



# Demandas Sociales y articulación con el Sector Salud

DR. ROSBEL TOLEDO ORTIZ  
DIRECTOR DE LA SECCIÓN TÉCNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA  
SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA

---



SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA

SALUS • VERITAS • LABOR



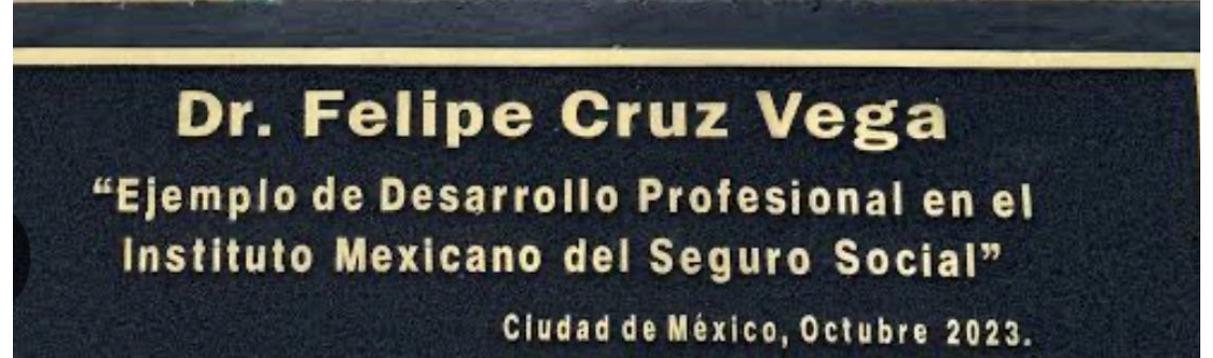
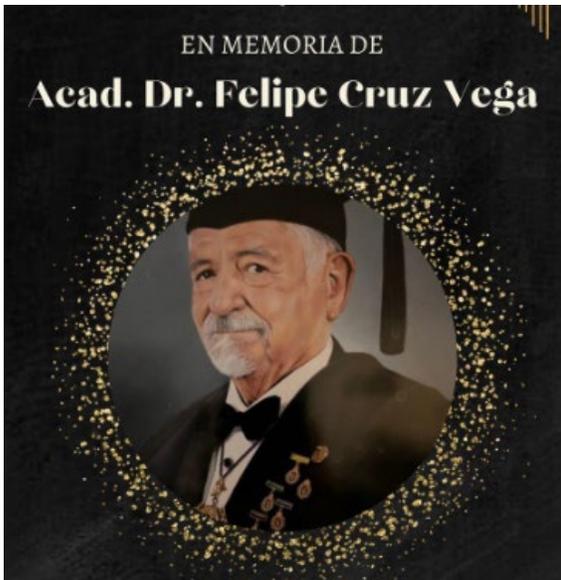
**Coordina: Dr. J. Víctor Manuel Lara Vélez**

*Dr. Jorge García Macías*

*Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola*

*Dr. Rosbel Toledo Ortiz*

*Dr. Laura Cortés Sanabria*



# Demandas Sociales y articulación con el Sector Salud

**No toda demanda es una necesidad, y no toda necesidad genera una demanda.**

## **D**emanda:

- Expresión activa de una persona o comunidad que **solicita** atención o servicios de salud.
- Influida por percepción, conocimiento, cultura, accesibilidad y experiencia previa con los servicios.
- Ejemplo: alguien que acude al médico por dolor de cabeza está generando una demanda, aunque el problema no requiera intervención médica compleja.

## **N**ecesidad:

- Es un estado objetivo o subjetivo que afecta la salud y que puede o no estar expresado como demanda.
- Muchas veces, las personas no demandan lo que realmente necesitan, ya sea por desconocimiento, barreras de acceso o resignación.

# Necesidad y Demanda

Aspecto	Necesidad	Demanda
Naturaleza	Latente u oculta	Expresada y activa
Origen	Condición de salud	Percepción o búsqueda de atención
Relación con servicios	Puede no estar vinculada al sistema de salud	Implica un contacto con servicios
Ejemplo	Necesidad de salud mental no reconocida	Solicitud de consulta por diarrea

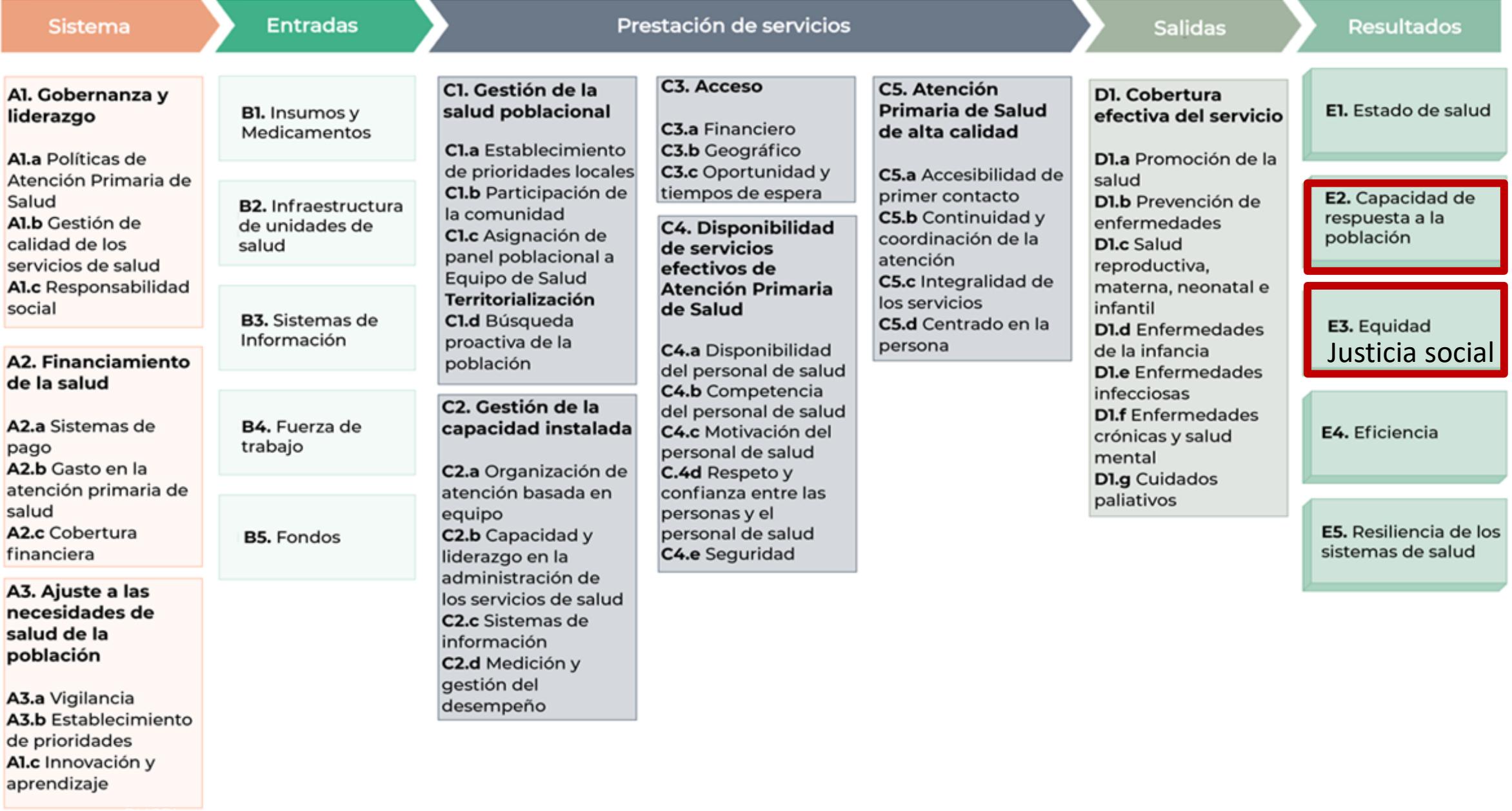
- **Las necesidades reales no siempre se traducen en demandas, y basar la planificación sanitaria únicamente en la demanda perpetúa inequidades.**

