistema de valores existente en la sociedad y por su incidencia en la dinámica de las relaciones sociales, alcanzan un poder no superado por ninguna otra tecnología.<sup>(23)</sup>

Sin dudas el análisis de apropiabilidad de una tecnología sanitaria es uno de los aspectos de la evaluación técnica que mayor complejidad expresa y a la vez uno de los más atractivos y estimulantes.

En Cuba, dada la voluntad gubernamental de extender al municipio los servicios de salud y que sus instituciones cuenten con todo el apoyo científico y tecnológico necesario para un servicio de excelencia, citado en los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución,<sup>(24)</sup> la APS ha estado recibiendo en los últimos años un número de equipos que deben y tienen que redundar en una mejor atención al paciente.

Una de las perspectivas en que debe ser analizado el pensamiento médico ligado a las nuevas tecnologías en las Áreas de Salud, es la de los profesionales en sí, aquellos que hacen el uso de los servicios. La ecocardiografía, la ultrasonografía, los servicios de endoscopia, entre otras tecnologías, han abierto el camino en el difícil arte del diagnóstico de las enfermedades, ampliando de manera considerable el diapasón de los conocimientos que se supone debe abarcar un profesional de la salud. Lo anterior

es, sin dudas, una de las ventajas de la extensión de estos medios al municipio.

Sin embargo, es un proceso que, en alguna medida, entraña dificultades. En algunas ocasiones el médico se abstiene de examinar al paciente con rigor científico, ¿para qué?, si le puedo indicar un ultrasonido. La auscultación cardiovascular, por ejemplo, que en ocasiones deviene en diagnóstico de enfermedades valvulares, es sustituida con frecuencia por la ecocardiografía.

Por otra parte, la variable cultural se entrecruza más y más y la cultura médica de nuestros pacientes está de plácemes. Con seguridad llegan a la consulta y piden/exigen un ultrasonido o cualquier otro estudio. Argumentos sobran para asegurar que el proceso de inserción de la ciencia y la tecnología se proyectan a escala de la sociedad toda, y la cultura médica de la población no deja de ser una manifestación del cruzamiento de una nueva variable, la social, en este problema.

Para el profesional que labora en la APS, es obligada la preparación para asumir la inserción de las nuevas tecnologías, incluso es un reto, pero ello no debe implicar ni un solo paso de retroceso en la humanización de los servicios médicos. La APS debe ser polivalente, resolutive y competente para dar respuesta a los pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios.<sup>(25)</sup>

### **Estrategia de APS**

Un ejemplo interesante de todo lo planteado en la literatura revisada lo constituye hoy la experiencia que está viviendo la República Bolivariana de Venezuela.

En 1999, se inició en Venezuela un proceso de transición política, jurídica, económica y social, con el propósito de poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo en el que se fortalezca el sistema democrático, se logre una sociedad más justa y se consolide una economía diversificada y eficiente en medio de la globalización.

La carta Magna de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83, proclama la salud como parte del derecho a la vida. Este marco legal le permitió al gobierno bolivariano poner en marcha la creación de un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, regido por los principios de la gratuidad, la universalidad, la integridad, la equidad, la integración social y la solidaridad.<sup>(26)</sup>

El 16 de abril del 2003, coincidiendo con el aniversario 25 de la conferencia de Alma Ata, arriba a Caracas una brigada constituida por 58 especialistas de Medicina General Integral (MGI), cubanos con experiencia en colaboración médica internacionalista, con la misión de prestar servicios de salud a una población desasistida, sumida en un abandono total, por un sistema capitalista neoliberal y excluyente.<sup>(27)</sup>

El Sistema de Salud que se viene construyendo en la República Bolivariana de Venezuela a través de la misión "Barrio Adentro", se inicia en puntos de consultas



improvisados en los cerros del municipio Libertador de Caracas. La experiencia se fue diseminando de manera rápida a todo lo largo y ancho del país, complementada meses más tarde con servicios de óptica, optometría y clínicas estomatológicas que fueron conformado el Sub-Sistema de Barrio Adentro I.<sup>(28)</sup>

Al inicio, estos profesionales se dedicaron a la atención integral de la salud de la población y desarrollaron el trabajo comunitario y la participación social, logrando un impacto social y político sin precedentes en la historia de la salud pública de este país.<sup>(29)</sup>

Para el año 2005 se hacía necesario aumentar el poder resolutivo del Médico de Familia. Surge entonces la idea de crear otras unidades con medios diagnósticos y terapéuticos que complementaran el accionar del más estratégico de nuestros recursos, el humano. Aparece así el Sub-Sistema Barrio Adentro II, conformado por los centros de diagnósticos integrales, la sala de rehabilitación integral y los centros de alta tecnología, que facilitaron la correcta aplicación del método clínico, epidemiológico y social promovido en Alma Ata.

