



SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 1

Sistemas de Salud basados en la Atención
Primaria de Salud

*Estrategias para el desarrollo de los
equipos de APS*



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Organización Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 1

Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud

*Estrategias para el desarrollo de los
equipos de APS*

60 años

Organización Mundial de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

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

ISBN 978-92-75-33262-7 - Electrónico

978-92-75-32931-3 – Impreso

I. Título

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2. SERVICIOS DE SALUD

3. EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN INSTITUCIONAL

4. COMPETENCIA DIRIGIDA – normas

5. PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD

6. EDUCACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS – Organización y Administración

(NLM WA 546.1)

Este documento es producto de un proceso de trabajo y validación realizado bajo la coordinación de los Dres. Carmen Nebot y Carlos Rosales del Área de Sistemas y Servicios de Salud con la participación de Rosa María Borrell, Armando Güemes y José Ruales. El proceso de definición de las competencias de los equipos de Atención Primaria en Salud, contó con la participación de expertos de la Región de las Américas de Canadá, USA, Brasil, Cuba, Costa Rica y Honduras

© Organización Panamericana de la Salud 2008

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden exclusivamente los autores.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción / Antecedentes	7
2. Los equipos de APS	10
Los equipos como unidad básica de trabajo	10
El equipo multidisciplinar	10
Interdisciplinariedad	11
Transdisciplinariedad	11
El trabajo en equipo	11
Equipos de Salud	12
La composición de los equipos en APS	12
3. Atención Primaria de Salud (APS)	14
Renovar la APS	14
Sistemas de Salud basados en la APS	15
Elementos esenciales	16
4. Definición de competencias para los equipos de APS	20
¿Por qué las competencias?	20
Concepto de competencias	20
Clasificación de las competencias	21
Competencias genéricas	21
Competencias específicas	25
Competencia nística	25
Matriz de competencias para los equipos de APS	26
5. Anexo I: Glosario de Términos	34
6. Referencias	41

INTRODUCCIÓN / ANTECEDENTES

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

La propuesta de la OPS para la renovación de APS se inició a partir de la Resolución ¹ [CD44.R6](#) de septiembre de 2003, en la que se invita a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. Además insta a la OPS a tener en cuenta los principios de la APS en las actividades de los programas de cooperación técnica, esencialmente los relacionados con los ODM; evaluar diferentes sistemas basados en la APS e identificar y diseminar las mejores prácticas; concurrir en la capacitación de trabajadores de la salud para la APS; apoyar modelos de APS definidos a nivel local. En respuesta al mandato anterior, la OPS/OMS estableció en mayo 2004 el Grupo de Trabajo (GT) sobre APS para que hiciera sugerencias sobre las futuras orientaciones estratégicas y programáticas en APS; dicho proceso es liderado desde la oficina de la Directora Adjunta (AD) y coordinado por la unidad de Organización de Servicios, del área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS/OS). El primer objetivo del GT fue la realización del documento de posición en APS, elaborado sobre el legado de Alma Ata, las lecciones aprendidas en APS y las experiencias extraídas de los procesos de reforma. El documento de posición se vio enriquecido por los comentarios y sugerencias de expertos de todos los países de la Región así como de especialistas internacionales. En julio 2005 se celebró la Consulta Regional de Montevideo, Uruguay, que contó con la participación de representantes de 30 países, de la que emergió el borrador de la Declaración Regional sobre APS. El 29 de septiembre de 2005, el [46º Consejo Directivo](#)² ratificó la Declaración Regional. En el documento de posición sobre la Renovación de la APS definen las consecuencias para el recurso humano en el diseño de un Sistema de Salud Basado en la APS:

- La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales entrenados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo con las necesidades de la población.
- El entrenamiento de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y ser sostenible.
- Deben desarrollarse políticas sobre calidad de desempeño del personal.



- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a una labor específica.
- Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
- Las políticas deben apoyar el abordaje multidisciplinario de la atención integral.
- La definición de trabajador de salud debe incluir, a quienes trabajan en los sistemas de información, gerencia y administración de servicios.

Paralelamente, bajo la coordinación de la unidad de Recursos Humanos (HSS/HR) se celebró en Toronto, Canadá, la [VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, del 5 al 7 de octubre de 2005](#)³. En dicha reunión se realizó el llamado a la acción de Toronto que plantea cinco grandes desafíos:

- Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población³.

Estos cinco desafíos están directamente asociados con la estrategia de APS y con el desarrollo de los equipos en los diferentes ámbitos de los sistemas y servicios de salud, por lo que se identifica como necesario el trabajo conjunto entre las áreas de recursos humanos y servicios de salud, de la OPS, para el abordaje de la organización, estructura y perfiles de actuación de los equipos de APS.

Desde esta perspectiva integral, las unidades de THS/OS y HSS/HR iniciaron un proceso de trabajo conjunto que se concretó en el Taller sobre Desarrollo de Equipos de APS realizado en Costa Rica en el 2005 y que generó una primera aproximación de un proyecto conjunto.

En el transcurso de dicha actividad se identificó como tema crítico el desarrollo de las competencias de los equipos de APS en los sistemas y servicios de salud abordados desde el enfoque de la gestión de recursos humanos.



Esta propuesta de definición de competencias se sometió a consideración de un grupo de expertos en un taller realizado en Honduras en junio del 2006 en el que se dió un primer paso en la definición de las competencias básicas de los equipos de APS y se inició la construcción de un proceso de capacitación en el ámbito regional para incrementar la capacidad de respuesta de los equipos de APS.

En el marco del *"II Seminario Internacional de Atención Primaria – Salud de la Familia"* celebrado en Fortaleza (Brasil) los días 5 y 6 de septiembre del 2006, se desarrolló una reunión de expertos sobre competencias de los equipos multidisciplinares de APS, que contemplo los siguientes objetivos:

- Presentar los avances en el desarrollo de la Iniciativa Regional de fortalecimiento de competencias de los equipos de Atención Primaria en Salud (APS).
- Analizar la propuesta de las competencias básicas de los equipos de APS.
- Establecer las bases para el desarrollo de un proyecto de fortalecimiento de las capacidades de los equipos de APS
- Definir estrategias específicas para su implementación en la Región de las Américas.

El presente documento es el producto de la mencionada reunión.



LOS EQUIPOS DE APS

Los equipos como unidad básica de trabajo

El equipo es una forma particular de organización del trabajo y no un tema que pueda aprenderse en un curso. En el sector salud como en otros, se han utilizado actividades puntuales de capacitación para generar la consolidación de un equipo de trabajo. Este tipo de intervención puede aportar conocimientos, pero no puede reemplazar el desarrollo de actitudes para el trabajo en equipo. Las actitudes sólo pueden cambiar en la práctica, en la vivencia laboral, en la interacción de trabajo con los compañeros, no en espacios hipotéticos.⁴

Para que un grupo se constituya en equipo son importantes las siguientes condiciones:

- El desempeño es el objetivo principal, el equipo sigue siendo un medio no el fin.
- La creación de una ética de desempeño del equipo por parte de los gerentes fortalece el trabajo de los propios equipos.
- Existe una tendencia cultural hacia el individualismo que no debería entorpecer el desempeño del equipo.
- La disciplina dentro del equipo y la organización crea las condiciones para el desempeño del equipo.
- El desempeño del equipo esta asociado con la calidad y la integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la salud.
- El equipo cuenta con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones que le permite interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas.⁴

Se han identificado tres conceptos diferentes sobre trabajo en equipo, cada uno de ellos destacando sus resultados y las relaciones entre sus disciplinas.