- Avedis Donabedian y Julian Tudor Hart

- Los sistemas de salud deben identificar **necesidades no expresadas**, especialmente en poblaciones vulnerables.

- **OMS**

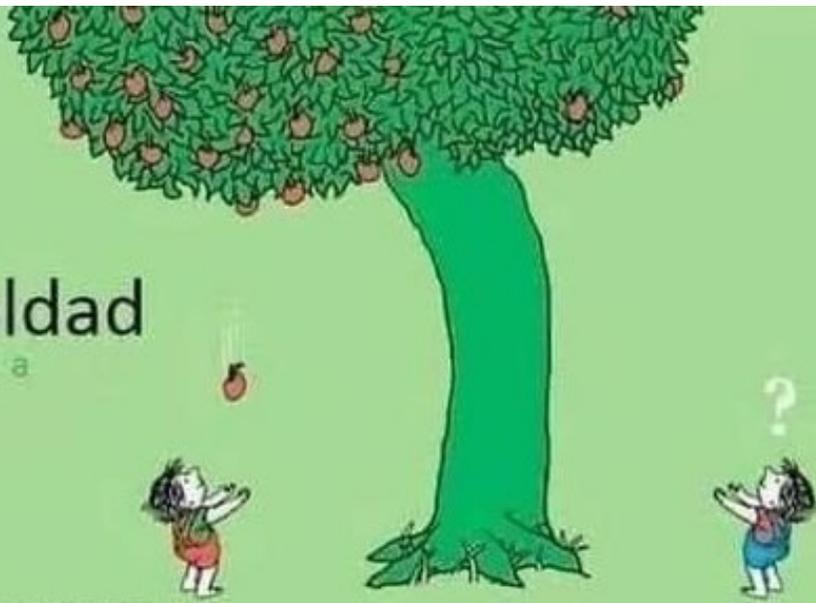
- **¿Por qué?**



Determinantes sociales y contexto (político, social, demográfico, socioeconómico), enfoque de derechos

# Desigualdad

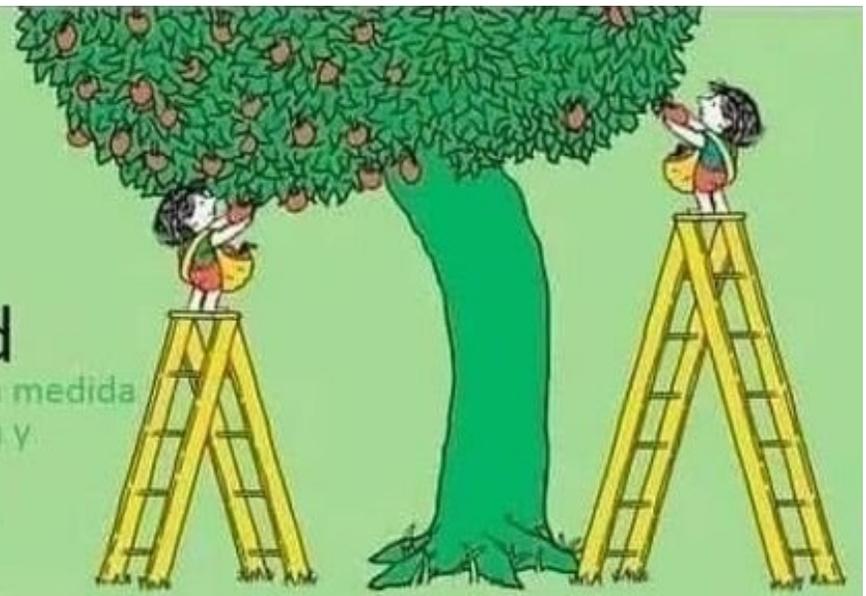
Acceso desigual a oportunidades



Source: @MarkForsyth on Feb 2019 (Design by Scott Branson)

# Equidad

Herramientas a medida que identifican y abordan la desigualdad



Source: @MarkForsyth on Feb 2019 (Design by Scott Branson)

# ¿Igualdad?

Distribución uniforme de herramientas y ayudas



Source: @MarkForsyth on Feb 2019 (Design by Scott Branson)

# Justicia

Arreglar el sistema para ofrecer igualdad de acceso tanto a las herramientas como a las oportunidades



Source: @MarkForsyth on Feb 2019 (Design by Scott Branson)

# Necesidad de salud y necesidad de atención

## Necesidades de salud

1. Condiciones objetivas o subjetivas que afectan el bienestar físico, mental y social de una persona o **población**.
2. Se relacionan con los **determinantes sociales de la salud** y pueden no requerir atención médica directa.
3. Ejemplos: acceso a agua potable, alimentación adecuada, vivienda, empleo, educación, ambiente seguro.

## Necesidades **de atención** en salud (o de servicios de salud)

1. Son aquellas **necesidades que requieren intervención del sistema de salud**, es decir, acciones diagnósticas, terapéuticas, preventivas o rehabilitadoras.
2. *No todas las necesidades de salud generan necesidades de atención, y viceversa.*

# A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid

A 5-tier pyramid best describes the impact of different types of public health interventions and provides a framework to improve health. At the base of this pyramid, indicating interventions with the greatest potential impact, are efforts to address socioeconomic determinants of health. In ascending order are interventions that change the context to make individuals' default decisions healthy, clinical interventions that require limited contact but confer long-term protection, ongoing direct clinical care, and health education and counseling.