Con currículum pertinentes, sustentados en los conceptos avanzados de la pedagogía moderna, se implementaron los programas de formación de pregrado y posgrado para los profesionales y los técnicos cubanos y venezolanos, desde una perspectiva holística, generalista, preparados para promover la salud, prevenir las enfermedades y tratar y resolver los problemas identificados en el barrio; formados en los mismos escenarios donde desplegarán su práctica profesional una vez graduados y teniendo como profesor al médico cubano especialista en MGI. Se consolidaba así el Subsistema de Formación de Recursos Humanos.<sup>(30)</sup>

El nivel de complejidad que iba adquiriendo la misión, con la incorporación de los nuevos servicios, generó la necesidad de realizar un reordenamiento de los recursos humanos y surge así el Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC).<sup>(30)</sup>

Para responder a las demandas cada vez más crecientes de la población y de los servicios prestados por la Misión, que se fortalecía bajo la presión de los opositores políticos,

se decide construir un centro de alta tecnología (CAT) en el municipio cabecera de cada Estado, en los que se prestaran servicios profesionales altamente calificados con la utilización de la tecnología necesaria para el diagnóstico precoz de múltiples enfermedades, así como un Centro Oftalmológico que garantizara la recuperación de la visión mediante la cirugía.<sup>(31)</sup> Con esta estructura, la Misión logró integrar los procesos asistenciales, docentes e investigativos desarrollados en el marco de la APS, y se propuso lograr la modificación de los principales indicadores que se traducen en el desarrollo humano para el pueblo venezolano.

El nivel de actuación profesional del especialista de Medicina General Integral ha estado condicionado a la disponibilidad de los medios diagnósticos y terapéuticos que ponen freno a las potencialidades de este médico, capaz de ver la comunidad como un sistema complejo, protagonista indiscutible del nuevo paradigma en salud que debe regir en el mundo en los próximos años.<sup>(32)</sup>

En esta estrategia de APS el profesional tiene a su disposición un arsenal diagnóstico y terapéutico con una tecnología de punta y centros especializados de atención que profundizan en el conocimiento científico y el poder resolutivo de este recurso humano a niveles insospechado.

### CONCLUSIONES

La cultura de las tecnologías apropiadas en la APS expresa una nueva concepción del quehacer tecnológico en este sector. Constituye la parte medular del nuevo paradigma sanitario y está determinado por los valores en ella existentes y la capacidad tecnológica sanitaria. Se impone como un nuevo estilo de actuación ante el impetuoso y, en ocasiones incontrolable, desarrollo de las tecnologías de la salud, que contempla no solo los equipos, los instrumentos y los procedimientos terapéuticos, sino también, los conocimientos, las habilidades y los valores de los profesionales de la salud.

Para que la estrategia de la Atención Primaria de Salud sea efectiva, debe garantizarse la integración organizativa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, y esto se pone de manifiesto en La Misión Médica Cubana "Barrio Adentro", en La República Bolivariana de Venezuela.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial De La Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. OMS; 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS; 2008.
3. Robert Parkerson G. La contribución del médico de familia al desempeño de los sistemas y servicios de salud en la Región de las Américas. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS; 2002.
4. Geovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: Concepciones, componentes y desafíos. Rio de Janeiro. Saude debate 2015; 39(105) p 300-322.
5. EireaEiras C, Ortún Rubio V. Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS. GacSanit 2012; 26(1):102-6.
6. Ministerio de Salud Pública. Colectivo nacional de carrera. Plan D para la carrera de medicina 2016.
7. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro J C, García Núñez R D, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua L A, et al. Medicina general integral. Volumen I: Salud y medicina 3ra ed. La Habana: ECIMED; 2014.