- Equipo multidisciplinar
- Equipo interdisciplinar
- Equipo transdisciplinar

El equipo multidisciplinar

Los nuevos conceptos de organización del trabajo descrito por la mayoría de los autores están basados en la actividad de equipo. El equipo se define como:



- Número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables. ^{5,6}
- El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales. ⁷
- Aunque el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo. ^{4,8}

Interdisciplinariedad

La disciplina se constituye en un conjunto de técnicas, basadas en una teoría o imagen del mundo, cuya práctica exige estudio y concentración y se enfoca hacia una parte de la realidad; la interdisciplina hace referencia a las formas en que interactúan las diferentes disciplinas entre sí y que se convierten en el objeto de la interdisciplinariedad. ^{9,10}

Transdisciplinariedad

La transdisciplinariedad ocurre cuando varias disciplinas interactúan mediante la adopción de alguna o algunas disciplinas o de otros recursos como las lenguas y la lingüística, que operan como nexos analíticos. Por ejemplo, la lógica, la matemática y varias más. A la disciplina que se le adopte se le denomina disciplina, ciencia diagonal o transdisciplina". ¹¹

El trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud en el contexto de un nuevo modelo de atención.

Las características del trabajo en equipo incluyen la **autonomía relativa** de cada tipo profesional (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno); la **interdependencia** entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones; la **interdisciplinariedad**; la **horizontalidad**; la **flexibilidad**; la **creatividad**; la **interacción comunicativa**. ^{5,10}



Equipos de Salud

La constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical. ^{5,7,8,12,13,14}

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud. ^{4,5,8,13}

La composición de los equipos en APS

La composición de un equipo de atención primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. ¹³

Criterios de reconocimiento del trabajo en equipo¹³:

- Comunicación intrínseca del trabajo
- Proyecto asistencial común
- Diferencias técnicas entre trabajos especializados
- argumentación de la desigualdad de los trabajos especializados
- Especificidad de los trabajos especializados
- Flexibilidad en la división del trabajo
- Autonomía técnica de carácter independiente

Esta propuesta está caracterizada por la articulación a la propuesta de integralidad de las acciones de salud en los Sistemas basados en la APS. Esta articulación está dada por las situaciones de trabajo en que los miembros del equipo establecen correlaciones u coordinaciones con otros niveles y pone en evidencia las conexiones entre las diversas intervenciones en salud.



Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición.

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del EAP en la prestación de los servicios de salud. Como común denominador se encuentran presente en todos los casos mencionados el médico y la enfermera de la familia, a quienes se agregan, dentro de las particularidades de los sistemas de salud, otros profesionales que conforman los equipos de APS. Por ejemplo en Cuba ^{15,16,17}, en sus inicios el equipo estaba formado por médico y enfermera de la familia; la aparición de nuevas necesidades de salud y el afán de brindar servicios de calidad integrales e integrados llevó a la creación de los Grupos de Atención Integral a la Familia (GAIF), que incluyen dentista, trabajadora social, y algunas especialidades del segundo nivel de atención (Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia), además de la participación informal de los líderes comunitarios. En otras experiencias como en Brasil, ^{8,18} los equipos incorporan, además del médico y la enfermera, técnicos o auxiliares de enfermería, dentista y el agente comunitario, que es un cuidador comunitario con cierto grado de profesionalización y capacitación, contratado por el Sistema Único de Salud (SUS), ^{19,20} en Costa Rica, los equipos cuentan con auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de atención primaria y recientemente auxiliares de registros médicos. ^{21,22}

No hay pues, uniformidad en cuanto a la composición de los equipos de APS en el primer nivel de atención, si bien en general se considera una composición mínima a partir de médico (general, de familia, etc.), enfermera y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar, o de técnico comunitario, en función de las necesidades de la comunidad.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados 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 espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.”^{12,23}

Renovar la APS

“En los 25 años posteriores a Alma Ata, la región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, las brechas de inequidad en salud, cada vez más amplias y los Sistemas de Salud persistentemente sobrecargados, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro las posibilidades de progreso futuro hacia una mejor salud y desarrollo humano”.

*“Renovar la APS significa más que ajustarla simplemente a las realidades políticas de cada momento; reformar la atención primaria necesita de un examen crítico de su significado y de su propósito. Las encuestas que se han llevado a cabo con profesionales de la salud en las Américas confirman la importancia del enfoque de la APS; ellas también demuestran que los desacuerdos y los prejuicios acerca de la APS abundan, aún dentro de la región”.*²⁴

En general, las percepciones sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud abarcan diferentes categorías. En Europa y otros países industrializados la APS ha sido principalmente identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud para toda la población. Como tal, comúnmente se le conoce más como “atención primaria”. En el mundo en desarrollo la APS ha sido preponderantemente “selectiva”, concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas. Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque más integral y nacional de la APS, aunque algunos otros parecen estar evolucionando hacia enfoques más integrales y también se han venido dando muchas otras experiencias de escala menor a través de la región.

25

La renovación de la APS debe de contribuir a los esfuerzos que todos los países están realizando en los procesos de cambio para fortalecer los Sistemas de Salud y hacer realidad la consecución de los objetivos de salud (ODM, la iniciativa 3x5, etc.) globales, regionales, nacionales y locales, la OPS invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas es basar los Sistemas de Salud en la APS.



Sistemas de Salud basados en la APS

La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma Ata, pero se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y es aplicable a todos los países. Igualmente, descarta la idea de que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben de definirse de acuerdo a recursos disponibles, preferencias culturales y la evidencia.

Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio Desarrollo Nacional de Salud.

Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de **valores** esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; **principios** que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud; **elementos** que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios.





Fuente: Documento de Posición ²⁵

Elementos esenciales

Las competencias de los equipos deben estar acordes a los elementos esenciales que definen los Sistemas de Salud Basados en la APS, y por tanto, deben permitir dar respuesta a las situaciones planteadas en las siguientes áreas:

ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL

Desde la perspectiva de la APS el acceso universal es la eliminación de barreras geográficas, financieras, socioculturales, organizacionales, de género y estructurales para la participación dentro del sistema de salud y/o la utilización de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad.^{26,27,28}

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.^{25,29}

La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel meramente administrativo. Por tanto definimos la coordinación como una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales.³⁰

ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención.^{25,29,31}

ATENCIÓN APROPIADA

La atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad.²⁵

Un aspecto importante a tener en cuenta la hora de hablar acerca de atención apropiada, es la calidad. Esta es el grado en que, teniendo en consideración los conocimientos actuales acerca de la distribución, la identificación, el diagnóstico y el manejo de los problemas y los aspectos relacionados con la salud, las necesidades de salud, tanto actuales como potenciales, quedan cubiertas de una manera adecuada por los servicios de salud.³⁰ Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización (balance entre los costos y los efectos de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad; con lo cual queda integrado la calidad técnica de los servicios brindados y la satisfacción del usuario.



Aunque la definición de calidad siempre ha sido compleja, podríamos definirla como la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud; la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible, en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo, que permiten la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico.^{25,32,33}

ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

Significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.^{25,29}

MECANISMOS ACTIVOS DE PARTICIPACIÓN

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del EAP y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el auto cuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.^{25,34,35}

MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

Es de gran importancia el dominio del Marco legal e institucional, el cual está relacionado con el conocimiento de políticas, planes y programas del sector de la salud; así como las normas y regulaciones legales existentes, vinculados con el quehacer y el desempeño técnico-profesional de los miembros del equipo.