Interventions focusing on lower levels of the pyramid tend to be more effective because they reach broader segments of society and require less individual effort. Implementing interventions at each of the levels can achieve the maximum possible sustained public health benefit. (*Am J Public Health*. 2010;100:590–595. doi:10.2105/AJPH.2009.185652)

Thomas R. Frieden, MD, MPH

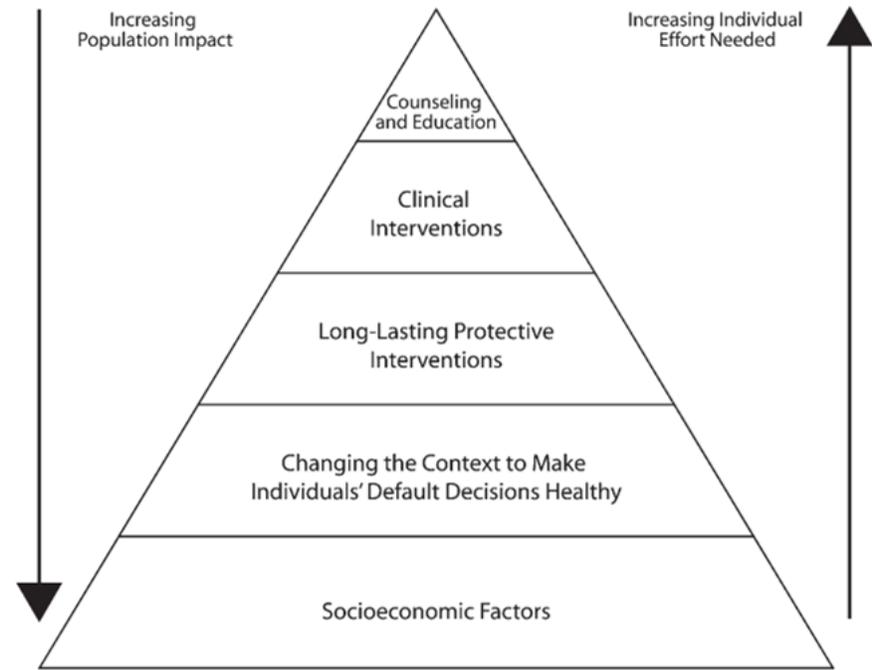
**LIFE EXPECTANCY IN DEVELOPED COUNTRIES** has increased from less than 50 years in 1900 to nearly 80 years today.<sup>1</sup> The greatest improvement occurred in the first half of the 20th century, when life expectancy in the United States and many parts of Europe increased by an average of 20 years,<sup>2</sup> largely because of universal availability of clean water and rapid declines in infectious disease,<sup>3</sup> as well as broad economic growth, rising living standards, and improved nutritional status.<sup>4</sup> Smaller gains in the latter half of the 20th century resulted primarily from advances in treatment of cardiovascular disease and control of its risk factors (i.e., smoking, high blood pressure, and high cholesterol).<sup>5</sup>

The traditional depiction of the potential impact of health care interventions is a four-tier pyramid, with the bottom level representing population-wide interventions that have the greatest impact

and ascending levels with decreasing impact that represent primary, secondary, and tertiary care.<sup>6</sup> Other frameworks more specific to public health have been proposed. Grizzell's 6-tier intervention pyramid emphasizes policy change, environmental enhancement, and community and neighborhood collaboration.<sup>7</sup> Hamilton and Bhatti's 3-dimensional population health and health promotion cube incorporates 9 health determinants (e.g., healthy child development, biology and genetics, physical environments, working conditions, and social support networks) and evidence-based actions to address them (e.g., reorienting health services, creating supportive environments, enacting healthy public policy, and strengthening community action).<sup>8</sup> The maternal and child health pyramid of health services, developed by the US Health Resources and Services Administration, consists of 4 levels

of services used by states to allocate resources for mothers and children.<sup>6</sup> Infrastructure building (e.g., monitoring, training, systems of care, and information systems) is at the bottom of the pyramid, followed by population-based services (e.g., newborn screening, immunization, and lead screening) and enabling services (e.g., transportation, translation, case management, and coordination with Medicaid), with direct health care services at the top.

All of these models, however, focus most of their attention on various aspects of clinical health services and their delivery and, to a lesser extent, health system infrastructure. Although these are of critical importance, public health involves far more than health care. The fundamental composition, organization, and operation of society form the underpinnings of the determinants of health, yet they are often overlooked in the development frameworks to



**FIGURE 1—The health impact pyramid.**

SPECIAL ARTICLE

SHATTUCK LECTURE

## The Future of Public Health

Thomas R. Frieden, M.D., M.P.H.

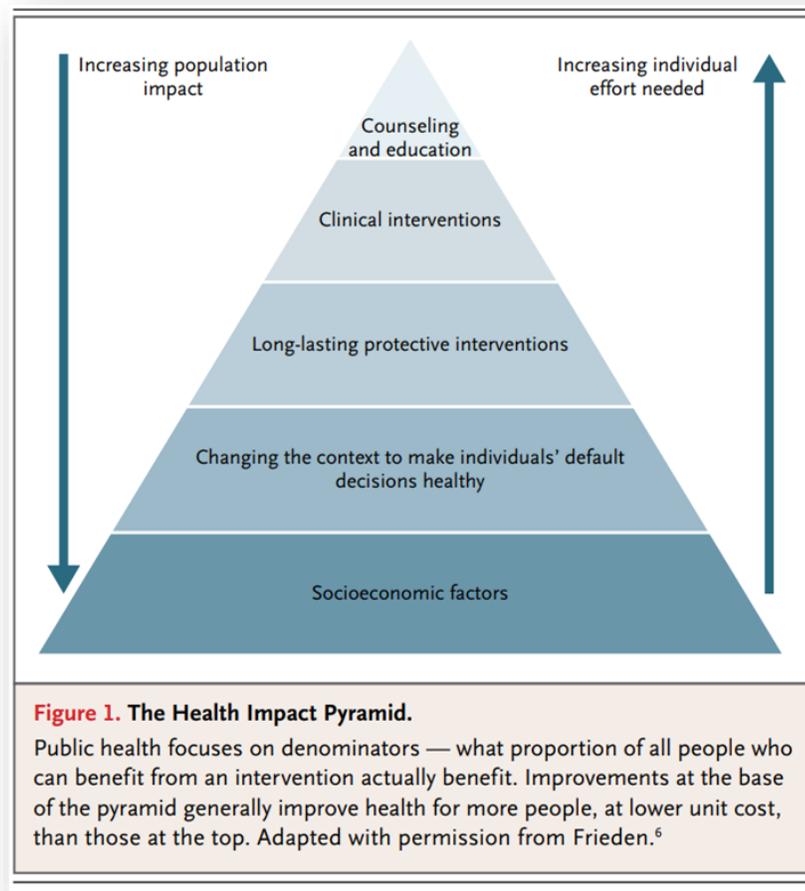
From the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta. Address reprint requests to Dr. Frieden at the Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Rd., Atlanta, GA 30333, or at [tfrieden@cdc.gov](mailto:tfrieden@cdc.gov).