8. Organización Mundial de la Salud. De Alma \_Ata al Año 2000. Ginebra: OMS; 1991
9. Bustamante F. Presentación APS[Internet]. 2015 [citado 21 dic 2017]. Disponible en: [https://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_docman&view=document&slug=4-presentacion-aps-2015-francisco-bustamante&layout=default&alias=1699-4-presentacion-aps-2015-francisco-bustamante&category\\_slug=carrera-de-pregrado-en-medicina&Itemid=364](https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=document&slug=4-presentacion-aps-2015-francisco-bustamante&layout=default&alias=1699-4-presentacion-aps-2015-francisco-bustamante&category_slug=carrera-de-pregrado-en-medicina&Itemid=364)
10. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. En CD de la Maestría de Salud Pública. ENSAP; 2006.
11. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro J C, García Núñez R D, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua L A, et al. Medicina general integral. Volumen III: Salud y medicina 3ra ed. La Habana: ECIMED; 2014.
12. Mansilla C. A. Hacia una mejor Atención Primaria de Salud: Aspectos críticos de una buena gestión. Santiago de Chile: 2013.
13. Arias NL, Villa NP. Implementación Estrategias de Atención Primaria en salud. Municipio de Santiago de Cali [Internet]. 2015 [citado 21 de dic. 2017]. Disponible en: [www.cali.gov.co/salud/descargar.php?id=43056](http://www.cali.gov.co/salud/descargar.php?id=43056)
14. Rojas Ochoa Francisco. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 21 de dic 2017]; 19(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es).
15. González-Poso C. Décadas de reestructuración neoliberal y la búsqueda de alternativas. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1997.
16. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. Cuba. 1999-2001:3-21.
17. Justiz R, Rojas Ochoa F, Reyes M. La atención primaria ambiental al servicio del desarrollo humano. RESUMED; 1999; 12(3): 131-5.
18. Maya Jariego I, Holgado D, Santolaya F, Gavilán J, Ramos I. Comunidades preparadas para la salud. Preparación comunitaria y práctica profesional de los trabajadores sociales de Atención Primaria en Andalucía. Madrid: Bubok; 2010.
19. Cross Organizational Team. Hacia un modelo de atención integral de salud basado en la atención primaria de salud. Washington; 2012.
20. Anderson M.I, Moral M, Cuadrado M.S, Meoño T.M, Minué S, Donato R, et al. Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. Brasil; 2016; 11 (2):26-36.
21. Departamento de salud. Municipalidad de recoleta. Plan de salud 2017 [Internet]. 2016 [citado 21 de dic 2017]; Disponible en: <http://www.recoleta.cl/wp-content/uploads/2017/06/PLAN-SALUD-2017.pdf>.
22. Ávalos García M. I. Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. La Habana: Secretaría de salud; 2010.
23. Bol med hospit infant mex. Indicadores de calidad en atención primaria de salud, desafíos actuales y más allá. México; 2015: 72 (4). 223-224.
24. Tabloide I, Documentos del 7mo. Congreso del Partido, lineamientos 98, 102, 104, 115, 127, 130, aprobados por el III Pleno del Comité Central del PCC el 18 de mayo de 2017 y respaldados por la Asamblea Nacional del Poder Popular el 1 de junio de 2017, Ed. UEB Gráfica Villa Clara, Empresa de Periódicos, 2017.
25. González Rodríguez R, Cardentey García J. Las Tecnologías de la información y las comunicaciones en la Atención primaria de salud. Rev. Hab cien méd [Internet]. 2016 [citado 21 dic 2017]; 15(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000400017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400017)
26. Reyes Milián P.E, Peláez Martínez R.v, Pacheco limonta E. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en ancianos diagnosticados de hipertensión arterial en el Consultorio Médico Popular "Las Flores". República Bolivariana de Venezuela [Internet]. 2016 [citado 21 dic 2017]. Disponible en: [www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/viewFile/486/945](http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/viewFile/486/945)
27. Colección Temas de Hoy. Misión Milagros. Convenio solidario. Primera edición. Octubre 2004.
28. Más Bermejo P. Evaluación de tecnologías para preservar la salud. Una perspectiva desde la regulación sanitaria. Experiencia de Cuba. CD Biblioteca Virtual para Formación postgraduada de Directivos del sector salud. Versión 2004.
29. Hermansanz Iglesias F, Gervas Camacho J, Clavería Fontán Ana. Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS. GacSanit. 2012; 26(1):162-4.
30. Mojena Milián B, AIN. Doce años ya de Misión Barrio Adentro Salud en Venezuela [Internet]. 2016 [citado 21 dic 2017]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2015-04-16/doce-anos-ya-de-mision-barrio-adentro-salud-en-venezuela>
31. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Barrio Adentro es referencia mundial en atención primaria en salud. OPS [Internet]. 2006 [citado 21 dic 2017]. Disponible en: [www.cubadebate.cu/etiqueta/mision-barrio-adentro/2014](http://www.cubadebate.cu/etiqueta/mision-barrio-adentro/2014).
32. OPS/OMS Venezuela. Ampliación 100% cobertura en la atención primaria de salud (APS) [Internet]. 2016-2017 [citado 21 dic 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/ven/index.php?option=com\\_content&view=article&id=191:ampliacion-100-cobertura-en-la-atencion-primaria-de-salud-aps-2016-2017&Itemid=212](http://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=191:ampliacion-100-cobertura-en-la-atencion-primaria-de-salud-aps-2016-2017&Itemid=212)

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Contribución a la teoría:** Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

**Dirección para la correspondencia:** Dra. Tamara Torres Fernández, MSc. Escuela Latinoamericana de Medicina, Carretera Panamericana, km 3 ½, Santa Fe, Playa, La Habana. Cuba.

**Correo electrónico:** [ttorresf@infomed.sld.cu](mailto:ttorresf@infomed.sld.cu)

Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 4.0