Muchas veces las regulaciones de ámbito nacional limitan el desarrollo del trabajo en equipo.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN ÓPTIMAS

Las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la APS requiere de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan al equipo desempeñar sus funciones específicas en la toma de decisiones. En términos de sus actividades operativas, los EAP requieren de buenas prácticas de gestión que faciliten a mejorar la organización y la provisión de atención, de forma tal que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos a sus miembros y responda a las necesidades de salud de la comunidad.²⁵



POLÍTICAS Y PROGRAMAS PRO EQUIDAD

Se debe estimular dentro de los miembros del EAP, el conocimiento de políticas y programas pro-equidad con el fin de contribuir a disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades y asegurarse que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto en la provisión de los servicios de salud.²⁵

PRIMER CONTACTO

Es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud y que este punto de entrada debe ser útil y accesible.³⁰

La APS constituye la puerta de entrada al sistema de salud y de los servicios sociales, donde se da respuesta a las necesidades de salud. Un Sistema basado en la APS viene a fortalecer el primer nivel de atención, a pesar de que su estructura y funcionamiento es más compleja.²⁹

RECURSOS HUMANOS APROPIADOS

En este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios (EAP): a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño. Para lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión en capacitación, empleo e incentivos; así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud ya existente.^{25,36}

RECURSOS ADECUADOS Y SOSTENIBLES

Los recursos han de ser los apropiados para las necesidades de salud, deben de ser determinados por un análisis de la situación de salud fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos, así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral de alta calidad. Los recursos deben ser suficientes para lograr el acceso y cobertura universal, teniendo en cuenta que la disponibilidad estos puede variar de acuerdo a los países.²⁵

ACCIONES INTERSECTORIALES

Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes.²⁹



DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS PARA LOS EQUIPOS DE APS

¿Por qué las competencias?

Los cambios sistémicos realizados en los servicios de salud han implicado profundas transformaciones en los modelos y prácticas de gestión y en los modelos de atención que necesariamente modificaron el panorama laboral. Desde el punto de vista de los requerimientos de desempeño, en los diversos niveles de decisión y atención, se han generado nuevas competencias.

Uno de los elementos definitorios de una perspectiva de la educación permanente es la orientación programática hacia y desde el trabajo cotidiano, la programación desde la realidad laboral de la atención de la salud y la orientación a la mejora del desempeño utilizando como mediación el enfoque de competencias laborales.

Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación.

Las competencias tienen que ver en este caso con una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos.³⁷

Concepto de competencias

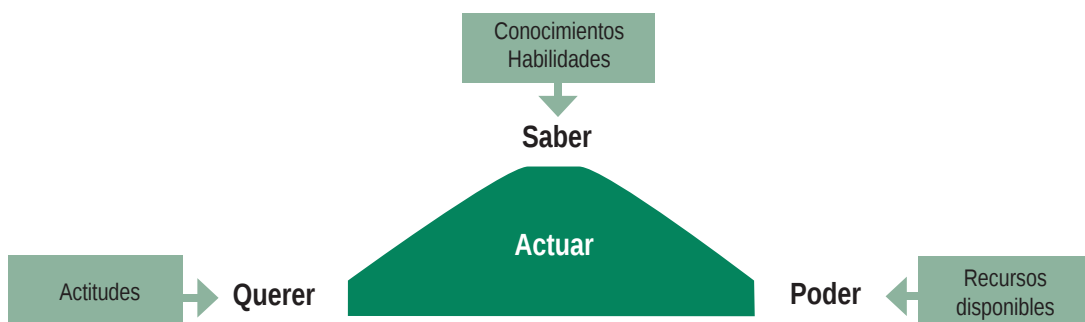
La definición de competencias se considera un requisito indispensable para lograr el mejor desempeño del trabajo en los diferentes contextos laborales.³⁷

Del análisis de la bibliografía consultada se desprende que las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole.^{37,38,39,40,41,42,43,44,}

45,46,47,48,49

El desempeño exitoso y las buenas prácticas son comportamientos observables si se actúa con competencia, para lo que es necesario tener conocimientos (saber), habilidad para poner en práctica los conocimientos (saber hacer), estar motivado y tener actitud (querer hacer) y disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer).





Clasificación de las competencias

- Genéricas
- Específicas
- Humanísticas

Competencias genéricas

Su existencia es fundamental para el adecuado cumplimiento o desarrollo de las tareas del equipo, son **comunes y compartidas** a todos los miembros del equipo y son las que permiten que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo.^{46,50,51}

Dentro de las competencias genéricas abordaremos: la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

COMUNICACIÓN

La comunicación es considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del equipo de APS tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo.

La comunicación habitual en el primer nivel de atención, se produce en la consulta donde se atienden personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural, por lo que debe existir una capacidad de razonamiento adecuado para distinguir aquellas situaciones más complejas de gravedad, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida.

La comunicación eficaz es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejoran:

- La satisfacción del individuo.
- Su comprensión
- Su adherencia terapéutica
- La comunicación es un mecanismo para interactuar con la comunidad, además facilita la participación comunitaria
- Resolución de conflictos entre los miembros del equipo
- Los resultados de salud en términos generales de la asistencia ⁴⁵

En otros aspectos, la comunicación entre los miembros del equipo y el individuo es un elemento que ayuda al alcance del desempeño.

MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Los sistemas de información de salud responden a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención y de asistencia sanitaria.²⁹ La OMS en 1973 lo definió como un “mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia”.⁴⁰

Utilidad de la información en APS:

- Atención clínica individual/de grupos
- Planificación
- Gestión de centros y servicios
- Evaluación y control de la calidad
- Formación
- Investigación
- Requerimientos legales

La información necesaria se puede clasificar en tres tipos, clínica, epidemiológica y administrativa.

Información Clínica

Para que la información permita identificar grupos de riesgos y facilite la toma de decisiones clínicas se requieren algunos documentos básicos: la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta. Esto no significa que sean los únicos, ya que existen otros que también se utilizan con frecuencia en la APS y que complementan de alguna forma los anteriores (hojas de interconsultas-derivación al nivel secundario de atención, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnósticas, entre otras).¹²



El manejo de información requiere ciertas habilidades, como la de conocer los sistemas de información de salud, y más específicamente el manejo de registros e indicadores ya sea para la toma de decisiones o para investigación.⁵²

Información epidemiológica

Existen cuatro aplicaciones fundamentales de la Epidemiología en APS: (a) analizar la situación de salud de la comunidad, (b) investigar los factores de riesgo de una enfermedad, (c) evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias y (d) evaluar la utilidad de las pruebas diagnósticas.^{12,53}

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se cataloga como la primera actividad que debe realizar el equipo de APS en la comunidad, con el objetivo de medir el estado salud de su población, identificar los problemas de salud y cuales son los grupos de población más afectado para posteriormente plantear un plan de acción que permita actuar según prioridades.¹²

Información administrativa

La información administrativa esta relacionada con la planificación, el suministro de los servicios de salud, la evaluación de los servicios respecto a las poblaciones a los que van dirigidos y el conocimiento básico en que descansa la mejora de la provisión sanitaria. Las funciones administrativas tradicionales requieren de la obtención y transferencia de información para seguir la evolución de los procesos de prestación de los servicios de salud.³⁰

GESTIÓN DE RECURSOS

La gestión de recursos tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación del problema específico que los equipos enfrentan y poder determinar de forma racional cuales son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada, incluyendo recursos del primer nivel, de otros niveles de salud o incluso de otros sectores, como puede ser por ejemplo el social. Se determinan a partir del ASIS y la priorización de problemas.

SALUD PÚBLICA Y SUS FUNCIONES ESENCIALES

La salud pública es el componente de los sistemas de salud que persigue mejorar, proteger o mantener la salud de las poblaciones. Para fortalecer la salud pública se debe profundizar en la coherencia de sus objetivos, así como apoyarse en un conjunto de profesionales que demuestren una suficiencia en el ejercicio de las competencias necesarias para la realización de las funciones esenciales de salud pública (FESP).⁵⁴

Funciones esenciales de Salud Pública

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud publica, investigación y control de riesgos y daños a la salud publica.
3. Promoción de la salud.