N Engl J Med 2015;373:1748-54.  
DOI: 10.1056/NEJMsa1511248  
Copyright © 2015 Massachusetts Medical Society.

THE FIELD OF PUBLIC HEALTH AIMS TO IMPROVE THE HEALTH OF AS MANY people as possible as rapidly as possible. Since 1900, the average life span in the United States has increased by more than 30 years; 25 years of this gain have been attributed to public health advances.<sup>1,2</sup> Globally, life expectancy doubled during the 20th century,<sup>3</sup> largely as a result of reductions in child mortality attributable to expanded immunization coverage, clean water, sanitation, and other child-survival programs.<sup>4</sup>

Public health focuses on denominators — what proportion of all people who can benefit from an intervention actually benefit. Maximizing health requires contributions from many sectors of society, including broad social, economic, environmental, transportation, and other policies in which government plays key roles; involvement of civil society; innovation by the public and private sectors; and health care and public health action. Although there has sometimes been distrust and disrespect between the health care and public health fields,<sup>5</sup> they are inevitably and increasingly interdependent; maximizing potential health gains is a defining challenge for both fields.

BUILDING A PUBLIC HEALTH PYRAMID



**Figure 1. The Health Impact Pyramid.**

Public health focuses on denominators — what proportion of all people who can benefit from an intervention actually benefit. Improvements at the base of the pyramid generally improve health for more people, at lower unit cost, than those at the top. Adapted with permission from Frieden.<sup>6</sup>



### Sector Público de Salud

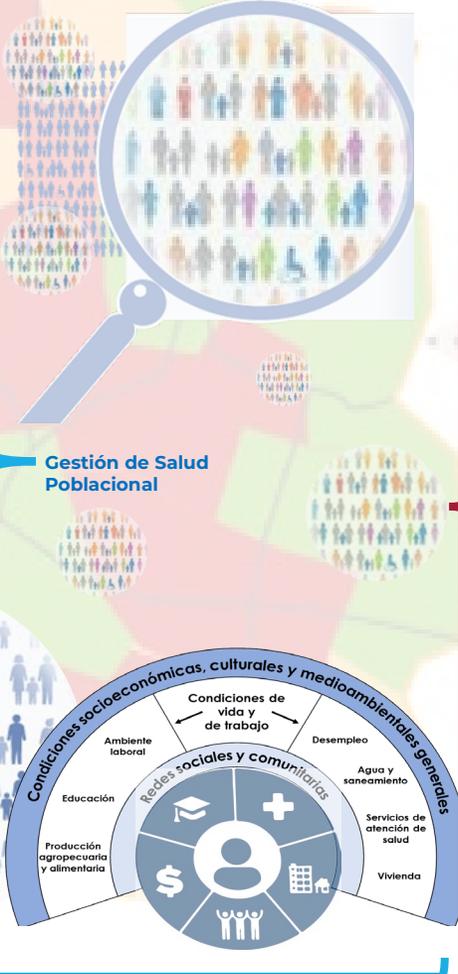
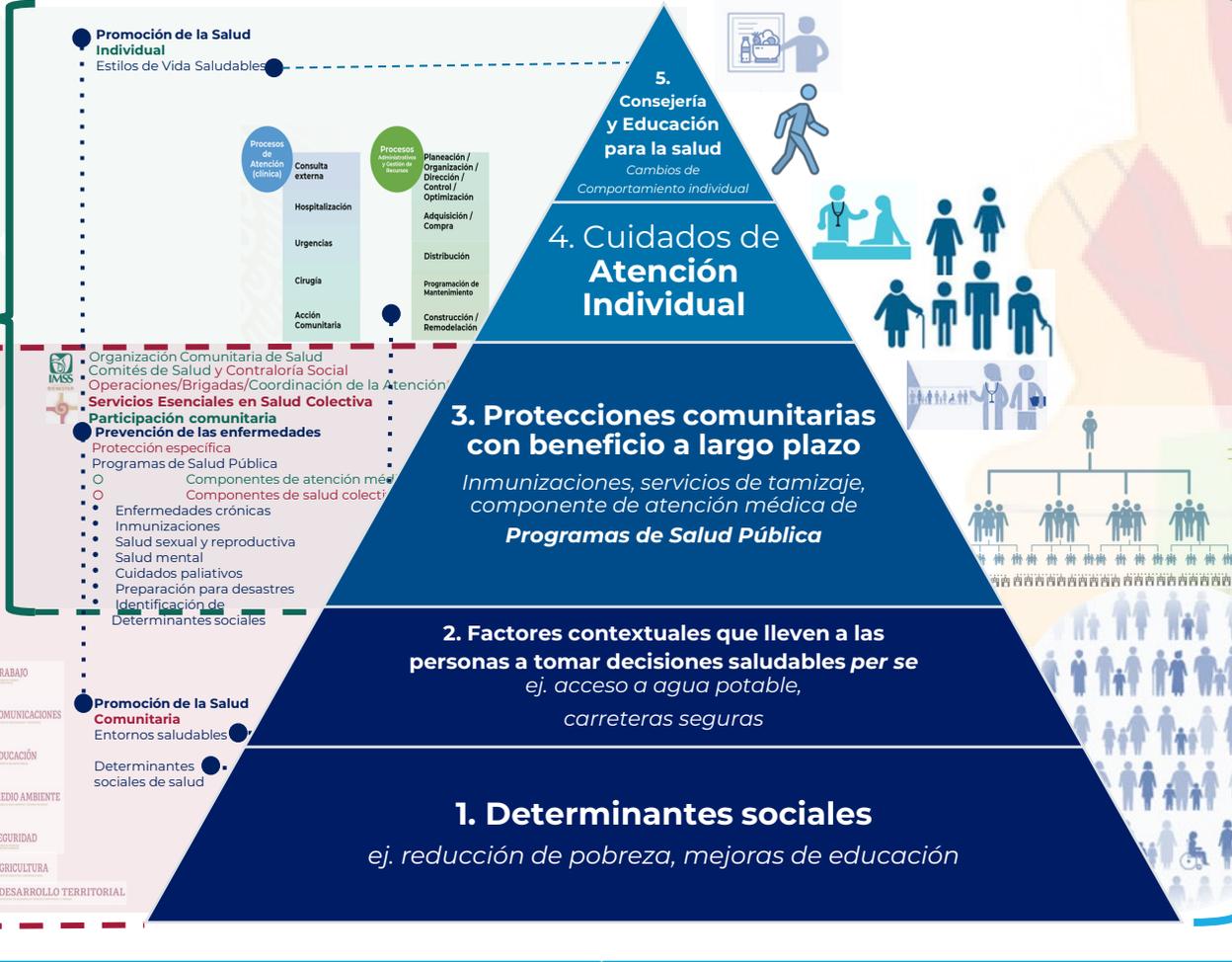
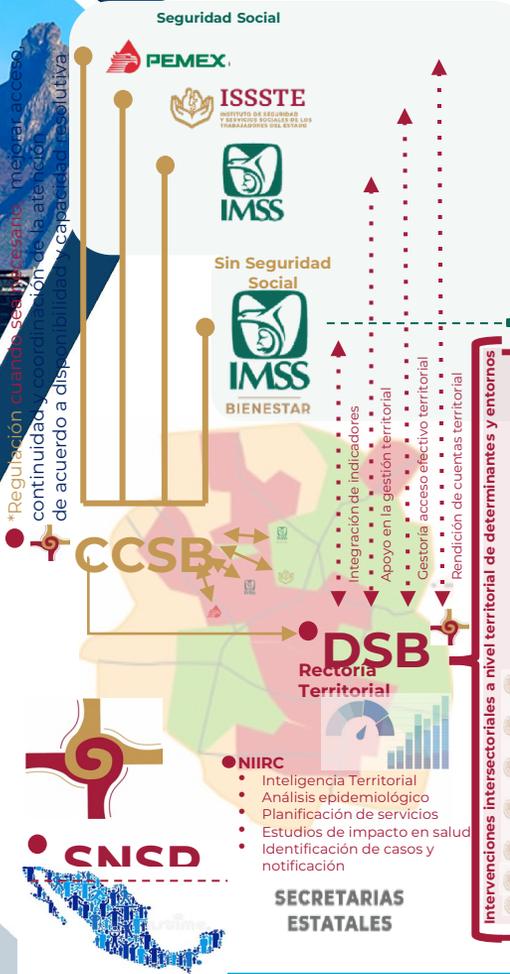


# Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

## Componentes de Atención Médica y Salud Colectiva



Continuo de la Atención Colectiva Individual



- FESP 1.** Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud
- FESP 2.** La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias
- FESP 3.** Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud
- FESP 4.** Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población
- FESP 5.** Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia
- FESP 6.** Desarrollo de recursos humanos para la salud
- FESP 7.** Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces
- FESP 8.** Financiamiento de la salud eficiente y equitativo
- FESP 9.** Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad
- FESP 10.** Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables
- FESP 11.** Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud

Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Diario Oficial de la Federación. 25 de Septiembre de 2022.  
 Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción Organización Panamericana de la Salud, 2020  
 Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health. 2010;100(4):590-5.

## Atención de Necesidades y Demandas sociales de Salud por el Sector Gubernamental

Secretaría	Acción	Necesidad o Demanda social en salud que atiende
<b>SEP</b>	Incorporar contenidos de promoción de la salud en la educación	Necesidad de adquirir hábitos saludables desde edades tempranas
	Promover entornos escolares saludables	Demanda de espacios seguros, con alimentación adecuada y apoyo psicosocial
	Programas de educación sexual integral	Necesidad de prevenir embarazos adolescentes e ITS
	Fortalecer formación de profesionales en salud con enfoque territorial	Demanda de personal capacitado con enfoque territorial y social
	Fomentar la alfabetización en salud	Necesidad de tomar decisiones informadas sobre la salud
<b>STPS</b>	Promover condiciones laborales seguras y saludables	Necesidad de prevenir riesgos ocupacionales
	Promover la salud mental en espacios de trabajo	Demanda de bienestar emocional y reducción del estrés
	Regular la jornada laboral	Necesidad de prevenir enfermedades asociadas a sobrecarga laboral
<b>SEDATU</b>	Planificar ciudades saludables y sostenibles	Necesidad de entornos urbanos que promuevan salud
	Impulsar vivienda digna con servicios básicos	Demanda de condiciones sanitarias adecuadas
	Crear espacios públicos para actividad física	Necesidad de prevenir enfermedades crónicas
<b>Bienestar</b>	Operar programas sociales con enfoque en equidad de salud	Necesidad de reducir desigualdades sanitarias
	Fomentar redes de cuidado comunitario	Demanda de apoyo a personas mayores o con discapacidad
<b>SEMARNAT</b>	Vigilar la calidad del aire, agua y suelo	Necesidad de prevenir enfermedades ambientales
	Regular contaminantes nocivos	Demanda de protección ante riesgos ambientales
<b>SADER</b>	Garantizar seguridad alimentaria con enfoque nutricional	Necesidad de prevenir desnutrición y obesidad
	Fomentar producción local de alimentos saludables	Demanda de acceso a dietas sanas y asequibles
<b>SHCP</b>	Asegurar financiamiento suficiente para salud	Demanda de servicios accesibles y sostenibles
	Aplicar impuestos saludables	Necesidad de desincentivar consumo de productos nocivos

## Atención de Necesidades y Demandas sociales de Salud por el Sector Gubernamental

Secretaría	Acción	Necesidad o Demanda social en salud que atiende
<b>SSPC</b>	Prevenir violencia comunitaria con enfoque de salud	Demanda de entornos seguros para la salud mental y física
	Coordinar atención a víctimas de violencia	Necesidad de atención integral post-trauma
<b>SICT</b>	Mejorar conectividad en comunidades rurales	Demanda de acceso oportuno a servicios de salud
	Diseñar transporte inclusivo y accesible	Necesidad de equidad en movilidad sanitaria
<b>SFP</b>	Fomentar transparencia en el gasto en salud	Necesidad de eficiencia y rendición de cuentas
	Promover auditorías sociales comunitarias	Demanda de participación ciudadana en vigilancia sanitaria
<b>SRE</b>	Promover cooperación internacional en salud	Demanda de capacidades técnicas ampliadas
	Coordinar acciones consulares de protección sanitaria	Necesidad de atención a migrantes en situación vulnerable
<b>SEDNA</b>	Operar unidades médicas móviles	Demanda de servicios en regiones aisladas o afectadas por desastres
	Coordinar campañas de vacunación masiva	Necesidad de inmunización oportuna en crisis sanitarias
<b>SEMAR</b>	Desplegar brigadas médicas en zonas costeras	Demanda de servicios en comunidades aisladas
	Apoyar vigilancia epidemiológica en zonas litorales	Necesidad de detección temprana de brotes
<b>SENER</b>	Fomentar acceso equitativo a energía en centros de salud	Necesidad de garantizar funcionamiento sanitario básico
	Promover energías limpias en hospitales	Demanda de sostenibilidad y menor impacto ambiental
<b>SE</b>	Supervisar inocuidad de bienes de consumo	Necesidad de protección frente a alimentos y productos inseguros
	Regular publicidad de productos nocivos	Demanda de ambientes protectores ante riesgos comerciales
<b>SECTUR</b>	Promover turismo de salud y bienestar	Demanda de servicios regulados y de calidad para visitantes
	Desarrollar estrategias sanitarias en zonas turísticas	Necesidad de prevenir contagios y proteger la salud pública
<b>Cultura</b>	Promover cultura para salud mental y bienestar	Demanda de herramientas comunitarias para salud emocional
	Incorporar enfoque intercultural en servicios	Necesidad de respeto a prácticas indígenas en salud



Ejemplo de Demanda social en salud relativa a la formación de recursos humanos y su articulación con el sector salud.

*“Contar con personal médico y de enfermería disponible, competente y culturalmente sensible en mi comunidad rural o indígena.”*

Esta es una demanda frecuente en regiones con alta marginación, donde las personas enfrentan **barreras geográficas, culturales y económicas** para acceder a servicios de salud.

La población no solo quiere servicios médicos, sino **personal que hable su lengua, entienda su contexto y permanezca en la comunidad.**

# Articulación con el sector salud:

## 1. Secretaría de Salud y sus Instituciones:

- Identifica territorialmente las zonas con déficit de personal.
- Define perfiles profesionales requeridos (médicos generales, parteras profesionales, promotores comunitarios, etc.).
- Participa en el diseño de programas como **internado comunitario, servicio social con enfoque territorial** y la contratación directa de egresados en zonas prioritarias.

# Articulación con el sector salud:

## 2. Sector educativo (Ej. SEP, universidades públicas )

- Adapta currículos de formación médica y de enfermería para incluir prácticas comunitarias, enfoque intercultural y rotaciones rurales.
- Crea **becas para estudiantes de origen rural** o indígena que regresen a servir a sus comunidades.
- Desarrolla **plataformas educativas (como SiESABI)** para acompañamiento formativo contextualizado.

## 3. Mecanismo articulador:

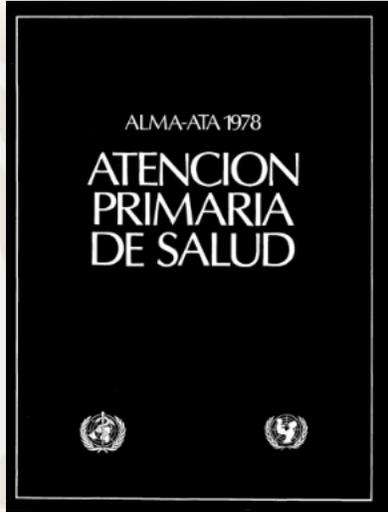
- Convenios entre universidades, servicios estatales de salud y las instituciones públicas de salud.
- Programas como el **MAS-BIENESTAR** que integran la formación en el territorio.
- Uso de datos epidemiológicos para planear la formación y ubicación del personal.

# Resultado esperado

Una **respuesta intersectorial** que forma recursos humanos **alineados a las demandas y necesidades sociales**, distribuidos con **criterios de justicia territorial** y capaces de ejercer bajo los principios de la **Atención Primaria de Salud**.



1978



Define APS como atención esencial, accesible, basada en participación comunitaria. **Se interpreta como Primer nivel de contacto** del Sistema de Salud.

2003

Revista Perspectivas de Salud  
La revista de la Organización Panamericana de la Salud  
Volumen 8, Número 1, 2003



Alma-Ata: 25 años después  
por David A. Tejeda de Rivero

"Salud para todos en el año 2000" fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que 25 años después, todavía estemos trabajando por ese sueño.

Este año se cumple el 25o aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente China fue el gran ausente.

Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones, los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevara al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de "Salud para todos". Desde entonces, Alma-Ata y "atención primaria de salud" son términos indisolubles.

La denominación de "atención primaria de salud" surgió de una percepción sesgada y errada de algunos de los componentes formales de las experiencias antes mencionadas y sobre todo de la experiencia china de los "médicos descalzos". Su comprensión superficial y simplista contribuyó a una muy restringida interpretación conceptual.

Los tres términos del concepto han sido mal interpretados. Ya vimos la estrecha y errada interpretación de "salud".

En cuanto a la "atención", la versión original en inglés usó el término "cuidado" (care), y no "atención". El "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

En lo lingüístico, el término "primario" tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo "primitivo, poco civilizado"; y la otra a "lo principal o primero en orden o grado". Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término "primario" en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud "forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)", y es "la función central y el núcleo principal" de "todo" el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.

Distorsiones que ha sufrido el concepto de Atención Primaria de Salud debido a **traducciones e interpretaciones incorrectas.**

2007

The image shows the cover of the document 'La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas'. It features a collage of diverse people's faces at the top. Below the title, it says 'Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)'. There is a small inset photo of a meeting with the caption 'Atención Primaria de Salud en las Américas'. At the bottom, the logos of the Pan American Health Organization and the World Health Organization are visible.

**Estrategia amplia de organización de los sistemas de salud y de atención** que busca garantizar el derecho al mayor nivel de salud posible, mediante el acceso universal, equitativo e integrado a servicios de salud, centrados en las personas y sus comunidades, y que fomenten la participación social y **aborden los determinantes sociales de la salud**

2008

The image shows the cover of the report 'La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca'. It features a colorful geometric pattern of interlocking triangles at the top. Below the title, it says 'Informe sobre la salud en el mundo 2008'. At the bottom, the logos of the Pan American Health Organization and the World Health Organization are visible.

Se expande la APS como **estrategia organizativa de todo el sistema de salud, más allá de primer nivel.**  
Tres pilares:

- Cobertura universal,
- Servicios centrados en personas,
- Políticas Públicas saludables

The image shows the cover of the series 'La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas'. It features a collage of diverse people's faces at the top. Below the title, it says 'SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas'. It also indicates 'No. 1' and 'Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud'. At the bottom, it says 'Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS' and includes the logos of the Pan American Health Organization and the World Health Organization.

Propone los **principios, valores, y competencias** de los equipos de APS en el primer nivel de atención.