4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción de impacto de las emergencias y desastres en salud

Las FESP son las competencias preeminentes de la Autoridad Sanitaria nacional (ASN) en materia de salud pública. Los equipos de APS son parte de la ASN en los niveles locales, por lo que deben de tener conocimientos sobre el contenido de las FESP, asumir la responsabilidad en la conducción la prevención y promoción, garantizando el acceso, la calidad y orientación de los servicios de salud individuales y colectivos.⁵⁵

La identificación de las competencias, requieren de un marco referencial dado por una clasificación, que permita de manera funcional dar el paso de las FESP a las competencias, una clasificación propuesta:

Competencia básica

Es aquella que proporciona la comprensión fundamental de lo que es y para qué es la salud pública. Deben dominarla todos los trabajadores de la salud pública.

Competencia Transversal

Es la que aporta conocimientos generales y específicos, aptitudes y destrezas en áreas que permitan el desempeño de una o más funciones. Deben dominarla varias categorías de profesionales y técnicos de la salud pública, según la responsabilidad de cada uno.

Competencia crítica

Es la que proporciona conocimientos técnicos, aptitudes y destrezas necesarias para desempeñarse en el cumplimiento de una función esencial, programa o área determinada de aplicación. Se estructura a partir de las dos categorías anteriores. Deben dominarla determinados equipos de trabajo, responsables de determinada función esencial.

El desempeño satisfactorio de una o más funciones esenciales se basa en el dominio de la combinación de las tres categorías de competencias.⁵⁶



Competencias específicas

Las competencias específicas son propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, ligadas a los procesos y aportaciones individuales y colectivas dependientes de los conocimientos y habilidades. Son inherentes a cada profesión y predominan los aspectos técnicos.^{37,41}

Competencia humanística

La competencia humanística se refiere al conjunto de valores éticos que se forman en el profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos. Esta relacionada con el ejercicio profesional y su responsabilidad social ante la comunidad (ética profesional).⁵⁵

Matriz de competencias para los equipos de APS

La renovación de la APS propone como mecanismo fundamental para la reorientación de los Sistemas de Salud que estos estén basados en la APS, fundamentados en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales.

Los valores esenciales del Sistema de Salud deben de ser reflejo de los valores de la sociedad en general como son:

- El derecho al nivel de salud más alto posible
- La equidad en salud.
- La solidaridad.

Estos valores son los que deben de determinar las motivaciones y aptitudes que deben de ser propias de los equipos de APS y que son necesarias junto con los conocimientos y habilidades para lograr un desempeño exitoso.

Los elementos se entrelazan entre si formando parte de todos los niveles de atención y gerenciales del Sistema de Salud. Estos elementos, definidos en el documento de posición de la OPS sobre la renovación de la APS, han supuesto el punto de partida en la elaboración de la matriz de competencias para los equipos de APS.

- Para cada uno de los elementos se ha identificado la función más sustancial a desarrollar por los equipos.
- Para cada función se han definido competencias (conocimientos y habilidades) específicas que permitan el mejor desempeño en el ejercicio de la función.

La matriz conteniendo los elementos, funciones y competencias (conocimientos y habilidades) se encuentra a continuación:



Matriz de Competencias para los Equipos de APS

Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias	
		Conocimientos	Habilidades para:
1. Acceso y cobertura universal	Eliminar barreras de acceso	• Identificar las barreras de acceso: ✓ Geográficas ✓ Económicas ✓ Organizacionales ✓ Socioculturales ✓ De género, étnicas, etarias, grupos sociales • Reconocer y analizar los actores para el diálogo social de la comunidad. • Conocer estrategias que permitan extender la protección social en salud hacia una cobertura universal. • Accesibilidad organizacional (emergencias)	• Identificar las poblaciones que tienen barreras de acceso. • Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura. • Interactuar, facilitar el diálogo, negociar y lograr consensos para eliminar barreras y reducir las inequidades.
		• Conocer conceptos básicos sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. • Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en la comunidad. • Conocer las técnicas y procedimientos para la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. • Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural. • Conocer la red funcional de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para todos sus niveles de atención. • Conocer el ciclo vital individual y familiar. • Conocer concepto básico sobre atención continuada. • Conocer las políticas alternativas de cuidado de la salud.	• Captar necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia. • Ampliar la capacidad de resolutivez en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad. • Aplicar los conocimientos de cada disciplina (campos del saber), para el abordaje del ciclo vital individual y familiar y utilizar adecuadamente las evidencias para resolver los problemas • Promover en la comunidad el autocuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes. • Promover en la comunidad el autocuidado de la salud.
2. Atención Integral e integrada	Proporcionar atención integral e integrada a la población. Longitudinalidad		

3. Énfasis en promoción y prevención de la salud	Promoción de la salud y prevención de las enfermedades	• Conocer la situación de salud de la comunidad, su distribución y sus determinantes. • Conocer conceptos básicos y diferencias sobre la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud. • Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.	• Aplicar las estrategias de promoción y prevención de la enfermedad con base en la evidencia. • Facilitar el aprendizaje conjunto del equipo de salud y la comunidad. • Establecer compromisos y/o alianzas intersectoriales para la producción social de la salud. • Participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con otros componentes del sistema de salud y otros actores. • Diseñar programas locales de promoción y prevención basadas en las necesidades de su comunidad.
4. Atención apropiada	Atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad.	• Conocer las buenas prácticas para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas). • Conocer, identificar y aplicar las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales. • Conocer como aplicar las buenas prácticas de la gestión clínica. • Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud. (autonomía, participación en las decisiones clínicas)	• Dar atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural). • Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud. • Integrar los conocimientos de la situación de salud de la comunidad con las prioridades de atención y la asignación y disponibilidad de recursos. • Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención apropiada. • Realizar la coordinación de los cuidados.



5. Orientación familiar y comunitaria	Planificar para intervenir, focalizando en la familia y la comunidad	• Conocer y aplicar metodologías y herramientas para identificar: ✓ Situación de Salud ✓ Determinantes de Salud ✓ Red de Servicios ✓ Recursos financieros ✓ Situación socioeconómica y cultural ✓ Situación familiar • Definir las necesidades de servicios y establecer las prioridades de atención. • Conocer acerca de planificación y programación participativa.	• Identificar fuentes de información y actores claves en la comunidad. • Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente. • Definir las necesidades de salud de la comunidad y de sus condicionantes para establecer las prioridades de intervención con participación comunitaria. • Realizar entrevistas familiares. • Hacer planificación y programación participativa. • Emplear la visión integral para promover el auto cuidado individual, familiar y comunitario. • Abordaje a grupos específicos. • Ver al individuo como parte de su contexto familiar. • Manejar y aplicar las herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria.
--	---	--	--

6. Mecanismos activos de participación	Facilitar y promover la participación social en salud.	• Conocer técnicas y metodologías para el análisis de actores e instituciones claves. • Conocer los espacios de concertación, así como las metodologías participativas existentes en el sistema de salud y en la comunidad. • Promover en la comunidad la importancia del auto cuidado de la salud. • Conocer metodologías para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo y la comunidad. • Comprender el rol de la comunidad en el desarrollo de su salud.	• Estimular la participación activa de la comunidad en la priorización, gestión, evaluación y regulación del sector salud. • Aplicar metodologías para optimizar la información, comunicación y educación efectivas. • Manejar las herramientas para identificar los actores e instituciones existentes en la comunidad, para el trabajo conjunto en la atención integral en salud. • Habilidad del equipo para trabajar en forma conjunta con la comunidad. • Desarrollar en la práctica, la cooperación y la negociación. • Desarrollar instrumentos para la participación, abogacía y la capacidad de adaptación. • Establecer mecanismos de cooperación y corresponsabilidad del equipo con el individuo y la comunidad.
---	---	--	--