## LO QUE ES LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES A CASI TREINTA Y CINCO AÑOS DE ALMA-ATA

WHAT A PRIMARY HEALTH CARE IS: SOME CONSIDERATIONS AFTER ALMOST THIRTY FIVE YEARS OF ALMA-ATA

David A. Tejada de Rivero<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud  
<sup>2</sup> Médico; MPH; especialista en Salud Pública; especialista en planificación y desarrollo económico; doctor en Ciencias Políticas. Ex subdirector general de la OMS, coordinador general de la Conferencia de Alma-Ata y ex ministro de salud del Perú  
 Recibido: 21-04-13; Aprobado: 08-05-13

### RESUMEN

La atención primaria de la salud fue concebida en la década de los 70 como una estrategia política para lograr la meta social de "Salud para todos". Respondió a importantes cambios en los terrenos social, político y económico que ocurrieron a nivel global después la segunda guerra mundial, y que siguen ocurriendo hasta la actualidad. Por una desafortunada mala traducción del inglés al español y una errada interpretación de términos, la atención primaria de la salud ha sido malentendida por muchos como "atención en el nivel primario de salud" o como la "dotación de un paquete de prestaciones básicas pero insuficientes a los más pobres", conceptos erróneos que mantienen las inaceptables inequidades sociales y de salud que hoy seguimos sufriendo. Este artículo explicita lo que es y lo que no es la atención primaria de la salud para abordar el tema desde su verdadero contexto, y hacia su verdadero norte.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; Políticas públicas de salud; Actos internacionales (Fuente DeCS BIREME).

### ABSTRACT

Primary health care was conceived in the 70s as a comprehensive, joint and inclusive strategy to achieve the goal of "Health for Everyone". It was the result of important social, political and economic changes which occurred at global level back in those years and which persist until now. Due to an unfortunate combination of words, Primary Healthcare has been mistakenly understood by many as "healthcare at the basic level" or the "provision of basic, and hence insufficient services to the poorest", wrong concepts that contribute to the current social and health inequalities. This article explains what primary healthcare is and what it is not in order to address the subject in its real context.

**Key words:** Primary health care; Health public policy; International Acts (Source MeSH NLM).

### UN TESTIMONIO PERSONAL

Han pasado más de tres décadas desde la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de la salud, en Alma-Ata, la entonces capital de la República Socialista Soviética de Kazakhatán, y que hoy ha pasado a llamarse Almaty, mientras que la nueva capital de esta pujante y riquísima república asiática se llama Astana y fue, como Brasilia, levantada de la nada. Tuve la oportunidad de estar allí hace cinco años, cuando se celebraron los treinta años de esta trascendental conferencia.

La Conferencia de Alma Ata fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) <sup>(1)</sup>. Asistieron representantes oficiales de todos los países miembros de ambas agencias internacionales -de todos los continentes, del norte desarrollado y del sur en vías

de desarrollo, y, del occidente y del este ideológicos del mundo de esa época- así como delegados de agencias internacionales y numerosas organizaciones no gubernamentales, tanto internacionales como nacionales.

Gracias a un proceso descentralizado de preparación que llevó más de un año, se llegó a acuerdos unánimes, y compromisos solemnes de acción inmediata. Durante dos años fue mi mayor preocupación profesional (funcionaria y personal) - como coordinador general de ese evento-proceso. Menciono esto solo porque lo viví por dentro y, por lo tanto, ese conocimiento no proviene de la lectura de segundas o terceras referencias. Lo viví no solo en sus manifestaciones formales e informes oficiales sino a lo largo de su complejo proceso de origen, antecedentes, preparación, desarrollo, elaboración final de conclusiones, y hechos inmediatamente posteriores<sup>(2)</sup>.

Citar como: Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(2):283-7.



Traducción inadecuada contribuyó a **interpretaciones erróneas** de la estrategia original de Alma-Ata

EL ECONOMISTA

OPINIÓN

Atención o cuidado a la salud

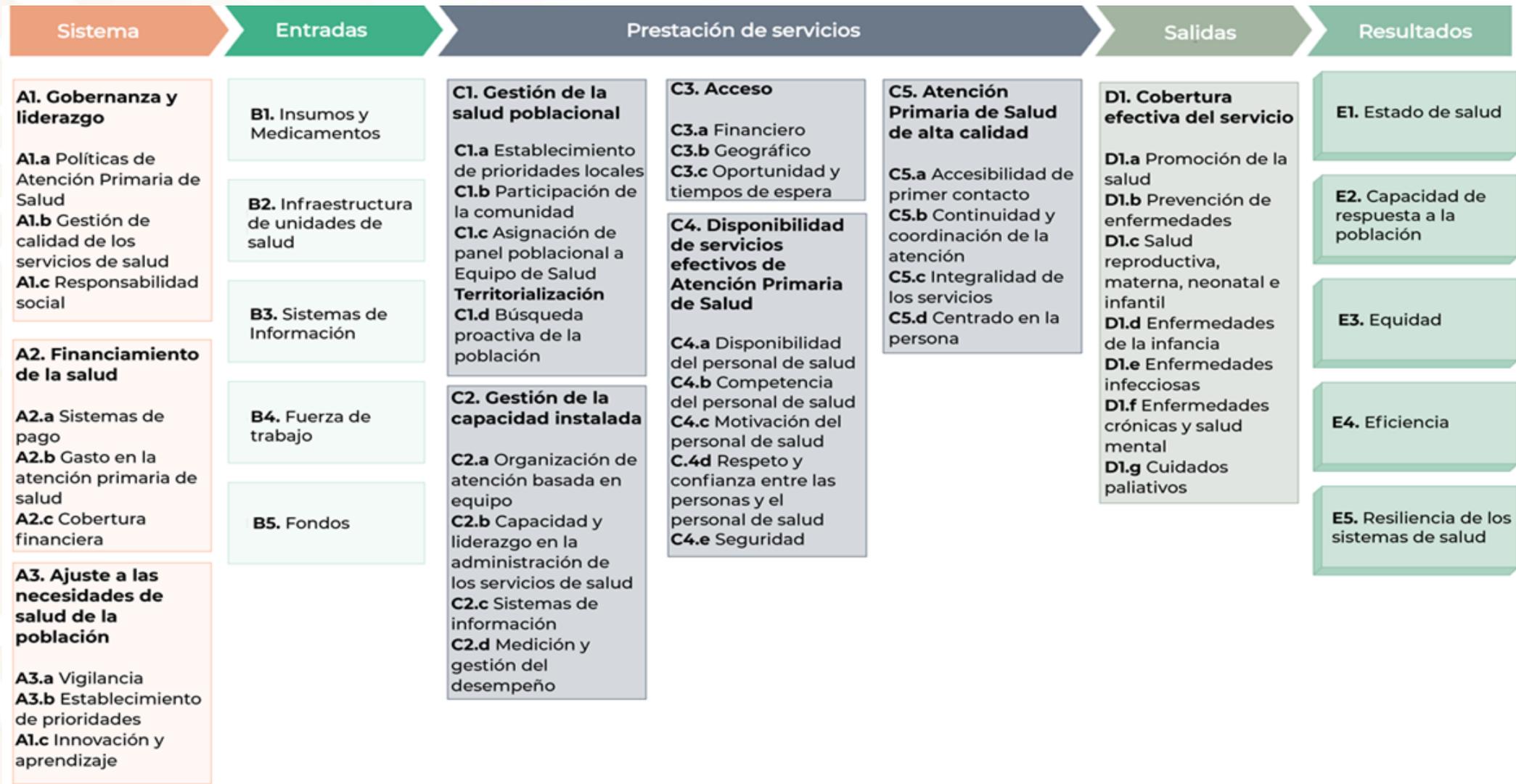
Opinión

Rafael Lozano

EL ECONOMISTA



# Marco conceptual de la Atención Primaria de Salud







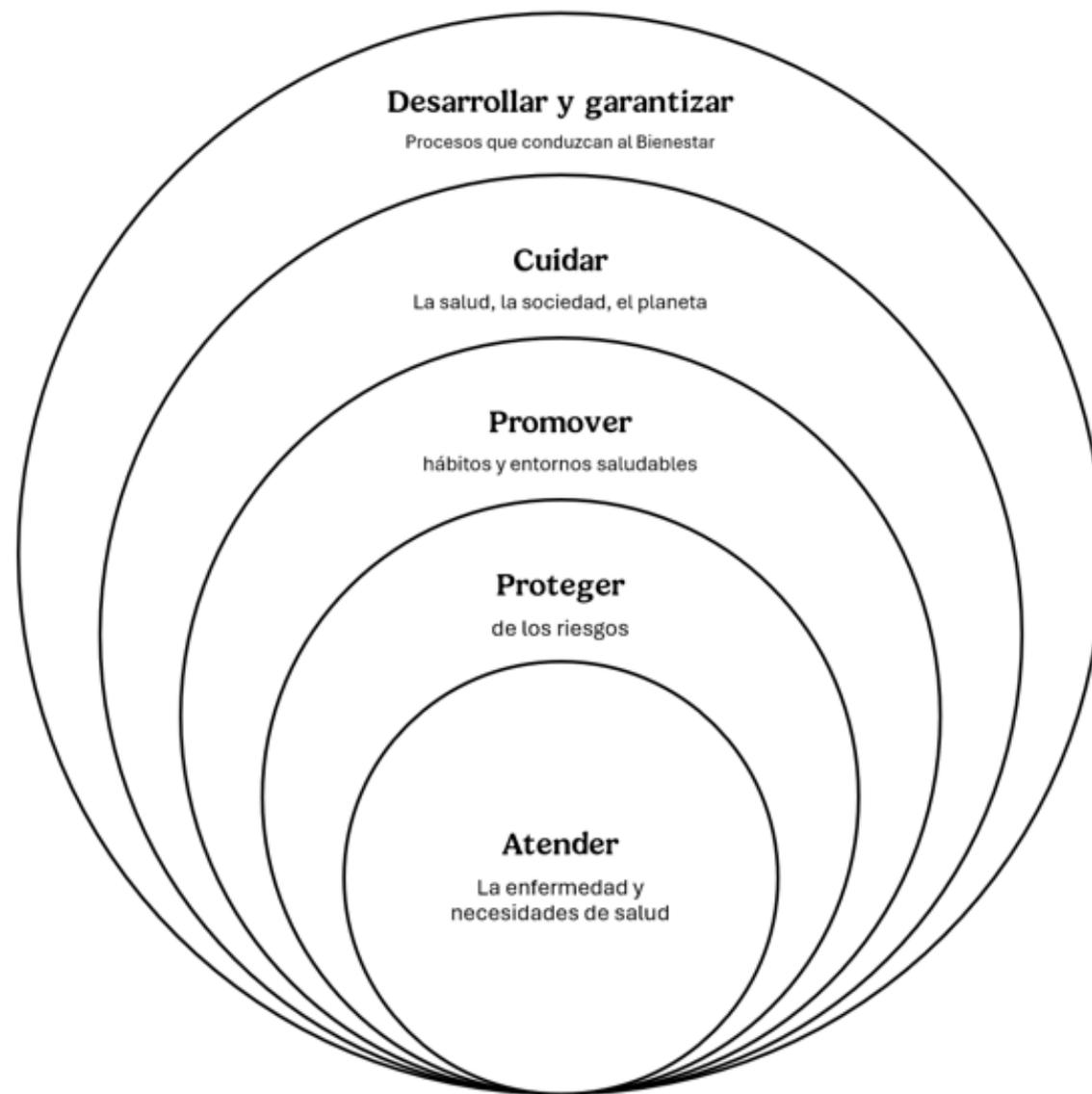


Figura 1. Capas del Desarrollo del Bienestar en Salud. Elaboración propia. Rosbel Toledo-Ortiz



EL ECONOMISTA

Atención o cuidado a la salud



2021

# SiESABI

## Sistema Educativo de Salud para el Bienestar



940,147

Usuarios



112

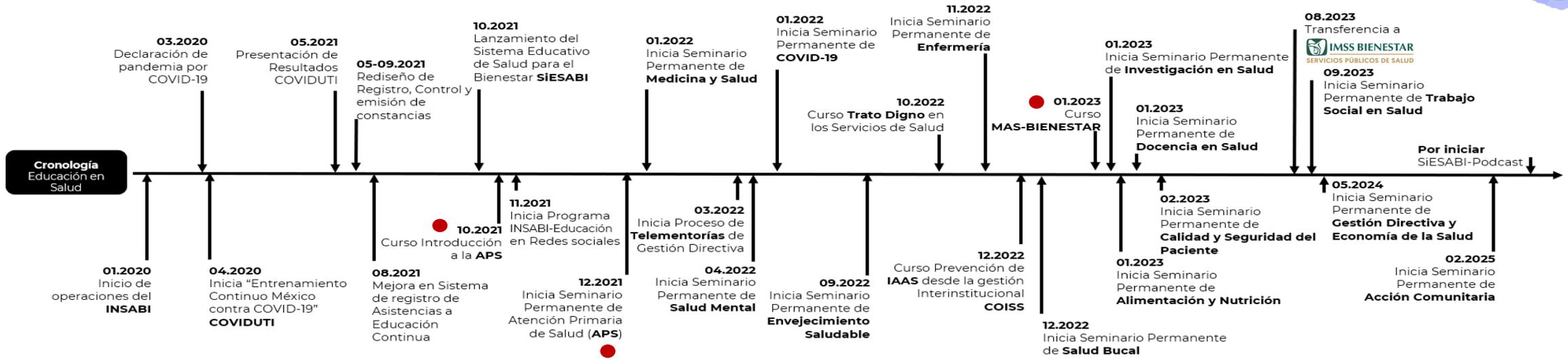
Cursos Virtuales



642

Seminarios

### Historia del Sistema Educativo de Salud para el Bienestar y sus Seminarios Permanentes de Educación Continua





Gracias