9. Políticas y programas que estimulan la equidad	Incorporar criterios de equidad en las propuestas programáticas	• Conocer las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad. • Reconocer y analizar las inequidades existentes en la comunidad. • Conocer las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales.	• Incorporar la participación social en la resolución de las inequidades. • Identificar y actuar sobre las inequidades en salud y promover estrategias para reducirlas.
10. Primer contacto	Favorecer la accesibilidad y la utilización de los servicios Establecer el primer contacto	• Establecer puerta de entrada al sistema de salud. • Promover estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud. • Conocer el rol a desempeñar por el equipo en su conjunto y cada uno de sus miembros para realizar una adecuada acogida al individuo. • Reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas de salud o de otro tipo (económicas, sociales, etc.) que repercutan en el proceso salud-enfermedad.	• Dar un trato digno y respetuoso. • Priorizar las necesidades y las intervenciones en salud. • Acoger al individuo/familia/comunidad y sus demandas dentro del sistema de salud, así como darle atención longitudinal. • Desarrollar una buena comunicación con el individuo/familia/comunidad que solicite atención de salud o de cualquier otra índole. • Organizar el servicio para garantizar el acceso. • Determinar la población objetivo y el área geográfica. • Desarrollar espacios de cooperación mutua entre cuidador, personas y grupos. (individuos, familia y comunidad) • Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades.

7. Marco Legal e institucional	Promover y fortalecer políticas públicas y marco legal del sector Salud	• Conocer políticas públicas, el marco legal e institucional de salud. • Conocer: ✓ Políticas del Sector Salud ✓ Planes y programas del Sector Salud ✓ Políticas Públicas locales ✓ Marcos legales existentes vinculados con el sector de la salud ✓ Políticas sociales	• Analizar la coherencia entre políticas, planes y programas y su relación con el trabajo multidisciplinar en APS. • Propiciar y abogar por el desarrollo de políticas locales y sectoriales por medio de la participación ciudadana. • Adaptar las políticas, las normas a la realidad local. (reflexión crítica) • Realizar análisis críticos integrados sobre políticas sociales y su influencia sobre el sector salud. • Evaluar las políticas públicas y su relación con el sector salud.
8 Organización y gestión óptimo	Aplicar prácticas adecuadas de gestión	• Conocer políticas, el marco legal e institucional de salud. • Conocer las etapas de gestión administrativa. • Conocer las competencias de los recursos humanos en los distintos ámbitos: laborales, gremiales, sindicales, niveles de atención, administrativo, etc). • Identificar las organizaciones sociales, gremiales y sus actores y conocer el rol que desempeñan. • Conocer los registros definidos y establecidos en el Sistema de APS • Conocer los instrumentos de evaluación de la gestión.	• Usar la información: desarrollar planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño. • Seguir el proceso de gestión administrativa, que implica: diagnóstico, negociación, ejecución, evaluación y control. • Negociar con los líderes reconocidos. • Usar los registros específicos y actualizados para la APS. • Usar instrumentos de evaluación de la gestión para el equipo. • Capacidad para negociar con la comunidad y los niveles más altos. • Capacidad de definir sistemas de incentivos y desempeño (individual y colectivo, incluir la motivación).



11. Recursos humanos apropiados	Trabajar en equipo	• Conocer y definir roles y responsabilidades dentro del equipo. • Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente. • Conocer y aplicar el código ético entre ellos y con la comunidad. • Conocer acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud para movilizar recursos. • Capacidad de reconocer e identificar la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua. • Conocer las necesidades de calificación y recertificación de los trabajadores del equipo. • Conocer las metodologías de evaluación del desempeño.	• Apoyar y participar en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo. • Analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población, en forma participativa, del equipo y de la comunidad. • Negociar condiciones de trabajo (requerimiento de dotación de personal para los equipos, financiamiento). • Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo: ✓ Comunicación ✓ Colaboración ✓ Coordinación ✓ Negociación y solución de conflictos ✓ Participación ✓ Toma de decisiones ✓ Responsabilidad compartida
--	--------------------	--	--

12. Recursos adecuados y sostenibles	Uso racional de los recursos	• Identificar los recursos necesarios de acuerdo al análisis de la situación de salud con información del nivel comunitario. • Conocer los recursos disponibles: ✓ Instalaciones de salud con que cuenta la comunidad. ✓ Personal ✓ Equipamiento ✓ Suministros (que se tiene y que se necesita) ✓ Medicamentos (consumo y consumidores) ✓ Recursos financieros ✓ Sistemas de información • Conocer metodologías de auto evaluación y rendición de cuentas para medir el uso racional de los recursos y garantizar la sostenibilidad.	• Hacer un uso racional y eficiente de los recursos disponibles. • Generar información útil y detallada acerca de las necesidades de salud y los recursos que facilite a los tomadores de decisión (autoridades políticas del Sistema de Salud) a hacer una planificación de los servicios • Producir nuevos conocimientos para la atención primaria en salud. • Construir indicadores de salud y establecer metas para hacer la gestión adecuada a las necesidades de salud de la población. • Autoevaluar y rendir cuentas de los recursos y garantizar su sostenibilidad.
13. Acciones Intersectoriales	Articulación de todos los sectores para producir salud.	• Conocer los diferentes sectores con impacto sobre el proceso salud y/o sus determinantes. • Poner en común y definir acciones en colaboración con los diferentes sectores para actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad. • Identificar las responsabilidades y límites de cada actor y/o sector dentro del proceso de intersectorialidad. • Coordinar acciones intersectoriales de promoción y prevención para producir salud.	• Liderar, participar y apoyar las acciones intersectoriales. • Movilizar recursos intersectoriales y de la propia comunidad para responder a las necesidades de salud. • Interactuar con las autoridades nacionales y la comunidad.
14.	Establecer planes de organización para prevenir y mitigar emergencias y desastres	• Conocer los riesgos, desastres y emergencias comunes y no comunes en la región. • Conocer los mecanismos de respuesta, red de atención y acciones para la prevención de desastres y emergencias. • Conocer las instituciones, protocolos y mecanismos de coordinación nacional, regional y local que intervienen en la respuesta y organización ante desastres y emergencias. • Conocer índices de desarrollo humano, pobreza, políticas públicas, etc para poder organizar el trabajo intersectorial.	• Transmitir las informaciones requeridas e identificar rutas de evacuación, lugares seguros, refugios, etc, para mitigar los efectos ante emergencias y desastres.

ANEXO I: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Accesibilidad: ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, socioculturales, de género y/o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades.

Acciones intersectoriales: acciones que movilizan a todos los sectores determinantes de la salud de la población (recolección y análisis de información, provisión de servicios e información). El papel del sistema de salud en estas acciones depende de la causa y la magnitud del problema, la disponibilidad de recursos y otros mecanismos de coordinación.

Aceptabilidad: grado de compatibilidad de un servicio con las necesidades culturales, valores y estándares de una comunidad.

Atención adecuada y efectiva: aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficiente para garantizar el logro de los objetivos propuestos. Los beneficios esperados en salud, como resultado de la realización de un procedimiento, deben superar, por un amplio margen, las consecuencias negativas del mismo. La efectividad implica que los abordajes para la mejora de la salud tienen el impacto propuesto en la población.

Atención integrada: combina los eventos y la información de los mismos, que tienen impacto sobre la salud de las personas y suceden en diferentes lugares y niveles de atención a lo largo de la vida de la persona. Se relaciona con la longitudinalidad, que es una orientación de servicios de salud hacia los individuos (no las enfermedades) a lo largo del curso de sus vidas y que frecuentemente se consigue en un área de contacto definida y con sistemas de información de salud integrados para los niveles familiar y comunitario. La atención integrada se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo de profesiones de salud (“seguimiento clínico”) y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud (“seguimiento de los registros”).

Atención integral: la medida en la cual se proveen, a través de la APS, los servicios esenciales necesarios para todos, incluso para las necesidades menos frecuentes de la población; aquellos servicios no disponibles se proveen a través del componente de coordinación y referencia de la APS. Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.

Atención primaria: el nivel de un sistema de salud “que provee la entrada al sistema para todas las nuevas necesidades y problemas, centrado en la atención a la persona y no en la enfermedad y a través del tiempo. Provee atención para todas las condiciones, excepto aquellas menos comunes e inusuales, y coordina o integra la provisión de cuidados en otros lugares o por otros”⁴⁵. Se cree que el uso del término Atención Primaria se remonta hacia 1920, cuando el Informe Dawson fue divulgado en el Reino Unido. Este informe mencionaba los “centros de atención primaria” propuestos como el eje de la regionalización de los servicios en ese país”. El término “Atención Primaria Orientada a la Comunidad- APOC” tuvo su origen en 1940 en Sudáfrica. El enfoque de la APOC continúa siendo considerado hoy como uno de los precursores importantes de la concepción de APS de Alma Ata.

Atención Primaria de Salud (APS): en 1978 la Declaración de Alma Ata definió la APS como “atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla. La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud”.

Atención Primaria Orientada a la comunidad: es un proceso continuo, mediante el cual el servicio de atención primaria se presta a una comunidad específica, sobre la base de una evaluación de sus necesidades en salud a través de la integración programada de la práctica de la salud pública y los servicios de atención primaria.

Dar respuesta a las necesidades de salud de la población: la atención requerida para lograr la salud y la equidad de la población, de acuerdo con el mejor nivel posible en unas condiciones dadas de conocimiento y desarrollo Social. Se trata de la atención centrada en la persona más que en los síntomas u órganos específicos y de llevar el concepto de “atención centrada en la gente” a la población y considerar las dimensiones física, mental, emocional y social de las personas. La capacidad de respuesta se define también como atención con las siguientes características: abordaje holístico de las personas; profesionales con conocimiento de las personas; atención y empatía; confianza en los médicos; atención acorde con las necesidades de los pacientes; posibilidad de decisiones médicas compartidas entre médicos y pacientes¹.

Cobertura universal: manejo financiero y organizacional para cubrir las necesidades de toda la población, eliminando la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.

Continuidad: Involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención de salud dentro del sistema de salud. Esta orientado a un problema. Mediante la continuidad de la atención se ofrece un seguimiento de un problema de salud del individuo. No requiere una relación estrecha medico- paciente. Su presencia en el tiempo se genera si existe un problema y esta puede ser de dos o más visitas.

Coordinación: la actividad por medio de la cual la APS facilita el acceso y la integración a la atención de mayor complejidad, cuando ésta no está disponible a nivel local de APS. Se refiere a la medida en que la atención requerida por una persona es concertada por el personal responsable, a través de la organización y el tiempo y a la relación y el ordenamiento racional entre los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad.

Derecho al nivel de salud más alto posible: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al “nivel de salud más alto posible”. El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre estado de salud y dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la participación y comprende la libertad de controlar (por ejemplo el control de las propias decisiones reproductivas) y la libertad de defender el derecho (por ejemplo a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda). El enfoque de derechos supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actores responsables (como por ejemplo gobiernos) que garanticen a los ciudadanos el ejercicio de sus demandas en salud. El derecho a la salud implica conducta ética y responsabilidad de parte de los proveedores, investigadores y tomadores de decisiones. Algunos tratados internacionales definen los derechos de los ciudadanos como: el derecho a liberarse de condiciones que interfieran con el máximo nivel de salud posible; a defender su derecho a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda y trabajo; y a satisfacer sus expectativas en términos de estándares de conducta ética en provisión de servicios e investigación. El Estado, por su parte, entre sus obligaciones tiene la de

respetar (evitar interferir con el disfrute de la buena salud), proteger (establecer medidas para prevenir que terceros interfieran con el derecho de los ciudadanos a alcanzar el nivel de salud más alto posible), y garantizar (los Estados deben adoptar medidas necesarias, legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales, promocionales y otras para satisfacer la realización plena del derecho a la salud).

Desarrollo humano: “es un proceso de ampliación de las opciones de las personas a través de la expansión de las capacidades y funciones. Las tres condiciones esenciales para el desarrollo humano en todos los niveles de desarrollo son: la capacidad de alcanzar una vida larga y saludable, tener acceso al conocimiento y a estándares aceptables para una vida digna. Pero el campo del desarrollo humano va más allá: las opciones altamente valoradas por las personas van desde las oportunidades sociales, económicas y políticas para ser creativo y productivo, hasta el disfrute de autoestima, sentido de su propio valor y derechos y de pertenencia a una comunidad”. El Índice de Desarrollo Humano es una forma de medir el nivel de desarrollo humano en un país; está compuesto por una medición de los niveles de salud (esperanza de vida), conocimiento (de la educación primaria completa) y estándares de vida (PIB per capita).

Elemento: parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial.

Énfasis en promoción y prevención: atención en salud en el momento de intervención más temprano posible en la cadena de eventos entre el riesgo, los problemas de salud y sus secuelas. Esta atención se presta a nivel individual y comunitario. En lo individual comprende la educación y promoción en salud, para fortalecer las capacidades de las personas en prevención y auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención primaria y esencial.

Enfoque basado en la población: en oposición a la visión clínica o individual, este enfoque utiliza la información poblacional para tomar decisiones sobre planificación de salud, gerencia y localización geográfica. Este es un enfoque para mejorar la efectividad y la equidad de las intervenciones y lograr mejores condiciones de salud y mejor distribución de la salud en la población. Esto se logra en el contexto de cultura, situación de salud y necesidades de salud de grupos geográficos, demográficos o culturales a los cuales pertenece una población dada.

Enfoque familiar y comunitario: la APS concibe la atención de las personas en el contexto más amplio de sus familias y su ambiente. Los servicios sociales y de salud que satisfacen las necesidades de la población se basan en información local y son prestados dentro de los contextos social y cultural de la familia, del individuo y otros contextos sociales relevantes. Las prácticas deben estar dirigidas a los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral. Esto implica una comprensión efectiva de las circunstancias y hechos en la vida de una persona, su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud.

Equidad en salud: ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más tópicos de la salud (o sus determinantes) en grupos definidos en los aspectos sociales, demográficos o geográficos.

Equidad en servicios de salud: ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades en salud (equidad horizontal) y aumento en el acceso u otros recursos para grupos definidos de población en el aspecto social, el demográfico o el geográfico, con mayores necesidades de salud (equidad vertical).

Funciones esenciales en salud pública: estas incluyen: i) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; ii) Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública; iii) Promoción de la salud; iv) Participación social en salud; v) Desarrollo de políticas y capacidades institucionales



para programar y gerenciar la salud pública; vi) Fortalecimiento de la capacidad institucional para la regulación, vigilancia y control de la salud pública; vii) Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud requeridos; desarrollo y entrenamiento del recurso humano en salud pública; viii) Garantía de calidad en personal y servicios de salud acorde con las necesidades de la población; ix) Investigación en salud pública; y x) Reducción del impacto de las emergencias y los desastres sobre la salud.

Intersectorialidad: la medida en que la APS se integra a los esfuerzos dirigidos a la intervención de los determinantes de salud externos al sector salud, tales como agua y saneamiento, vivienda, educación y coordinación del desarrollo y puesta en marcha de un amplio rango de políticas públicas y programas que afectan y comprometen sectores externos a los servicios de salud. La intersectorialidad requiere de una articulación estrecha entre las áreas pública, privada y no gubernamental, tales como empleo, educación, vivienda, producción de alimentos, agua y saneamiento y atención social, tanto en el interior de los servicios de salud tradicionales, como fuera de ellos y que tienen un efecto sobre el estado de salud y el acceso a la atención en salud. Los enfoques intersectoriales movilizan los recursos de la sociedad desde los sectores que afectan la salud.

Justicia social: es un concepto ético basado, en gran medida, en las teorías del contrato social. La mayoría de las variaciones sobre el concepto sostienen que los gobiernos fueron instituidos por los pueblos en beneficio de ellos mismos. Aquellos gobiernos que no logran orientarse hacia el bienestar de los ciudadanos están incumpliendo su parte del contrato social y, por lo tanto, son injustos. El concepto incluye generalmente la defensa de los derechos humanos, pero no está limitado a esta, y se emplea también para referirse a la justicia de una sociedad en su conjunto, en sus divisiones y distribuciones de recompensas y obligaciones.

Longitudinalidad: Es la atención que brinda el profesional de la salud al individuo a lo largo de toda la vida (en el tiempo). La diferencia entre Continuidad y longitudinalidad de la atención en los servicios, es que en el caso de la longitudinalidad esta atención y relación medico paciente, existe independientemente que exista un problema de salud o no.

Mecanismos de participación activa: mecanismos (apropiados a cada comunidad) diseñados para lograr la rendición de cuentas y la representación de los intereses de la comunidad en los niveles local y nacional.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): la Declaración del Milenio es un marco para el trabajo conjunto de los países y la mejora de su desarrollo; reconoce como valores esenciales, para las relaciones internacionales en el Siglo XXI: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto por la naturaleza y la responsabilidad compartida. Los objetivos del Desarrollo del Milenio fueron formulados en el marco de los acuerdos internacionales contenidos en la Declaración del Milenio, estos objetivos incluyen: la erradicación de la pobreza extrema y el hambre; el logro de la educación primaria universal; la promoción de la equidad de género y la transferencia de poder a las mujeres; la reducción de la mortalidad infantil; la mejora de la salud materna; la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; la garantía de la sostenibilidad ambiental; y el establecimiento de una alianza mundial para el desarrollo.

Organización y gestión óptimas: incluye la habilidad para anticipar el futuro (planificación estratégica), adaptarse al cambio (gestión del cambio) y realizar monitoreo y evaluación constante sobre el desempeño del sistema (evaluación de impacto de los cambios y evaluación basada en el desempeño). Incluye la utilización de criterios para la asignación de recursos (por ejemplo equidad, costo-efectividad y oportunidad) y la selección de las estrategias adecuadas para obtener ganancias en salud con equidad. Requiere un marco legal, político e institucional sólido que defina las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legales y financieros que permitan a la APS desempeñar sus funciones específicas, articularse con otros componentes del sistema de salud y trabajar a través de los sectores en la intervención de los determinantes de salud.



Orientación hacia la calidad: la medida en la cual los servicios de salud dirigidos a individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son compatibles con el saber profesional actual. Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad; eficiencia; optimización (balance entre los costos de la atención y los efectos de la atención); aceptabilidad; legitimidad; y equidad; este concepto integra la calidad técnica y la satisfacción del usuario con los servicios.

Participación: grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con relación a su propia atención. El “autocuidado” es un concepto similar, así como el suministro de información a los miembros de una comunidad para permitirles tomar medidas para cuidarse a sí mismos y saber cuándo necesitan buscar ayuda profesional. La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública y la equidad.

Pertinencia: representa la medida en la cual se satisfacen las necesidades comunes de toda la población y de un grupo específico de la misma; así como el grado de adecuación de los servicios a la satisfacción de estas necesidades, basado en la evidencia objetiva. Esta es una medida por medio de la cual se establecen prioridades, asumiendo que los problemas más importantes deben abordarse primero.

Prevención: la prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria, dirigida al manejo de la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria, una vez la enfermedad aparece; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad sigue su curso. A esta tipología se ha adicionado la noción de “prevención primordial” relacionada con la modificación de las condiciones subyacentes que conducen en primer lugar a la exposición. La prevención primordial incorpora abordajes creadores de salud y modificadores de las condiciones “que generan y estructuran la distribución desigual de las exposiciones a los daños de salud, las susceptibilidades y los recursos de protección entre la población”.

Primer contacto: medida en que la atención primaria es el primer lugar de encuentro y atención de los problemas de salud (con excepción de la atención de urgencias) y en donde se toman las decisiones teniendo en cuenta la atención a necesidades de otros tipos, además de las de salud.

Principio: fundamento, ley, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos.

Programas y políticas en pro de la equidad: esfuerzos proactivos y sistemáticos para reducir las desigualdades injustas en salud y en acceso a los servicios de salud.

Promoción de la salud: proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora su salud. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

Recursos apropiados a las necesidades: los recursos deben ser suficientes para cubrir las necesidades de la población (prevención, promoción, curación, rehabilitación y acciones intersectoriales), incluyendo los recursos necesarios para elevar el nivel de salud de las personas con mayores desventajas a un ritmo igual o mayor al de la población general. En el nivel local esto requiere instalaciones adecuadas, personal de salud, suministros y presupuestos de funcionamiento.



Recursos humanos adecuados: los trabajadores competentes de la salud tienen los conocimientos y habilidades necesarios y están ubicados y distribuidos geográficamente de acuerdo con las necesidades de implementación de la APS. Este concepto implica generalmente la disponibilidad de una gran variedad de profesionales de la salud (medicina, enfermería, farmacia, fisioterapia, trabajo social, administración y gerencia y gestión de base comunitaria), los cuales están relacionados con promoción de la salud, prevención, tratamiento y seguimiento de individuos, familias y comunidades.

Rendición de cuentas: proceso que obliga a los actores a responder por sus actos. En el caso de los gobiernos incluye la obligación de entregar y divulgar regularmente, en forma coherente y detallada, los propósitos, principios, procedimientos, relaciones, resultados, ingresos y gastos, a todas las partes interesadas e involucradas directa e indirectamente, de forma tal que puedan ser evaluados por las partes interesadas. Incluye la necesidad de transparencia en el grado de éxito en salud en la población y en la adecuación de los mecanismos para alcanzarlo.

Salud: la OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”. Bajo este concepto la mayoría de las personas se considerarían no saludables. De ahí que esta definición ha sido criticada por ser irrealista. La salud también se ha definido como un estado dinámico, una forma (o desviación de la misma) de homeostasis y como un continuo con polos positivos y negativos. A nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y político, así como un derecho humano. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerequisites de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.

Sistema de salud: la OMS define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud”. Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales: el gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema; la población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios; agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores; organizaciones comunitarias y locales (por ejemplo voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa e indirectamente y algunas veces prestan servicios; y los proveedores de servicios que a su vez pueden categorizarse de diversas formas. Los sistemas de salud pueden también definirse de acuerdo con sus funciones principales: administración (o vigilancia); financiación (recaudo, banca o compra) y prestación o provisión de servicios.

Sistema de Salud Basado en la APS: es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Un Sistema de Salud Basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un Sistema de Salud Basado en la APS requiere de un marco legal,



institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

Solidaridad: se considera como la unión de intereses, propósitos y afinidades entre los miembros de una sociedad para crear las condiciones necesarias para mejorar las situaciones sociales. La solidaridad se ejerce mediante la participación activa, tanto individual como colectiva, a través de los esfuerzos organizados con otros miembros de la sociedad. Implica trabajar conjuntamente para el logro de metas, que no pueden alcanzarse individualmente. Esto es posible por los intereses comunes, que se forjan gracias a la interacción intensa y frecuente entre los miembros de un grupo. Se caracteriza por la promoción de metas comunes al grupo en el marco de sus propios derechos. Para algunos, un adecuado nivel de solidaridad social es esencial para la supervivencia humana.

Sostenibilidad: la capacidad de satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la facultad de satisfacer las del futuro.

Sostenibilidad financiera: disponibilidad de recursos financieros suficientes para cubrir los costos del sistema de salud y sus funciones a mediano y largo plazo, teniendo en cuenta los gastos futuros proyectados, separándolos de los cambios políticos, sociales o económicos.

Valor: los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 44º Consejo Directivo, 55º Sesión del Comité Regional. Atención primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: 22 al 26 de septiembre de 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 46º Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud (CD/46/13). Washington: OPS/OMS, 2005.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos: Llamado a la Acción prioriza los Recursos Humanos. Toronto, Canadá. Octubre 5-7 de 2005. <http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>
4. Rosales, C; Molina, Ana; Moreno Wagner. Bibliografía Anotada: Equipo de trabajo en salud. San José: OPS/OMS, 1998^a.
5. Fortuna, Cinira M.; Mishina, Silvana M.; Matumoto, Silvia; Pereira, Maria José B. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberão Preto, v.13 (2), mar./abr., 2005, p.262-268.
6. West, M., Poulton, B, Pearson, P, Spencer, J. Primary health care: in league of their own. Promoting teamwork in primary care. A Research based approach. (2) 1-24. 1997.
7. Rosales, C.; Valverde, J.M. Trabajo en equipo en las instituciones de salud: Conceptos y herramientas para su desarrollo. Washington: OPS/OMS, 1998b.
8. Rosales, C., Rocha, Cristianne. Trabajo en equipo en los sistemas y servicios de salud: una estrategia para la promoción de salud. (Febrero/2006).
9. Borrero, A. La interdisciplinariedad: Simposio Permanente sobre la Universidad. Asociación Colombiana de Universidades. ASCUN, Bogotá, 1991
10. Eisenberg, Rose. Interdisciplinariedad y Niveles de Integración en la Formación Ambiental Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, 1997.
11. Falla, Consuelle. Extracto del Libro "La Transdisciplinariedad. Manifiesto de Basarab Nicolescu " Éditions du Rocher - Collection "Transdisciplinarité". Paris. Francia, 1998.
12. Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Edición. Barcelona, España 1994.
13. Peduzzi, M. Equipo multiprofesional de salud: concepto y topología. Departamento de orientación profesional, Univ. De São Paulo, Brasil Rev. Salud Pública 2001;35(1):103-9
14. SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da and TRAD, Leny A. Bomfim. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals. Interface (Botucatu), Sep./Feb. 2005, vol.9, no.16, p.25-38. ISSN 1414-3283.
15. Arce, Bartolomé. Panorama actual y futuro de la salud pública en Cuba. Disponible en: <http://www.sindhosp.com.br/hospitalar/401.1>, Panorama Actual y Futuro de la Salud Pública en Cuba. Acceso en: 12 enero 2006.



16. Ares, Filiberto Pérez. Medicina de Familia y la Formación Post-Graduada en Cuba. Presentación en power point. Río de Janeiro, 2004.
17. Sistema Nacional de Salud (Cuba): http://www.cubagov.cu/des_soc/salud/indice.htm
18. Crevelim, Maria Angélica. Participación de la comunidad en el equipo de salud de la familia: ¿Es posible establecer un proyecto común entre trabajadores y usuarios? Ciencia & Saúde Coletiva, 10 (2), 2005, p.323-331.
19. Campos, GWS. El filo de la navaja de la función de filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. V.8 n.4. Sao Paulo; 2005.
20. Programa Salud de la Familia (Brasil): <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>
21. Ministerio de Salud (Costa Rica): www.ministeriodesalud.go.cr
22. Caja Costarricense de Seguro Social: www.ccss.sa.cr
23. OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. 1978.
24. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.
25. OPS/OMS. Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington. DC, 2005.
26. HOMEDES, N. & UGALDE, A., 1999. Condiciones y condicionantes de salud y reforma. In: Foro Internacional: La Reforma del Sector Salud, Anales, pp. 137-147. Ciudad de Guatemala: Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud.
27. Developing the private sector. The World Bank's experience and approach. Washington, World Bank, 1991.
28. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. En: Bennett S, McPake B, Mills A, editores. Private Health providers in developing countries: serving the public interest? Londres: Zed Books, 1997.
29. Starfield, B. Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política. New York, Oxford University Press. 1992.
30. Starfield, B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. New York, Oxford University Press, Inc. 1998.
31. Starfield, B. et al. Atención primaria y responsabilidades de Salud Pública en seis países de Europa y América del Norte: Un estudio Piloto. Rev. Esp. Salud Púb. N (1) 2004; v.78:17-26.
32. González Dagnino, et al. Calidad Total en la Atención Primaria de Salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1994 España.
33. Nebot-Adell, C., Baques Cavallé, T., Crespo García, A., Valverde Caballero, I. y Canela Soler, J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en Atención Primaria. Rev. Atención Primaria 2005;35(6):00-00
34. DIAS, J. C. P., 1986. Participação comunitária nos programas de saúde. Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais, 38: 103-110.
35. OSTERIA, T.; RAMOS JIMENEZ P.; MARIÑAS, O. & OKAMURA, J., 1988. Community Participation in the Delivery of Basic Health Services. Manila: De la Salle University.
36. Commonwealth Department of Health and Family Services. Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program, Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997.
37. Irigoin, M, Vargas F. Competencia Laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector de la Salud. Montevideo: CINTERFOR 2002. p 3, 13, 14.

38. McClelland, D.C (1993) Introduction in Spencer L.M. y S.M. Competences at Work, New York, John Wiley and Sons.
39. OPS/OMS.(2000).Gestión Del desempeño basado en competencias. Guía para gerentes. Serie PALTEX para Ejecutores de Programa de Salud No. 42.
40. Rodríguez Trujillo, N. Selección efectiva del personal basada en competencias: ¿Qué son las competencias? Universidad Central de Venezuela. CINTERFOR/OIT.2002
41. Boyatzis, R. (1982). The Competent Manager, N.Y. Wiley and Sons. <http://www.amazon.com/gp/product/047109031X/103-4757586-5095858?v=glance&n=283155>
42. Kuenzer, Acacia Z. (2002) op. cit., p. 8.) <http://www.senac.br/informativo/BTS/291/boltec291b.htm>
43. Villabí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. Informe SESPAS 2002. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la salud; 2002: 545-64. <http://www.sespas.es/infor.html>
44. Martín Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la Salud Publica en España. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 637-43.
45. Cedido por UCh RR.HH. portal de estudiantes de RR.HH. www.uch.edu.ar/rrhh .El Enfoque de Competencias en la Gestión de Recursos Humanos www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/enfcompgesrrhh.htm
46. Portafolio semFYC. Mapa de competencias para la evaluación de competencias en la práctica clínica. Junio 14/2005.
47. López Santiago, A., Martín Moreno, JM. Atención Primaria y Salud Publica: La oportunidad para superar el desencuentro. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 1-3 V (1) Ene-Feb.
48. Vargas Zúñiga, F. Competencias en la formación y competencias en la gestión del talento humano. Convergencias y desafíos. CINTERFOT OIT agosto/2002.
49. Vargas Hernández, JG. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. 2000.
50. Fernández I. & Baeza R. (2001). Aplicación de modelo de competencias: experiencias en algunas empresas Chilenas. Artículo de revista. Chile.
51. Marchant Ramírez, L. Ed. (2005). Actualizaciones para el desarrollo Organizacional. Primer Seminario Edición Electrónica. Texto en www.eumed.net/libris/2005/lmr/
52. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2005, del Programa de Formación de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE num. 105, 3/3/2005.
53. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE num. 128, 29/5/2003.
54. Segura, A., Larizgoitia. I., Benavides, F.G., Gómez, L.2003. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
55. OPS, Fortalecimiento Institucional para el Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington DC, 2002.
56. OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington D.C., 2002







www.lachealthsys.org/



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud