

## INTRODUCCIÓN

La meta visionaria de la ‘salud para todos’ sigue teniendo tanta vitalidad hoy como cuando se expresó por primera vez en la Declaración de Alma sobre Atención Primaria de Salud en 1978 [1]. Actualmente está aumentando el interés en la Atención Primaria en Salud integral en las agendas de las instituciones nacionales y mundiales, y esto por tres razones principales:

1. A pesar de los impresionantes desarrollos de la biomedicina, sólo ha habido un limitado progreso en el mejoramiento de la salud [2,3].
2. La inequidad tanto en riqueza como en salud ha aumentado en las últimas dos décadas, y en muchos países el estado de la salud se ha estancado o incluso deteriorado. La acción sobre los determinantes sociales de la salud contribuirá a reducir estas inequidades [4-14].
3. El énfasis en enfoques selectivos, verticales y centrados en la enfermedad ha llevado a un mosaico no sustentable de intervenciones en salud que se reconoce cada vez más como obstáculo para el progreso hacia las Metas de Desarrollo del Milenio en muchas partes del mundo [15-23].

Por otra parte existe una experiencia impresionante en enfoques de Atención Primaria en Salud integral (APS-I) para la planificación y entrega de sistemas de salud [24-25]. Sin embargo, a menudo se presta muy poca atención a la importancia del contexto local en que tienen lugar los esfuerzos de APS-I, contextos que a su vez condicionan, pero también limitan, la implementación plena de esta APS-I a, lo que lleva a numerosas implementaciones parciales y a la necesidad de entender no sólo sus logros, sino cómo lo han hecho quienes casi la han realizado idealmente [26-29]. Nuestra iniciativa llenará este vacío de conocimiento al reunir a profesionales, investigadores y usuarios de investigación para documentar más plenamente las lecciones del pasado en APS-I y realizar investigaciones sobre actividades de APS-I en el presente. Nuestra meta es aumentar el entendimiento de la APS-I y apoyarla, como base para la revitalización de los sistemas de salud. En breve, pretendemos renovar, expandir y profundizar la base de evidencia de la APS-I, reconociendo que no se han efectuado esfuerzos sistemáticos en este sentido desde las décadas de 1970 y 1980.

Nuestro trabajo parte de tres proposiciones clave que conforman nuestra visión para esta iniciativa:

1. La prestación de una atención de salud eficaz, eficiente, equitativa y sustentable (incluyendo prevención de la enfermedad y promoción de la salud), depende de un enfoque programático amplio dirigido a satisfacer las necesidades de atención primaria en salud de las comunidades (incluyendo a la población vulnerables y marginalizadas), al mismo tiempo que se enfrenta las condiciones sociales que amenazan su salud. La APS-I proporciona las bases para un enfoque programático de este tipo, si bien existe aún la necesidad de cuestionar e incrementar la evidencia base sobre su eficacia.
2. Los principios de la APS-I han sido intensamente refutados por otros modelos de prestación de atención de salud. (NOTA: “base de evidencia” no es la mejor traducción para “evidence-base” sería mejor emplear “evidencia basal” o “evidencia base”) Esta controversia resulta en parte de la percepción de que la evidencia-base es inadecuada (insuficiente?) y de que subsisten debates políticos no resueltos como el de los programas APS integral vrs APS selectiva ; los papeles e interrelaciones entre los sectores privado y público; y la función/importancia de la participación

y movilización populares en los programas de atención y prevención. Existe la necesidad urgente de sintetizar y proporcionar nueva evidencia dirigida a estas áreas de controversia.

3. Para proveer esta evidencia, la investigación plantea muchos desafíos metodológicos, que incluyen una pluralidad de sistemas de conocimiento (p. Ej. técnico, lego, insito en la cultura) y métodos para reunir la evidencia requerida: cuestiones relacionadas con la voz y el poder en la definición, generación e interpretación de esta evidencia; necesidad de abordar las preocupaciones de los profesionales y usuarios de investigación locales; y por sobre todo, la necesidad de integrar el contexto específico de la implementación de la APS-I en lecciones generalizadas sobre su impacto y eficacia.

Hay tres preguntas de investigación globales que guían nuestra iniciativa:

*Pregunta 1.*Cuál es la evidencia de la eficacia de la Atención Primaria en Salud Integral, respecto a:

- a. el aumento de la equidad en la atención de salud y otros servicios/ recursos esenciales para la salud
- b. la reducción de las vulnerabilidades mediante cambios en la redistribución de poder hacia la comunidad (capacidades)
- c. la reducción de la exposición al riesgo a través de cambios en las determinantes ambientales y sociales de la salud
- d. el mejoramiento de mecanismos y oportunidades de participación y capacidades políticas de grupos marginados de la población objeto de iniciativas de Atención Primaria de Salud Integral
- e. el aumento de la capacidad y flexibilidad de la comunidad para poder habilitar respuestas eficaces, destinadas a la promoción y protección de la salud
- f. el aumento equitativo de los resultados de salud para la población.

*Pregunta 2.* ¿En qué medida un programa internacional de desarrollo de capacidades de investigación para la APS-I, facilitado por el Movimiento para la Salud de los Pueblos y con participación de profesionales, administradores y formuladores de políticas, contribuirá a fortalecer la base de la evidencia para la eficacia de la APS-I?

Para responder a las dos preguntas anteriores, prestaremos atención y desarrollaremos nuevo conocimiento sobre:

- a. Qué estrategias o mecanismos usados por la APS-I en contextos diferentes funcionan mejor para lograr los resultados que se especifican arriba.
- b. De qué manera el nivel de desarrollo, las políticas y el contexto políticos de las inequidades en salud entre los países o al interior de los países, o las diferencias regionales en política, afectan estos impactos.
- c. Qué combinación de recursos, políticas e interrelaciones entre estado/sociedad civil/universidad facilitan y sostienen una APS-I adecuada y eficaz.
- d. Qué tipos de estrategias o formas de movilización han consolidado las combinaciones organizacionales y de recursos mencionados anteriormente.
- e. Cuáles son las condiciones internacionales que posibilitan u obstaculizan el establecimiento de sistemas sustentables de APS-I, incluyendo consideraciones de cómo las políticas, conceptos y métodos de reforma macroeconómica y del sector salud de los países industrializados y las instituciones financieras internacionales, han influenciado

estas condiciones internacionales.

- f. Cuáles son las habilidades de investigación y enfoques metodológicos necesarios para respaldar la operacionalización efectiva de la APS-I y la producción de una base de evidencia convincente.
- g.Cuál es el papel de los proyectos de investigación conducidos localmente para contribuir al desarrollo de sistemas locales de APS-I y a la base de evidencia internacional sobre esta.

*Pregunta 3.* ¿Qué enfoques, herramientas y métodos de investigación/evaluación son los más útiles para progresar en la comprensión e implementación de la APS-I? Bajo esta amplia tercera pregunta, anticipamos que varias preguntas importantes surgirán de los nuevos proyectos locales desarrollados por los equipos de investigación que participen en nuestros cursos de capacitación. Un conjunto representativo de preguntas basado en discusiones con nuestros usuarios estratégicos de investigación incluiría:

- a. ¿Qué métodos de evaluación de programas son los más adecuados para usar en un contexto de APS-I?
- b. ¿Cómo se puede medir la eficacia del empoderamiento de la comunidad en APS-I?
- c. ¿Qué tipo de investigación e implementación de conocimientos, habilidades y valores se requerirán para el componente de promoción de la APS-I en contextos específicos?
- d. ¿En qué medida los métodos existentes de control de calidad diseñados para contextos de salud comunitaria son aplicables para APS-I?
- e. ¿Cómo pueden modificarse los sistemas de información en salud para tomar más en cuenta los marcos de referencia e indicadores de salud locales y culturalmente específicos, especialmente en el caso de pueblos indígenas?
- f. ¿Cuál es la rentabilidad de la APS-I en contextos específicos?
- g. ¿En qué medida los procesos de reforma de la atención de salud que se llevan a cabo en contextos específicos fortalecen a la implementación de la APS-I?
- h. ¿Qué indicadores se pueden usar para medir el grado en que un sistema de salud se ha reorientado hacia la APS-I?

Estas preguntas se responderán mediante el desarrollo de un marco conceptual de atención de APS-I, una revisión narrativa integral que abarque las experiencias anteriores de APS-I y un programa único de capacitación de ‘investigación - acción’ que promueve la asociación de los nuevos investigadores en salud con los usuarios de la investigación. Este programa combinado de capacitación/investigación aprovecha las redes establecidas por el Movimiento para la Salud de los Pueblos, los programas de capacitación de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos, y el reservorio de investigación y experiencias prácticas en APS-I del equipo central de investigación de nuestra iniciativa, así como de sus asociados estratégicos de investigación en tres regiones geográficas: La India (extendiéndose a otras regiones del Sudeste Asiático), África (centrándose primero en Sudáfrica, Tanzania, Zimbabwe) y América Latina (enfocando al comienzo El Salvador, Nicaragua, Guatemala, Bolivia, Ecuador, Colombia, Brasil, Argentina); más un grupo de población interregional (comunidades indígenas de Australia y Canadá).

La fundamentación para incluir a grupos indígenas de Canadá y Australia reside en el hecho ampliamente conocido de que se los considera a menudo como parte del “cuarto mundo”, pese a estar al interior de estos países de altos ingresos. Investigadores y usuarios de investigación, así

como organizaciones clave de salud indígena de ambos países, forman parte de nuestro equipo central. Los países africanos se seleccionaron por su sustancial experiencia anterior en APS-I, a la que son favorables, teniendo además una buena disposición hacia nueva investigación y generación de conocimiento. Lo mismo se aplica al subcontinente de India, donde el Movimiento para la Salud de los Pueblos ha estado promoviendo activamente una campaña por el ‘derecho a la atención de salud’ en los últimos años, generando una sólida base de movilización comunitaria que se puede aprovechar. Los dos países centroamericanos (El Salvador y Nicaragua) se seleccionaron por sus experiencias pasadas y prometedoras en APS-I que desafortunadamente se estancaron; pero que experimentan un resurgimiento de su interés en la misma y han sido objeto de recientes estudios de evaluación de iniciativas anteriores de APS-I, en que participaron ampliamente dos miembros de nuestro equipo central. De los países sudamericanos, el nuevo gobierno de Bolivia se ha comprometido a un rápido despliegue de la APS-I, como ya lo ha hecho el Alcalde de Bogotá, Colombia, creando así nuevos experimentos naturales. Ecuador cuenta con proyectos en curso de APS-I, y además fortalece otros nuevos con indígenas de las regiones amazónicas; además, varios estados de Brasil han emprendido grandes iniciativas recientes en este sentido, algunas de las cuales se han evaluado, aunque otras no. Nuestra iniciativa incluye investigadores y usuarios de investigación familiarizados con todos esos lugares y y/o trabajando en ellos. Todos los lugares seleccionados carecen actualmente de capacidad adecuada para la investigación y están comprometidos a desarrollar capacidad investigadora, tanto en general, como referida específicamente a la APS-I.

### **1. La APS-I como política y modelo programático**

La APS-I es un modelo ampliamente reconocido para desarrollar servicios integrales de salud comunitaria. Se trata de un enfoque de ‘sistema de salud total’ que incorpora apoyo administrativo de distrito y de especialistas al primer nivel de atención de salud. Es intrínseco a la APS-I, el empoderamiento de la comunidad como parte de una estrategia conducente a resultados de salud mejores y más equitativos y a un mejor sistema de rendición de cuentas en salud. La APS-I surge en parte como respuesta al creciente reconocimiento de las limitaciones de un enfoque biomédico y tecnológico para el mejoramiento de la salud, y como un reconocimiento de numerosas experiencias de atención de salud basadas en la comunidad [30], que incluyeron el uso de trabajadores auxiliares de la salud en muchos países en desarrollo, la expansión masiva de servicios médicos rurales en la China comunista y el impacto de los programas integrales de salud, educación y (en algunos casos) bienestar social en Tanzania, Cuba, Vietnam, Nicaragua y Sri Lanka [25,31,32], relativamente poco costosos (en comparación). Las tres características esenciales de estos enfoques en APS-I eran el reconocimiento de que la promoción de la salud depende fundamentalmente del mejoramiento de las condiciones socio económicas, la mitigación de la pobreza y el subdesarrollo; de que en este proceso, las personas en sus funciones ciudadanas/comunales deben ser a la vez los mayores activistas y los beneficiarios principales; y que los sistemas de atención de salud se deben reestructurar para apoyar actividades prioritarias en el primer nivel a nivel primario, porque responden a las necesidades de salud más urgentes de las personas [16,25].

La APS-I se puede considerar tanto una filosofía política de la salud como una estrategia operativa. En tanto filosofía, pone énfasis en la distribución equitativa del acceso a la atención de salud básica; la prevención de enfermedades y promoción de la salud; la participación de la

comunidad en la planificación de programas y servicios; la coordinación intersectorial de programas y servicios; y el uso de tecnologías apropiadas. En tanto estrategia operativa, la APS-I, en sus primeras formulaciones, tenía ocho elementos esenciales [1]:

1. educación concerniente a los problemas de salud prevalentes y los métodos para su prevención y control;
2. promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada;
3. suministro adecuado de agua segura y saneamiento básico;
4. atención materno infantil, incluyendo planificación familiar;
5. inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
6. prevención y control de las enfermedades endémicas locales;
7. tratamiento adecuado de enfermedades infecciosas y heridas;
8. provisión de medicamentos esenciales.

Más abajo proporcionamos tres breves casos representativos de implementación de la APS-I, así como los enfoques de investigación usados para lograr sus objetivos. Como es habitual en otras experiencias de puesta en práctica de políticas complejas y multifacéticas, estos casos demuestran de manera diferente y en distinto grado los beneficios de la APS-I. Hay casos en que algunos de sus principios se han realizado plenamente y otros en que lo han hecho parcialmente o no se han cumplido en absoluto.

---

*1. La APS-I en zonas rurales y pueblos indígenas elimina la mortalidad infantil prevenible*

Hace catorce años la mortalidad infantil en Bolivia era más alta que en cualquier otra área de América Latina, y en algunos poblados quechua eran más los niños que morían que los que vivían. Como respuesta, se formó un equipo de médicos voluntarios y personal quechua, la mayoría de las mismas comunidades. Se efectuó una evaluación participativa de necesidades, se ofreció atención de salud desde un centro de salud en el poblado de Sapanani y se iniciaron actividades de educación en salud con los sindicatos campesinos, los niños y líderes comunitarios. Más adelante, poblados más lejanos comenzaron a participar, construyendo centros de salud que se conectaban mediante comunicaciones radiales las 24 horas, permitiendo la coordinación de las actividades médicas de una enfermera, asistentes de enfermería y promotores de la salud. Se exploró el papel de las medicinas tradicionales y se estableció un fondo de solidaridad, al que contribuyeron todas las familias y que era administrado por los habitantes del pueblo. El trabajo de salud comunitario se centró en saneamiento básico y en el desarrollo de sistemas de agua potable en todos los poblados circundantes. Como la desnutrición era la causa principal de mortalidad infantil, se estableció su prevención y tratamiento a través de un centro de recuperación nutricional que también operaba en las comunidades, ayudando a las madres en la rehabilitación de sus hijos con desnutrición moderada. Esto condujo a un proyecto agro veterinario que aumentó la producción de alimentos nutritivos mediante la crianza de animales pequeños, viveros de truchas y el mejoramiento de la productividad de las granjas por medio de sistemas de riego. En la actualidad, hay un componente educacional que incluye la construcción de un centro de capacitación para grupos comunitarios, alfabetización de adultos, perfeccionamiento de profesores, construcción de escuelas y participación en la democratización de las estructuras gubernamentales. A finales de 2005, este programa había logrado una tasa de mortalidad infantil de cero por desnutrición, diarrea, neumonía e infanticidio y una mortalidad maternal de cero, así como la resolución del 97% de las enfermedades más comunes a nivel del

poblado. Además se había logrado cobertura universal de inmunización infantil mediante una vasta red de promotores de la salud y grupos organizados de madres.

2. *El empoderamiento comunitario en APS-I genera un cambio saludable, pero también puede producir conflictos políticos*

El SILOS (Sistemas Locales de Salud) de la Zona Norte es un ejemplo de APS-I que se desarrolló en 6 municipalidades de San Salvador, en el ambiente facilitador inmediatamente posterior los Acuerdos de Paz (1992) que terminaron con la guerra civil en El Salvador. La iniciativa de desarrollar un proyecto de APS-I en una de las principales zonas conflictivas contó con la participación de gobiernos locales y organizaciones comunitarias y no gubernamentales y aprovechó la historia de participación/organización de gran parte de la población que eran ex refugiados, así como las oportunidades proporcionadas por donantes externos y el Ministerio de Salud. El abordaje participativo del proyecto (que se extendía a todas las fases de la investigación y la evaluación, mediante el empoderamiento comunitario y métodos de educación popular), su enfoque intersectorial y el acuerdo formal de abordar las causas subyacentes del conflicto de manera no violenta, favorecieron el desarrollo del SILOS. La eficacia e impacto de las acciones se demostraron por la disminución de las tasas de violencia y analfabetismo, el mejoramiento de la sanidad y aumento del acceso al agua, y el impacto limitado de la epidemia de cólera en comparación con otras áreas del país. Sin embargo, el modelo también produjo serias contradicciones. A pesar del sólido apoyo de los funcionarios locales, los funcionarios del gobierno central percibieron este fortalecimiento de la organización y empoderamiento comunitario como incompatibles con las prioridades políticas dominantes de la polarizada sociedad salvadoreña, y como una amenaza potencial contra el control político del área. En 1996, el gobierno central suspendió todo el apoyo oficial del Ministerio de Salud. Las comunidades locales pudieron proseguir el desarrollo por algún tiempo, pero el retiro del Ministerio de Salud acentuó la debilidad administrativa y las deficiencias organizacionales del proyecto SILOS. Desde entonces, el Banco Mundial ha establecido en el área un proyecto alternativo de atención de salud, que ha cambiado del énfasis participativo e intersectorial, a una APS-I selectiva que es fundamentalmente biomédica [33].

3. *La investigación participativa de sistemas de salud satisface las necesidades de atención de salud primaria*

Desde 1998 se han efectuado actividades de investigación y desarrollo para mejorar el manejo de la desnutrición infantil grave en los hospitales rurales de la empobrecida ex región sudafricana de Transkei. La investigación ha involucrado evaluaciones y análisis situacionales detallados, efectuados por personal de la sala de pediatría del Departamento de Salud de Cabo Este, trabajando con un equipo externo de investigación de la Universidad de Western Cape. La investigación reveló tasas inaceptables de mortalidad y serios desvíos en el manejo del protocolo de gestión de la desnutrición de la OMS, resultantes de insuficiencia de conocimiento y habilidades, recursos y personal inadecuados y deficiencias en la supervisión y apoyo por parte de la administración. Las respuestas a esta situación incluyeron recursos adicionales, capacitación sostenida y supervisión centrada en el apoyo, junto con el monitoreo continuo, lo que ha pasado a convertirse en una actividad rutinaria. Este proceso ha logrado reducir las tasas

de mortalidad en un promedio de 33% en 11 hospitales del distrito. La investigación en curso intenta dilucidar el porqué algunos hospitales tienen un desempeño consistentemente superior a otros pese a tener infraestructura y recursos equivalentes, y señala que las diferencias en administración y liderazgo son factores clave. La investigación de seguimiento de los niños mostró que habían retornado a hogares en estado de inseguridad alimentaria, y que si bien todos los hogares calificaban para la provisión gubernamental de bienestar social a familias desposeídas (la Beca de Apoyo Infantil - Child Support Grant o CSG), ninguno lo recibía, a pesar de grandes esfuerzos de parte de la mayoría de los prestadores de atención. Su testimonio y los resultados de esa investigación se usaron en una campaña de apoyo montada por una alianza de profesionales, investigadores y un consorcio de organizaciones dedicadas al bienestar infantil, y que incluyó presentaciones formales al gobierno, artículos en periódicos demandando preguntas en el parlamento y un documental de televisión a la hora de mayor sintonía. Este último ocasionó la intervención inmediata del Ministro de Desarrollo Social y tuvo como resultado un incremento alto y sostenido en la distribución de las becas de GSG, y que se prestara mayor atención al papel de la inseguridad alimentaria del hogar como factor causal de la desnutrición, que desde entonces se ha catalizado en una campaña a nivel nacional. Este caso ejemplifica el poderoso potencial de la investigación de implementación en el desarrollo de la capacidad de auto evaluación, primer paso en el mejoramiento de la calidad de la atención, así como en el suministro de evidencia para promoción que ha resultado en una colaboración intersectorial para abordar (algunos de) los determinantes de la desnutrición infantil.

---

Existe una historia de consistente apoyo político internacional a la APS-I, encabezado por la Organización Mundial de la Salud, que ha respaldado repetidamente su concepto y publicitado informes y manuales sobre su implementación [34 - 38]. La OMS ha apoyado en particular al fortalecimiento de los servicios de salud locales, el uso de trabajadores de la salud comunitarios y como una modalidad de la última iniciativa de promoción de la salud, a la coordinación intersectorial de estrategias de implementación. Además ha identificado a la APS-I como una prioridad en su Programa General de Trabajo [39] para la próxima década, y la AFRO (oficina regional para África de la OMS) ha resuelto recientemente revitalizar la APS-I este tipo de atención como estrategia para la restitución de los sistemas de salud [38]. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (en que participan varios de los postulantes de esta iniciativa) otorgará preeminencia especial a la APS-I [40]. La comisión enfoca en su trabajo tanto a los determinantes como a los sistemas de salud, con el propósito de definir las ‘mejores prácticas’ que reducen las inequidades de salud entre países. APS-I La atención de salud primaria integral ofrece potencialmente una de las mejores respuestas que los sistemas de salud pueden dar, y será un área de estudio de una de las redes de conocimiento de la Comisión. Finalmente, APS-I sigue inspirando a los trabajadores de salud comunitarios en todo el mundo, en parte debido a la posición central que ocupa en el trabajo del Movimiento para la Salud de los Pueblos, que llamó a su revitalización tanto en las Asambleas por la Salud de los Pueblos (2000, 2005) como en los documentos producidos a continuación: la Declaración para la Salud de los Pueblos [4] y la Declaración de Cuenca [42]. La rápida tasa de crecimiento del movimiento testimonia el deseo de una revitalización de los principios y estrategias de la APS-I y de la presencia de un sólido movimiento cívico que respalda la ofensiva de su aplicación.

*Implicaciones para esta iniciativa*

Debido a que la APS-I surgió en sus inicios de la enorme carga de enfermedades que soportaban grupos humanos (especialmente los más pobres) en países de ingresos bajos y medios (LMIC), el énfasis se puso lógicamente en las enfermedades transmisibles y sus vectores básicos, y en la salud materno/infantil. Esto se ve agravado en la actualidad por una ‘transición epidemiológica’ incompleta, en que enfermedades crónicas y sus múltiples causas se agregan en mayor medida a esa carga de enfermedades ‘pre transicionales’ que apenas han disminuido (y en algunos países han aumentado) [43-50]. Más aún, muchos países de altos ingresos (HIC) experimentan graves inequidades de acceso a servicios de salud comunitarios y a los determinantes de la salud subyacentes. Este ha sido especialmente el caso de poblaciones marginalizadas en Canadá y Australia, y más acentuadamente en los pueblos indígenas/ aborígenes [51-53]. De ahí que la APS-I atención de salud primaria integral asumió una significación filosófica y programática en muchos países de altos ingresos que no se ven enfrentados (al menos en el mismo grado) a la carga de enfermedades comunicables que padecen los países de medianos y bajos ingresos (LMIC). Simultáneamente, la mayor presencia en el discurso de las políticas de salud relacionado con promoción de salud, salud de la población y determinantes sociales de la salud, ha llevado a profesionales, formuladores de políticas e investigadores, tanto en los países de altos ingresos como en los de ingresos medios y bajos, a prestar mayor atención a las implicaciones que las estructuras y las condiciones sociales tienen en los resultados de salud. Estos cambios tanto en la carga de enfermedades como en el entendimiento de sus causas, requieren actualizar los ‘elementos esenciales’ de la APS-I primero identificados en la declaración de Alma-Alta. Una herramienta potencial para esto es el Artículo 12 (el derecho a la salud) del Pacto Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que obliga a los estados signatarios (que son más de 150) a asegurar “ la reducción de la mortalidad neonatal y de la mortalidad infantil, y el desarrollo saludable de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole,; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. El Comentario General 14 de este mismo Artículo clarifica aún más que el derecho a la salud no sólo abarca atención de salud oportuna y adecuada, sino además determinantes subyacentes clave de la salud, incluyendo “acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” [54 -61].

Esta actualización de los ‘elementos esenciales’ de la APS-I guiará al resumen narrativo de experiencias anteriores de APS-I que se llevará a cabo en el Año 1. Esta síntesis se organizará en torno a las tres preguntas centrales de nuestra investigación, y aprovechará varios estudios regionales recientes de APS-I, inclusive *Rescate* (Rescue of Innovative Health Initiatives in Central America) [33], presentaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS y nuevas síntesis de poblaciones específicas, como una efectuada sobre salud infantil (consultar carta adjunta). Los análisis comparativos de estudios de casos que forman parte de este resumen narrativo ayudarán a identificar los entornos de políticas que posibilitan u

obstaculizan la APS-I, cambios políticos y económicos más amplios que han hecho retroceder el impulso de esta APS-I, así como otros elementos contextuales (p. ej. movilizaciones de la sociedad civil, los medios de comunicación, las posiciones adoptadas por organizaciones profesionales de la salud, el papel de las organizaciones no gubernamentales internacionales y otras agencias de ayuda en la prestación de servicios de salud). Estos análisis permitirán un entendimiento más rico y preciso de la implementación de las lecciones de la APS-I. Finalmente, enfatizamos que la mayor parte de la experiencias de APS-I ha sido parcial, y se puede considerar que su implementación abarca un espectro que va de la implementación ‘completa’ ideal, pasa por diversos grados de puesta en práctica parcial, y llega a sistemas de salud comunitaria dominados por la atención primaria de salud selectiva o la simple atención primaria de salud (sólo tratamiento médico básico). Lo anterior viene a destacar nuestro interés en dar énfasis al examen de los contextos sociales y políticos que funcionan como variables independientes, prediciendo el grado en que es posible una plena implementación de la APS-I.

## 2. El debate sobre los principios y estrategias de implementación de la APS-I

Una de las razones de por que la implementación de la APS-I falle, es porque el modelo de servicios de salud comunitarios que la APS-I ofrece no es el único. Hay otros que incluyen paquetes de intervenciones promovidos por el Banco Mundial [62] y la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS [63]; la atención primaria (médica) de salud – un modelo *de facto* que identifica a los servicios médicos (clínicos) generales como el núcleo de la prestación local de servicios, o, si adopta otra perspectiva más amplia de los servicios a prestar localmente, mantiene un enfoque mayormente biomédico de la prestación de servicios. Finalmente hay también programas selectivos (verticales), como los financiados a través del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria. Los principios de la APS-I han sido refutados enérgicamente por muchos de estos modelos, estando la raíz en que este tipo de atención “explícitamente expone una estrategia que respondería de manera más equitativa, adecuada y eficiente a las necesidades de salud básicas y abordaría las causas sociales, económicas y políticas de la mala salud [16]”. Formuladores de políticas, agencias donantes y líderes nacionales luego se dieron cuenta de la “naturaleza liberadora de la APS-I” , , lo que rápidamente resultó en “resistencia a su implementación” [25]. APS selectiva rápidamente apareció como un concepto competidor, que sólo se daba prioridad a las intervenciones que más contribuyen a reducir la mortalidad infantil (< 5 años). Los defensores de APS- selectiva argumentaban que la APS-I es demasiado idealista y cara, y que son imposibles sus metas de cobertura total de la población, con mayores beneficios resultantes de enfocar el monitoreo del crecimiento, la terapia de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización [64]. La APS- selectiva arrebató el poder, la toma de decisiones y el control central de la APS-I de las manos de las comunidades, y se los entregó a consultores extranjeros con capacidad experta técnica en esas áreas específicas [16]. La APS-S era atractiva para los líderes políticos por varias razones: se esperaba que produjera resultados espectaculares a corto plazo; abordaría problemas de salud prevalentes; se le había asegurado el apoyo de organizaciones internacionales y naciones donantes; y prometía ser una alternativa simple y que necesitaba menos recursos, con el establecimiento de una red de servicios de salud permanentes y de acceso equitativo [65]. APS-S también tenía el efecto de desplazar el centro de atención de los embarazosos asuntos políticos sobre los determinantes de la salud, enraizados invariablemente en la pobreza o inequidad omnipresentes, y ofrecía productos más fácilmente cuantificables y obtenibles. Pero también eran debatible la sustentabilidad a largo plazo de los programas de la APS-S, su tendencia a multiplicarse y a

producir mayor incoherencia e ineficacia en los sistemas de salud, y su falta de atención a las raíces causales de una enfermedad determinada. También era lo más probable que las intervenciones selectivas dependieran de un contexto de servicio de salud integral [65]. Recientes experiencias en África muestran que cuando los sistemas de salud se debilitan, la existencia de múltiples estrategias selectivas paralelas agravan los problemas en lugar de resolverlos. Al comienzo, los programas de APS-I pueden ser más costosos de establecer que los de APS-S, pero son cruciales para el apoyo, aceptabilidad, impacto y sustentabilidad de cualquier intervención en enfermedades específicas [65-69].

Las prescripciones recientes de políticas internacionales también ponen énfasis en el papel del sector privado en la reforma del sistema de salud, ya sea bajo la forma de privatización de servicios públicos, asociaciones de los sectores público y privado, esquemas de dos niveles de seguros y/o prestaciones, o modelos de financiamiento de recuperación de costos (honorarios por uso), a menudo promovidos por las instituciones financieras internacionales. Durante las décadas de 1980 y 1990, las instituciones financieras internacionales (IFIs) promovieron enfoques orientados hacia el mercado, que tenían como prioridad la necesidad de proteger fondos para pagar deudas en lugar de desarrollar sistemas de salud, esencialmente globalizando un modelo de bienestar social 'residual'. El peso de la evidencia de estos sistemas privatizados (en gran parte proveniente de países latinoamericanos donde muchos intentan revertir sus esquemas de privatización de esas dos décadas) señala que, a pesar de la existencia de redes de seguridad social para los pobres, los servicios y sistemas de salud asegurados y prestados privadamente aumentan la inequidad en el acceso a la atención de salud y las brechas entre grupos demográficos [2]. Los más afectados a menudo son las mujeres más pobres, las poblaciones rurales y los pueblos indígenas [70].

### ***Implicaciones para esta iniciativa***

Un elemento que distingue a la APS-I es su exhaustividad, lograda mediante la integración de prestación de servicios clínicos con prevención de enfermedades a nivel local, y de la promoción de la salud a través de esfuerzos participativos intersectoriales de la comunidad. Sus modelos alternativos contemplan una mayor separación entre los servicios clínicos y los programas de salud de la población. Estos diferentes modelos estructurales presentan distintos arreglos de financiamiento y configuraciones de proveedores públicos y privados. La Declaración de Alma-Ata no fue explícita sobre mecanismos de financiamiento o el papel de los proveedores privados, si bien el movimiento de APS-I ha asumido generalmente que su principal fuente de ingresos es el financiamiento gubernamental y que tiene un papel predominante en la prestación de servicios con responsabilidad pública. El sector de prestación directa de servicios (público o privado) puede ser menos importante que los principios de coherencia organizacional, gestión pública y responsabilidad pública. Nuestro resumen narrativo abordará rigurosa y empíricamente las críticas sustanciales al modelo de APS-I implícitas en esos modelos alternativos. Un vacío crítico que nuestra iniciativa intentará llenar es de la base de evidencia del argumento de rentabilidad que se usó para justificar las intervenciones de APS-S (p.ej. el informe del Banco Mundial titulado *Invirtiendo en Salud* (Investing in Health) y su proyecto *Prioridades de Control de Enfermedades en Países en Desarrollo* (Disease Control Priorities in Developing Countries) [71]), con objeto de excluir implícita o explícitamente a la APS-I. Finalmente, las reivindicaciones clave de la APS-I han sido su habilidad para hacer participar a los ciudadanos

en tipos de campañas locales, regionales o nacionales que les otorgan poder; priorizar el desarrollo comunitario de los grupos más marginalizados o vulnerables; y establecer vínculos entre diversos sectores y entre organizaciones de la sociedad civil. Los estudios evaluadores de estas reivindicaciones a menudo son más descriptivos que analíticos, con escasa información sobre cómo estas acciones han afectado los productos o determinantes de la salud. Los principios de eficacia y rentabilidad son importantes y existe la necesidad urgente de realizar estudios rigurosos sobre la rentabilidad de la APS-I, pero también es vital que éstos conceptualicen tanto los ‘costos’ como la ‘eficacia’ en términos que correspondan a los principios y objetivos de la APS-I.

### 3. Desafíos metodológicos de la nueva investigación y evaluación

La investigación sobre la APS-I enfrenta una gama de desafíos metodológicos, principalmente en lo que respecta a la naturaleza sensible al contexto de desarrollo de la APS-I. Los principios de Alma-Ata no son equivalentes a los protocolos de tratamiento en medicina. Se trata de declaraciones orientadoras amplias que pueden tener implicaciones muy diferentes en términos operacionales, dependiendo del contexto. Dos de los desafíos metodológicos que esto plantea son los modos en que la “evidencia” y la “ampliación gradual” se han posicionado en gran parte del debate de políticas de servicios de salud. Específicamente, los métodos de investigación tradicionales que de algún modo “eliminan” el contexto han podido generar información y nuevas tecnologías eficaces cuando el contexto tiene poca importancia (p.ej. en intervenciones clínicas), pero son menos relevantes en intervenciones basadas en interacciones sociales complejas, donde el conocimiento no es singular, la causalidad es múltiple y la interpretación de la significación se relaciona más con relaciones sociales de poder y pragmatismo político que con lo estadísticamente significativo. [72]. Estos puntos los destacó la investigación realizada por la Iniciativa Conjunta de Aprendizaje (Joint Learning Initiative) [26]:

Primero,... los esfuerzos internacionales en salud pública están profundamente influenciados y críticamente conformados por su contexto político. ... Segundo, la cultura de las organizaciones de salud internacionales se debe reconocer para poder entender qué prioridades surgirán en un momento dado y sobrevivirán ... Tercero ... la concreción de planes en programas requiere un alto grado de persistencia y capacidad de negociación para llevarlos a la realidad y mantenerlos funcionando....Cuarto, las iniciativas de salud internacionales deben enfrentar tradiciones históricas y culturales profundamente asentadas, realidades locales y fuerzas globales. ... Quinto, las iniciativas de arriba abajo no pueden ser exitosas sin apoyo desde la base. ... Una sola agenda o conjunto de prioridades no se puede adaptar a todas las circunstancias [26].

La consiguiente necesidad de aceptar la evidencia de que las intervenciones de salud ‘sociales’ en sentido amplio son inherentemente pluralistas, y a menudo combatidas, y que prestan cuidadosa atención a asuntos de voz, experiencia y contexto, fue reconocida como medular para el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS:

Adoptar un aboradaje basado en la evidencia no significa depender de ... un solo tipo de método ... y no significa un compromiso epistemológico para objetivizar posiciones o métodos subjetivos. ... Los métodos incluyen, pero no están limitados a, estudios de caso, conjuntos de datos en gran escala, informes históricos, datos cuantitativos provenientes de entrevistas, grupos focales o la observación, encuestas sociales, informes económicos o econométricos, datos epidemiológicos, síntesis de evidencia, revisiones sistemáticas,

otras formas de examen de la literatura, meta análisis e y historias de conocimiento laico o tácito [73].

Finalmente, dada la naturaleza contextual de los procesos de APS-I y a la diversidad de poblaciones e historias humanas [26, 27], se pone en entredicho si las intervenciones particulares que funcionaron en un contexto se pueden ampliar a escala en otros contextos o incluso en otros países. La noción misma de ‘ampliación a escala’, a menos que se preste cuidadosa atención a ambos, el contexto como a los procesos comunitarios, puede socabar el principio de APS-I de planificación centrada en la base, la cual, el conocimiento local se combina con otras formas de conocimiento o evidencia para formular juicios razonados y útiles sobre nuevas intervenciones.

### *Implicaciones para esta iniciativa*

Hay dos implicaciones principales que estos desafíos metodológicos plantean a nuestra iniciativa. La primera es la necesidad de que la información sobre la implementación de la APS-I sea detallada, sensible al contexto y específica, para entender mejor cómo y porqué afecta a los resultados y determinantes de la salud (primera pregunta central de la investigación). Revisiones recientes de investigación sobre evaluación de la promoción de la salud establecen que el éxito (o fracaso) de una estrategia de intervención múltiple (una manera de diferenciar a la APS-I de la APS-selectiva) depende del contexto político y social amplio en que ocurren las intervenciones [74]. Por lo tanto, estos importantes resultados de evaluación tienen que ver con la relación entre contexto y estrategia, y no con ambos en forma separada. Si bien los esquemas de investigación de múltiples niveles entregan cierta información útil sobre esta relación, son caros, requieren conjuntos de datos confiables e incluso intentan privilegiar la preponderancia de un conjunto de relaciones variables sobre los demás, por su importancia relativa, y limitan así su utilidad para capturar elementos dinámicos de la participación comunitaria, campañas de la sociedad civil, cambios de políticas y otras contingencias [75]. Estas dinámicas se captan mejor mediante diseños de estudios de caso sofisticados, muy descriptivos, y que usan triangulación de datos para fortalecer la confiabilidad. Pero incluso los estudios de caso detallados no ofrecen por sí mismos un conocimiento generalizable sobre estas dinámicas. Como dos miembros de nuestro equipo han expresado en repetidas oportunidades [76-78], existen imperativos éticos, así como científicos y pragmáticos, para buscar lecciones generalizables a partir de estos estudios de caso. Esta es la segunda implicación importante para nuestra tarea de investigación de la APS-I. Es posible generalizar el conocimiento de la relación dinámica entre contexto e implementación, -- que permita a la APS-I lograr su meta de mejorar la salud--, mejorar los determinantes de la salud y lograr el empoderamiento de la comunidad. Este conocimiento se puede inferir utilizando los métodos usados en el resumen narrativo (que se describe más adelante), que incorpora diseño y análisis comparativo de estudios de caso, así como argumentos y juicios lógicos informados por la evidencia.

### **Resumen**

La inequidades persistentes, --y en algunas regiones crecientes--, de morbilidad y mortalidad en grupos pobres y/o marginalizados replantean un llamado a la atención y acción urgentes. La APS-I se ha identificado como una de las maneras de lograr esto, a pesar de que llevar este concepto a la práctica sigue siendo controvertido y se carece de documentación suficiente. Faltan sobre todo una síntesis acuciosa y nuevos estudios que presten atención más detallada al contexto en que se ha intentado implementar la APS-I, incluyendo análisis de dinámicas políticas y de políticas y recursos a diferentes escalas geográficas (local, nacional, regional y mundial).

Estudios como estos, comparativos y comparables, permitirán generalizar los factores de éxito asociados con la APS-I. Nuestra propuesta intenta llenar este vacío, primero mediante un proceso de desarrollo de capacidades que se inicia con un estudio retrospectivo riguroso de experiencias recientes en APS-I. Este estudio aprovecha recuentos de experiencias existentes, en algunos de las cuales han participado miembros de nuestro equipo central de investigación. Con esta base, nuestra iniciativa capacitará a equipos de investigación compuestos de investigadores nobeles y usuarios de investigación (con apoyo de mentores de investigación locales o regionales) y apoyará nuevas investigaciones sobre las interrogantes de la APS-I propias a sus propios contextos, aunque enmarcadas en las tres preguntas centrales de investigación que guían nuestra iniciativa. Esta investigación mejorará significativamente nuestra comprensión de cómo trabaja la APS-I y de los factores contextuales que contribuyen a su implementación. Además fortalecerá las redes de profesionales y activistas locales involucrados, junto a formuladores de políticas, en la promoción de la APS-I como base importante para la revitalización en marcha de los sistemas de salud. Nuestra iniciativa se basa en colaboraciones Sur-Norte ya existentes que involucran al grupo central de investigación, así como a una extensa red de investigadores y usuarios de la investigación en las cuatro regiones. Nuestra iniciativa, invitando a equipos de investigación a participar en cursos de capacitación por etapas y en reuniones de redes regionales, también crearán nuevos enlaces Norte – Sur, y lo que es más importante, Sur – Sur. El diseño de la iniciativa integra el fortalecimiento de capacidades, la generación de conocimiento y políticas y gestión informada por evidencia, con objeto de mejorar la salud de las personas en los países de bajos y medianos ingresos, especialmente de los más vulnerables, y cultivará un sólido entorno de capacitación y tutoría en los países asociados.

## **OBJETIVOS GENERALES**

Fortalecer el conocimiento basado en la evidencia para que los esfuerzos al implementar la APS-I puedan (1) encarnar más plenamente los principios de la Declaración de Alma-Ata y el conocimiento subsiguiente sobre los determinantes sociales de la salud, y (2) funcionar más efectiva y eficazmente para mejorar la equidad en los resultados de salud entre los distintos grupos de población.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desarrollar un marco común para describir y evaluar el impacto de la APS-I;
- Efectuar un estimado retrospectivo riguroso del material disponible públicamente que describe las características y la experiencia de la APS-I, enfatizando en pero no restringiéndose a, las experiencias en los países asociados;
- Capacitar a una cohorte de investigadores de nivel inicial y medio y de usuarios de investigación (administradores de políticas/programas) en los países participantes, que tengan cierta familiaridad con la APS-I en sus países, y que estén comprometidos a producir conocimiento que retroalimente las políticas, la gestión y la práctica de la APS-I;
- Iniciar y apoyar un programa de investigación nueva en asuntos críticos que enfrenta el desarrollo y la sustentabilidad de la APS-I en los países asociados;
- Fortalecer los vínculos entre investigadores y usuarios de investigación en los países asociados para asegurar que la investigación en curso sea relevante, responsable y accesible a los diversos usuarios de investigación;

- Establecer una infraestructura sustentable (basada en la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos ) en el Movimiento para la Salud de los Pueblos para desarrollar capacidades de desarrollo de la APS-I, incluyendo capacidad de investigación;
- Construir y/o Fortalecer a través del Movimiento para la Salud de los Pueblos, la familiaridad con y las habilidades en los métodos de investigación adecuados para la evaluar la APS-I;
- Desarrollar y/o fortalecer, a través del Movimiento para la Salud de los Pueblos, redes de investigadores y usuarios de investigación en APS-I;
- Evaluar el impacto de todo el programa en el nuevo conocimiento sobre APS-I , así como de su implementación y apoyo en los países asociados.

## **MÉTODOS**

El plan y los métodos de investigación consisten en cinco etapas ligadas y que se superponen (consulte la Figura 2: Cronología, más abajo):

1. Desarrollo del marco conceptual
2. Investigación retrospectiva
3. Capacitación en investigación/desarrollo de capacidades
4. Investigación del equipo participante
5. Investigación - acción

### **1. Desarrollo del marco conceptual**

Ningún modelo o teoría singular basta para informar un estudio de APS-I. En cambio, la redacción preliminar de nuestro marco conceptual nace de nuestros tres conjuntos de preguntas centrales de la investigación que se refieren respectivamente a los determinantes de la salud, las acciones para influir en los productos y determinantes de la salud, y las condiciones que posibilitan u obstaculizan estas acciones.

Nuestro entendimiento pleno de los determinantes de la salud está sintetizado en el deseo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de evitar una situación en que las personas reciban tratamiento por una enfermedad y luego no tienen más alternativa que regresar a las condiciones que originaron su enfermedad. Nuestro marco conceptual está concebido para entender un sistema en que los servicios de salud pueden desempeñar una parte integral en evitar lo anterior. Entonces, si bien los enfoques biomédicos de la salud y los servicios curativos son elementos esenciales de la APS-I , sólo constituyen parte de una totalidad mayor. Lo que delimita a la APS-I respecto a la atención primaria (médica) es su énfasis en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud mediante intervenciones que actúan sobre “las causas de las causas” de la mala salud [79]. La conceptualización original de Alma-Ata de la APS-I estaba restringida a determinantes tales como alimentación, agua y saneamiento , a medidas preventivas como educación para la salud, inmunización, atención materno/infantil y reproductiva, y al control de enfermedades endémicas. Desde entonces ha crecido el conocimiento sobre la importancia de un vasto conjunto de determinantes de la salud y estrategias de intervención. Existen muchos modelos para identificar y el mapeo de las interrelaciones dinámicas de estas múltiples causas. El que nosotros seleccionamos se ha adaptado del modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de OMS (Figura

1), y tiene las ventajas de ser exhaustivo y de su divulgación probable entre usuarios de investigación potenciales mediante el trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. En este modelo, los RESULTADOS DE SALUD son la máxima variable dependiente, mejor entendida como una colección de variables que comprenden muerte, enfermedades, condiciones predisponentes y experiencias autoproclamadas de salud ('salud positiva,' 'bienestar'), la selección de las cuales para un estudio de APS-I dependerá del alcance del estudio, la disponibilidad de los datos y los asuntos que preocupen más a comunidades locales, profesionales y usuarios de investigación. Los RESULTADOS DE SALUD funcionan además como variables tanto explicativas como dependientes, si, por ejemplo se considera el éxito económico o de otro tipo de una comunidad. A su vez, los SISTEMAS DE SALUD, la EXPOSICIÓN/VULNERABILIDAD DIFERENCIAL y la ESTRATIFICACIÓN SOCIAL se pueden considerar como variables independientes o explicativas, pero pueden ser también variables dependientes. Ningún estudio por sí solo es capaz de determinar cuáles conjuntos de variables en este modelo son más o menos explicativos de los resultados de salud de una población dada en un momento determinado. Existe considerable conocimiento sobre la manera en que estos determinantes actúan, juntos o separados, para producir disparidades en los resultados de salud en grupos diferentes. Se espera que las distintas redes de conocimiento de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS sintetizen más conocimiento sobre cómo estos determinantes afectan a los resultados de salud, particularmente en contextos del mundo en desarrollo. Este amplio modelo, que demuestra las complejidades y retroalimentaciones del sistema en que se sitúa y espera tener impacto la APS-I, es un telón de fondo esencial para nuestro estudio. Nos preocupa evaluar y analizar cómo las diferentes estrategias que usa la APS-I *afectan* a estos múltiples determinantes. Es decir, , nuestra iniciativa de investigación producirá mayor comprensión de cómo la APS-I afecta los resultados de salud, y a muchos de los determinantes de la salud en este modelo, pero no estudiará como los determinantes mismos afectan los resultados de salud.

Para entender cómo la APS-I afecta a los resultados y determinantes de la salud es necesario presentar el espectro completo de estrategias que usa o podría usar la APS-I , conectándolas de manera simplificada con diferentes elementos del modelo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Hemos podido notar que ya existen unos cuantos ejemplos de APS-*Integral* totalmente implementada. Las estrategias que se listan abajo, adaptadas de modelos existentes informados por teoría- y/o evidencia, constituyen una tipología ideal que se desarrollará aún más mediante la investigación retrospectiva emprendida en el Año 1. Varios de los miembros de nuestro grupo central de investigación (especialmente Baum, Sanders, Labonte y Legge) han participado en investigaciones anteriores y actuales que ha definido las estrategias principales de la APS-I . Los elementos estratégicos clave son:

- una gama de servicios clínicos prestados a personas (su combinación varía dependiendo del contexto, pero incluye medicina, medicamentos, consejería y fisioterapia)
- actividades de grupo de autoayuda y educación de salud
- desarrollo/organización de la comunidad
- acción social a través de movilizaciones de la comunidad, mercadeo social y campañas
- trabajar a través de diversos sectores para producir mejoramientos del estado de la salud a nivel de la comunidad
- promoción y desarrollo de coaliciones

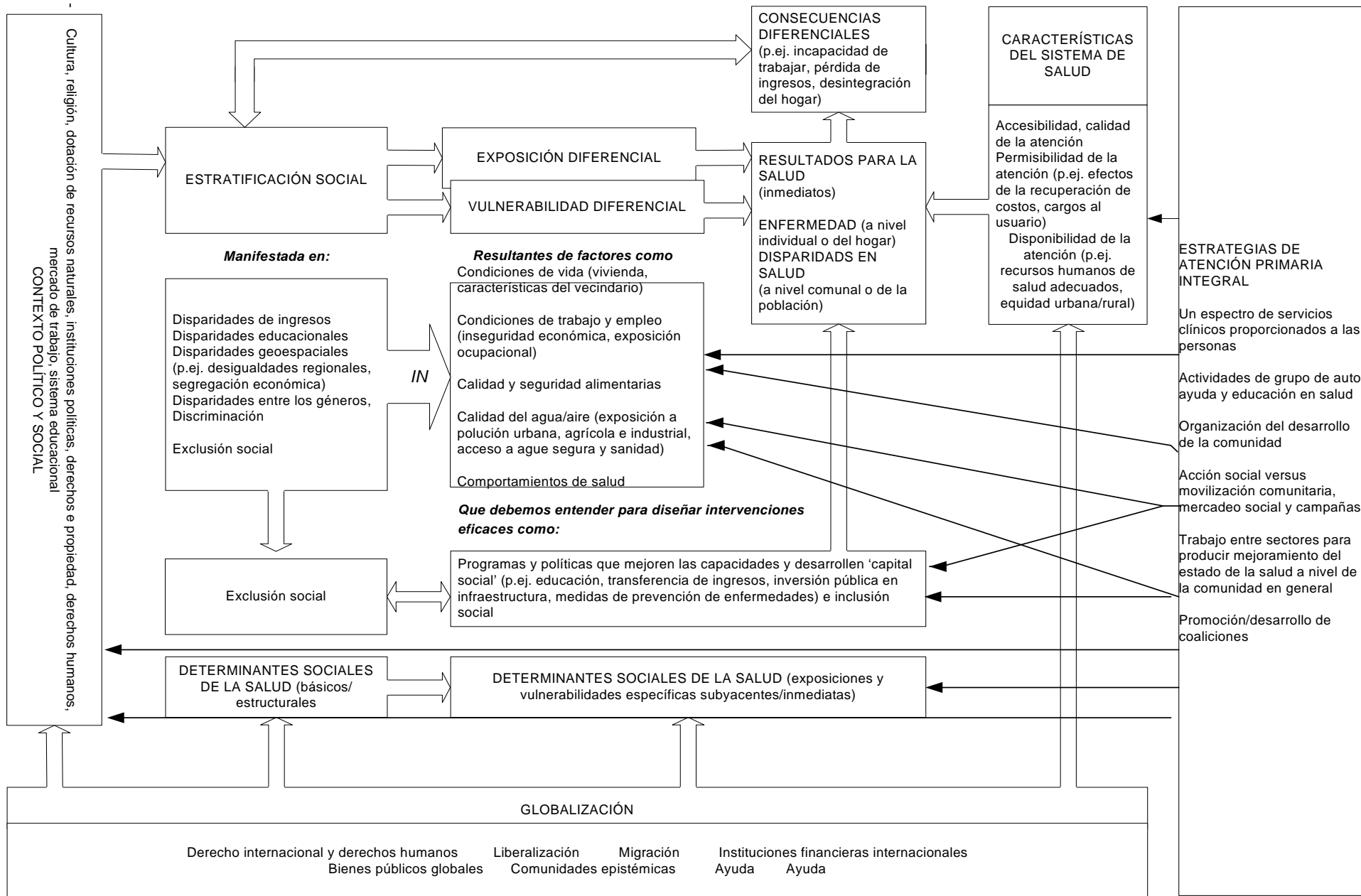
La Figura 1 muestra dónde operan estas estrategias en los distintos determinantes de la salud. (el posicionamiento es aproximado y solamente ilustrativo.) Cada una de estas estrategias se ha concebido para hacer participar a la gente de la localidad y tiene como resultado el empoderamiento. El empoderamiento se basa en teorías sociales centrales del poder, la comunidad y el cambio social, y es un concepto central para nuestro marco de la APS-I y su evaluación (consulte el documento adjunto de CACHCA, uno de nuestros usuarios de investigación estratégicos). Uno de los principales copostulantes ha publicado extensamente acerca de la teoría, implementación y evaluación del empoderamiento, y su trabajo se usa en la actualidad en un estudio en curso sobre la manera en que la APS-I en centros comunitarios de salud canadienses contribuye al empoderamiento .



SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN

ANEXO B

Figura 1. La Atención Primaria de Salud integral y los determinantes de la salud [40, 80, 81]



Factores contextuales que posibilitan u obstaculizan a las estrategias

Todas estas estrategias de APS-I implican interacciones humanas a diferentes niveles (p.ej. trabajador de la salud – paciente, trabajador de la salud – miembros de la comunidad – formulador de políticas) y a diferentes escalas (p.ej. personas, grupos pequeños, organizaciones formales, burocracias institucionalizadas, pudiendo ser estas últimas locales, regionales, nacionales e incluso mundiales). Lo importante es que estas interacciones ocurren en sistemas complejos y dinámicos. Estos sistemas crean condiciones que posibilitan o bien obstaculizan el espectro de estrategias a usar por una iniciativa de APS-I (o sistema de salud nacional, local, o regional), así como la eficacia de dicha estrategia. Se podría contemplar una estrategia de APS-I que incluya movilizar comunidades en demanda de ciertos cambios de políticas con objeto de mejorar el acceso al agua o la vivienda. El contexto político determinaría hasta dónde podría avanzar esta estrategia y la receptividad que existiría para los cambios de políticas que busca esta movilización. A su vez, el contexto político estaría conformado por requerimientos explícitos o implícitos de instituciones financieras internacionales u otros actores económicos mundiales, que determinarían hasta dónde se puede llegar en respuesta a las demandas locales de cambios de políticas. La eficacia de esta estrategia específica de APS-I dependerá a su vez de las habilidades y nivel de experiencia de los trabajadores de la salud, del grado de su escasez (‘fuga de cerebros’), de las distintas demandas que compiten por intervenciones de APS-I o de APS-selectiva y que podrían reducir la capacidad para accionar sobre determinantes más amplios, y así sucesivamente. Todo esto podría verse influido por el contexto político y cómo lo posibilitan u obstaculizan fuerzas o instituciones más globales. Depende también del grado de entendimiento que tengan los trabajadores de la salud de que necesitan un enfoque poblacional de su trabajo, distinto a comprometerse sólo a prestar servicios de calidad a personas individuales. La capacidad misma de una comunidad para movilizarse se verá afectada por una amplia gama de condiciones tanto internas a su geografía, demografía y composición cultural, como externas al espectro de recursos de capacitación a los cuales tuvo (o no) antes acceso. La comprensión más matizada de cómo estas condiciones afectan la gama, selección, despliegue y eficacia de diferentes estrategias de APS-I, ayuda a que entendamos más globalmente cómo esta APS-I afecta a los productos y determinantes de la salud. En esto tendrán un importante papel un análisis comparativo de estudios de caso y el resumen narrativo. Los diversos enfoques teóricos del cambio social contemporáneo que guiarán esta parte de la elaboración del marco conceptual, incluyen: teoría del nuevo movimiento social/praxis cognoscitiva (que describe cómo las movilizaciones populares crean nuevos ‘líderes de movimiento’ y reformula discursos sociales que abren nuevos espacios para alternativas de políticas) [82]; teoría de grupos de interés/estado pluralista (que describe los medios mediante los cuales grupos sociales con intereses de políticas opuestos obtienen el favor político) [83]; teoría del nuevo institucionalismo (que describe, obedeciendo a la trayectoria histórica, cómo los sistemas gobernantes replican políticas al interior de un espectro restringido de límites ‘institucionalizados’, y las condiciones bajo las cuales se ‘rompe’ esta auto reafirmación’) [84]; teorías del estado crítico (que dan cuenta de la ‘crisis del manejo de crisis’ que enfrenta el estado moderno al equilibrar las demandas en pugna del mercado y la sociedad civil) [85]; teorías de la globalización (que evalúan los cambios en la capacidad de ‘espacio para políticas’, afectado por la reciente integración del mercado global) [81], y finalmente teorías de ‘comunidades epistémicas’ (que explican el dominio de ciertos discursos económicos o políticos mediante la cartografía del flujo de líderes intelectuales desde instituciones mundiales y grupos principales de asesoría política a gobiernos nacionales) [86].

## 2. Investigación retrospectiva

La investigación retrospectiva será el fundamento de toda la iniciativa. Esta investigación la hará el grupo central de investigación (investigador principal y coinvestigadores), apoyado por los coordinadores de investigación y capacitación y por cuatro asistentes de investigación (estudiantes graduados). Como guía de recolección de datos para esta evaluación retrospectiva, en los primeros dos meses de nuestra iniciativa se elaborarán detallados parámetros de búsqueda y criterios de inclusión/exclusión, utilizando técnicas de examen exhaustivo de literatura narrativa desarrolladas por Labonte y sus colegas para su reciente estudio, financiado por los Institutos Canadienses de Investigación sobre Salud, sobre ‘necesidades, vacíos y oportunidades’ en la investigación de la relación ingresos/salud [87]. La evaluación buscará llenar los vacíos en los exámenes recientes, algunos de ellos obra de miembros de nuestro grupo central de investigación, p.ej., Barton, Legge, Espinoza. Además de estrategias de búsqueda en internet (usando diversos motores de búsqueda en el examen de sitios de literatura tanto revisada por especialistas como ‘gris’), usaremos un método de muestreo de bola de nieve para literatura gris, aprovechando los servidores de listas del Movimiento para la Salud de los Pueblos y los contactos de nuestros usuarios de investigación estratégicos.

La metodología de análisis de datos se basará en el resumen narrativo (también conocida como síntesis interpretativa) [88]. El resumen narrativo “involucra la selección, crónica y ordenamiento de evidencia para rendir cuenta de la evidencia... [y] puede dar cuenta de procesos dinámicos complejos, ofreciendo explicaciones que enfatizan el carácter secuencial y contingente de los fenómenos”. Los resúmenes narrativos responden a las necesidades de partes interesadas clave en comunidades de investigación y de organizaciones de la sociedad civil: el Grupo de Trabajo sobre Prioridades de Investigación en Sistemas de Salud sobre Equidad en Salud de la OMS (Task Force on Health Systems Research Priorities for Equity in Health), en 2004, concluyó que la creciente base de evidencia sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud se ve a menudo acompañada por una “falta de síntesis relevante para políticas” [89]. Analíticamente, la triangulación de datos para estos resúmenes es similar a lo que se denomina en sociología comparativa histórica, el trazado de procesos, “en que cientos de observaciones se organizan para apoyar afirmaciones deductivas relativas a enlaces en una cadena causal” [90]. Las ‘cadenas causales’ en nuestra iniciativa se definen en la primera pregunta central de nuestra investigación. La causalidad en un resumen narrativo se determina usando asunciones metodológicas diferentes de las que se asocian a la investigación positivista. Primero, en lugar de depender para el diseño del estudio de revisiones sistemáticas o meta análisis con criterios rígidos, los resúmenes narrativos incorporan una estrategia más amplia de recolección de datos que se asocia a exámenes narrativos exhaustivos. Segundo, la causalidad no se establece con pruebas estadísticas de correlaciones, sino mediante ‘carga de evidencia’ en apoyo de cadenas de relaciones con coherencia lógica, surgidas en el contraste y comparación de resultados provenientes de todas las formas de evidencia existentes. Luego se evalúa el rigor de cada una de estas formas de evidencia según su metodología propia, p.ej., la literatura descriptiva ‘gris’ de experiencias de implementación de programas se evaluaría con criterios ligados a estudios cuantitativos; los estudios de intervención diseñada experimentalmente se evaluarían a través de criterios propios de pruebas de control más convencional. El resultado de una síntesis interpretativa como ésta, será una ‘narrativa’, rigurosa, informada por la evidencia y

políticamente relevante, de los factores clave que (parecieran) dar cuenta de la implementación eficaz de la atención primaria de salud integral.

El marco conceptual y los resultados del resumen narrativo retrospectivo de experiencias en atención de salud primaria integral se presentarán a fines del Año 1 para su revisión crítica por especialistas y una pequeña reunión internacional por invitación. Entre los participantes en esta reunión habrá investigadores centrales, usuarios de investigación y académicos tutores de investigación/capacitación regional asociados con la iniciativa. El número total de participantes dependerá de la capacidad que tenga el equipo de la iniciativa de obtener recursos adicionales para esta reunión, aparte del presupuesto mínimo que se incluye en esta propuesta. Esta reunión será el punto de partida de los cursos de capacitación de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos que se inician el Año 2.

### ***3. Capacitación en investigación/desarrollo de capacidades***

Un elemento central de nuestra iniciativa es la capacitación de una cohorte de activistas investigadores mediante cursos en cuatro regiones, bajo la égida de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos y la amplia cobertura del Movimiento para la Salud de los Pueblos. Esto desarrollará la capacidad local para apoyar la práctica de la APS-I en cada una de las regiones. Las actividades preparatorias del curso se completarán durante el Año 1. Los detalles de la naturaleza de la capacitación de estos cursos se proporcionan más abajo. Lo que aquí es pertinente es el proceso de selección de los equipos de investigación que participarán en la capacitación. Se pedirá a los candidatos que postulen como equipos de investigador y como usuario de investigación. Tendrán que ser patrocinados/apoyados por un investigador experimentado (tutor de investigación) que trabaje en el campo de la APS-I en una organización que pueda recibir fondos para investigación (usual, pero no exclusivamente una universidad). Se pedirá a los equipos que preparen una ‘declaración de interés’ (similar a una carta de intenciones breve) en la que indicarán las iniciativas de APS-I local/regional que desean estudiar, junto con su fundamentación, y cómo esos estudios contribuirán a fortalecer la base de evidencia de la pregunta central 1 de la investigación de nuestra iniciativa. Estas declaraciones de interés reflejarán preguntas para las cuales se puedan obtener respuestas, aunque sean preliminares, en el curso de 12 – 18 meses de investigación real. El coordinador de capacitación desarrollará en el Año 1 un proceso transparente de revisión y selección de equipos de investigación que participarán en el programa de capacitación, basado en los procesos de revisión que usan los Institutos de Capacitación Estratégica, de los Institutos Canadienses de Investigación sobre Salud, uno de los cuales fue diseñado y presidido por Labonte. Como mínimo, entre los revisores se contarán miembros del grupo central de nuestra iniciativa (tanto investigadores como usuarios de investigación), y se asegurará un equilibrio de personas con conocimiento de APS-I de las cuatro regiones. Además, el proceso de selección hará lo posible para asegurar equidad en términos de género, cultura y representación geográfica.

*El Programa de Desarrollo de Capacidades de Capacitación/Investigación de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos*

Hay varios conjuntos diferentes de capacidades que esta iniciativa busca mejorar: la capacidad del investigador individual (consulte el currículum vitae más abajo); la capacidad de

tutoría (apoyo a los tutores regionales de investigación, incluyendo sesiones sobre tutoría en las reuniones regionales); la capacidad institucional y de red en las regiones (a través del uso de equipos de investigación, asociados con tutores y alineados con grupos más amplios de la sociedad civil y formuladores de políticas durante reuniones regionales), y finalmente la capacidad de investigación para la implementación ('investigación - acción'), cerrando el circuito investigador/usuario de investigación en los equipos de investigación, asegurando que las preguntas regionales sean investigadas por administradores de programas y formuladores de políticas de APS-I regional, y participando en análisis e implicaciones de los resultados durante reuniones regionales con una amplia gama de partes interesadas. El centro neurálgico del componente de desarrollo de capacidades son los cursos de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos sobre conceptos, investigación e investigación - acción en la APS-I. El contenido curricular detallado será diseñado por el coordinador de capacitación y el grupo central de investigación en consulta con usuarios de investigación (en la Tabla 1 se presenta un conjunto preliminar de temas). El abordaje pedagógico de los cursos será informado por la teoría y métodos de la educación popular, que pone énfasis en el aprendizaje conjunto y la participación activa. Además, los cursos incorporarán estilos educacionales mixtos (presentaciones, talleres, sesiones prácticas y trabajo con tutores), reconociendo la amplia variabilidad de circunstancias en la que los adultos aprenden.

**Consulte el Anexo 1: Temas de capacitación de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos**

Entre curso y curso se organizará tutoría y retroalimentación, usando Skype, *Elluminate* un software propietario, (cuya licencia estará disponible a través de la Universidad de Ottawa), y se desarrollarán equipos de tutoría en cada región, que conformarán el núcleo de una red regional de APS-I que se seguirá expandiendo con cada reunión regional, con la sola limitación de nuestra habilidad para recolectar fondos adicionales de apoyo a esta expansión de la participación. Antes de cada curso/reunión regional, los equipos de investigación y sus tutores participarán en actividades de aprendizaje conexas mediante un sitio web dedicado e interactivo, usando material relevante de aprendizaje a distancia, así como la experticia de varios de nuestros asociados académicos, especialmente de la Universidad de Western Cape (West Cape) y la Universidad de Flinders, que han trabajado conjuntamente en la enseñanza de posgrado a distancia para APS-I. Flinders ha impartido educación a distancia mediante una maestría en APS-I desde 1989 y un doctorado profesional en salud pública desde 2001. La Escuela de Salud Pública en la Universidad de Western Cape cuenta con el mayor programa de educación de adultos en Salud pública en África, un programa de post grado importante y un gran número de programas de investigación y desarrollo de servicios que atraen a estudiantes de todas las regiones de Sudáfrica, y que en 2006 vinieron de 14 países del África subsahariana. Los programas de post grado tanto de Flinders como de la Universidad de Western Cape se ofrecen en modalidad mixta (aprendizaje a distancia y presencial), y han organizado y ofrecido durante más de una década cursos cortos en que han participado miles de estudiantes. Ambas instituciones tienen una larga historia de oferta de capacitación regular en el servicio en métodos de investigación para profesionales y ofrecen regularmente programas de capacitación especialmente adaptados a las organizaciones de APS. Su experticia será muy importante para la sustentabilidad a largo plazo de la iniciativa, ya que constituye una plataforma para traducir nuestro material en módulos de educación a distancia. Nuestro intento es poner todo nuestro

material de capacitación, métodos y experiencias de investigación, así como la evaluación global de la iniciativa, a disposición de otros participantes en investigación e implementación de APS-I en otras regiones del mundo. También buscamos insertar la capacitación en investigación en curso de esta atención de salud en las universidades, ONG's e instituciones gubernamentales que participan en nuestra iniciativa.

#### **4. Equipo de investigación participante**

Nuestra iniciativa está diseñada para apoyar nuevas iniciativas de investigación en APS-I. Los equipos de investigación ingresarán al programa de capacitación con cartas de intenciones en APS-I. Durante el primer curso, los equipos tendrán la oportunidad de elaborar sus declaraciones de interés en la investigación en propuestas más detalladas, bajo tutoría académica de capacitación y, por comunicación vía internet, con su tutor regional. Inmediatamente después del curso, las propuestas de investigación serán revisadas por un comité integrado por un núcleo nuclear compuesto de académicos y usuarios estratégicos de investigación (p.ej., el mismo grupo que examinó las declaraciones de interés), complementado con tutores de investigación regionales. El coordinador de investigación desarrollará en el Año 1 un protocolo de evaluación de las propuestas de investigación, adaptado de los criterios Teasdale-Corti, que será revisado para su aprobación durante la reunión de investigación internacional por invitación a finales del Año 1. Esta revisión intenta distinguir entre las propuestas ya listas para financiamiento de un año y las que requieren más desarrollo por medio de financiamiento generador de beca. A cada una de las cuatro regiones se le asignará una parte aproximadamente igual de los fondos de investigación apartados para investigación de equipo, que se ajustará según la paridad de poder adquisitivo regional promedio, o alguna otra medida que refleje los distintos costos de realizar investigación en diferentes partes del mundo. Nuestra iniciativa no tiene la intención de convertirse en una pequeña agencia de becas ni de funcionar así. Más bien la hemos concebido para revisar propuestas candidatas de equipos de investigación y después desembolsar fondos del presupuesto Teasdale-Corti para asegurar que las propuestas del equipo de investigación aborden preocupaciones locales en una asociación sostenible de desarrollo de capacidades. Tal como a las declaraciones de interés, en la selección de propuestas de equipos de investigación para financiamiento de un año se prestará cuidadosa atención a los asuntos relativos a la equidad. Todas las propuestas pasarán por el Consejo de Revisión Ética de la Universidad de Ottawa y los procedimientos éticos que puedan requerir la universidad u organización regional patrocinadora en que trabajen los tutores de investigación regional, y que detendrá los fondos para el financiamiento otorgado a la investigación. En el caso de trabajo con comunidades, las propuestas pasarán por las revisiones o normas éticas de consentimiento comunitario que requieran los líderes locales. Más abajo se describen en detalle la extensión de los cursos de capacitación y su relación con las reuniones regionales que profundizarán el análisis de los resultados de la investigación y establecerán redes regionales mayores de investigadores en APS-I.

No es posible determinar a priori qué métodos utilizarán los equipos de investigación, ya que su selección dependerá de sus preguntas de investigación, la disponibilidad de datos, las necesidades de los usuarios de investigación y así sucesivamente. Sin embargo se enfatizarán los beneficios de un enfoque de métodos combinados (que cuando sea factible use datos cuantitativos y cualitativos), para aumentar la consistencia de los resultados. La metodología

global (en tanto distinta de los métodos individuales) que favorece nuestra iniciativa y que se destaca en la capacitación, es la Investigación Acción Participativa (IAP). La IAP, que no especifica ni privilegia un conjunto de métodos en desmedro de otro, viene de una epistemología emancipatoria que considera que la investigación es una forma de conocimiento importante para impulsar la acción, p.ej., es una guía hacia el conocimiento aplicado o contextualizado antes que hacia el conocimiento científico “puro”. Sus asunciones centrales establecen que la “Buena investigación [es] es un proceso de aprendizaje permanente que involucra gestión y cambios continuos durante la totalidad de un proyecto ... la [IAP] alienta una ciencia social integradora y multidisciplinaria basada tanto en el conocimiento local como en la experticia de las ciencias sociales ... la participación mejora la calidad de la investigación [y] es importante debido a que la autogestión es un valor moral y político” [91]. Estas características coinciden con las metas y valores de la APS-I, especialmente el énfasis puesto en el aumento de la participación ciudadana, lo que hizo que por un tiempo se haya promovido a la IAP como una metodología apropiada para las iniciativas de ‘Salud para todos’ {Berkely, 2006 #68; 1996 #69}. Diversos miembros de nuestro grupo central de investigación tienen una vasta experiencia en IAP y sus variantes, como investigación colaborativa, asociaciones de investigación comunitaria/universitaria e investigación como intervención, incluyendo el desarrollo de nuevos métodos de investigación y evaluación de proyectos de IAP [92-94].

### **5. Investigación - acción**

Los resultados de la primera fase de investigación – el desarrollo/refinamiento del marco de la APS-I y su evaluación retrospectiva – se presentarán y discutirán en la primera reunión internacional. Esto lo describimos como ‘investigación en acción’ en lugar de ‘investigación para la acción’ o la más pasiva ‘transferencia de conocimiento’. Hemos planificado nuestra iniciativa de manera que los usuarios de investigación participen en ella desde el principio. Asistirán a la primera reunión internacional que debatirá los resultados de los estudios retrospectivos en términos de su aplicación regional a acciones de política y programas, y donde se refinarán las preguntas indicadoras a tomar en cuenta en la revisión de propuestas de equipos de investigación, para asegurar que la nueva investigación ‘actúe’ sobre asuntos de importancia inmediata. Los usuarios formarán parte de los equipos de investigación y serán invitados a participar en todas las reuniones regionales, en las que se discutirán las implicaciones de los resultados en el marco de la dinámica social y política de cada región. Podemos adelantar que los usuarios de investigación involucrados en los equipos de investigación y en las reuniones regionales e internacionales funcionarán además como ‘agentes de conocimiento’ o ‘empresarios sociales’, es decir, se ocuparán junto con sus colegas nacionales e internacionales de los asuntos de políticas y programáticos que surjan de la base de evidencia de APS-I. El tercer curso de capacitación (asociado a la segunda reunión regional) se centrará principalmente en métodos y tecnologías de divulgación y uso de resultados de equipos de investigación. Además, usaremos esta reunión para preparar a los equipos en la entrega de un monitoreo elemental de los impactos de su propio trabajo, y en general de la iniciativa, en las decisiones sobre políticas y programas tomadas en sus propios países, para presentarlas en la reunión internacional final. Ya sea en forma directa o por internet, los miembros del grupo central de investigación apoyarán además a investigadores y usuarios de investigación en sus esfuerzos de divulgación nacionales y regionales durante la iniciativa, lo que incluye ayudarles a evaluar la ‘capacidad de recepción’ de sus propias organizaciones o ministerios para absorber hallazgos de investigación, una carencia

percibida en revisiones recientes de esfuerzos de transferencia de conocimiento en países en desarrollo [95]. A esto les ayudará el trabajo de Labonte, uno de los postulantes en un estudio que fue financiado por los Institutos Canadienses de Investigación sobre Salud sobre la capacidad de recepción en Canadá. También trabajaremos ampliamente a través de las redes locales y regionales representadas por nuestro grupo central de investigación y usuarios de investigación estratégicos. Nuestro grupo central de investigadores se reunirá periódicamente con formuladores de políticas de organismos nacionales e internacionales, proyectos locales de APS-I, (en sus propias regiones), y con otros investigadores/usuarios de investigación, usando los canales académicos normales (publicaciones, sesiones informativas de políticas, reuniones, conferencias). Esto se planificará: habrá un mínimo de ‘objetivos’ de políticas en cada región identificada en el primer curso de capacitación, y se tomará en cuenta la oportunidad, respondiendo a invitaciones de proyectos de APS-I y de encargados de la toma de decisiones de políticas y programas de sistemas de salud. El interés actual de varios investigadores gubernamentales, formuladores de políticas y encargados de la toma de decisiones a nivel regional, municipal y nacional, nos está entregando desde ya algunas audiencias interesadas en tener más debates sobre nuestra investigación. Otras actividades y productos más específicos de ‘transferencia de conocimiento’ incluirán:

- ⌚ Los resultados del Año 1, incluyendo los debates ocurridos durante la reunión, serán también la base de los aportes al Informe de Monitoreo de la Salud Global II (Global Health Watch II), cuya emisión se ha programado para 2008, y del cual uno de nuestros coinvestigadores principales (Sanders) es editor general.
- ⌚ Amplia divulgación en el formato 1-3-25+ (1 breve resumen de políticas de una página, un resumen de 3 páginas, un informe detallado de 25 páginas o más) de todos los productos de conocimiento de la investigación (buscaremos financiamiento por separado para la traducción en español y francés);
- ⌚ Puesta Colocación de productos de conocimiento en el sitio web del Movimiento para la Salud de los Pueblos y en todos los sitios de las instituciones afiliadas (dependiendo de su autorización), prestando atención especial a resúmenes en lenguaje adecuado para las diferentes comunidades de usuarios (miembros de la comunidad, trabajadores de la APS-I, gerentes/planificadores, etc.);
- ⌚ Distribución de resúmenes y Localizador Uniforme de Recursos (URL) de productos de conocimiento a través de numerosos servidores de listas;
- ⌚ Publicación de artículos revisados por especialistas y de un libro;
- ⌚ Creación de un Equipo asesor en APS-I con investigadores centrales y nuevos, entrenados por nuestra iniciativa, bajo los auspicios y con el apoyo del Movimiento para la Salud de los Pueblos, que estaría dispuesto a asesorar, si se le pide, a formuladores de políticas en otros países/regiones sobre la evidencia que haya sintetizado y generado nuestra iniciativa sobre ‘mejores prácticas en APS-I’ y las condiciones que posibilitan su implementación. (Lo anterior es análogo a lo que otros han caracterizado como una ‘unidad de respuesta rápida’, que puede proporcionar resúmenes escritos y consulta telefónica o en persona sobre ‘mejores prácticas’, basados en evidencia y con breve aviso [96].)

### **Gestión de la iniciativa**

Habrá un grupo central de gestión de la iniciativa que consistirá de los dos postulantes principales, los coordinadores de investigación y capacitación, un representante de cada una de

las cuatro regiones en que tendrá lugar la capacitación y la nueva investigación, y un representante de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos, responsable de los cursos de capacitación. Este grupo central se reunirá cinco veces, aprovechando usualmente eventos importantes a que asistirá la mayoría de sus miembros. Además habrá reuniones por internet, programadas regularmente cada trimestre o cuando sea necesario, de un ejecutivo formado por los dos postulantes principales y los dos coordinadores. También tendrán lugar reuniones periódicas por internet ('como se necesite') con el grupo mayor de postulantes de este proyecto, y habrá como mínimo un informe anual sobre el progreso, destinado al grupo en su totalidad para comentario, participación en la planificación permanente y desarrollo de la iniciativa. La planificación y coordinación diaria de la capacitación y las iniciativas de investigación las gestionarán el coordinador de capacitación (en la Universidad de Western Cape) y el coordinador de investigación (en la Universidad de Ottawa), respectivamente.

## **ÉTICA**

La iniciativa en su totalidad pasará por los Comités de ética de la Universidad de Ottawa y la Universidad de Western Cape. La investigación financiada a través de esta iniciativa será examinada por el Consejo de Ética en la Investigación de la Universidad de Ottawa. Sin embargo, un examen ético formal no asegura necesariamente el cumplimiento con enfoques de la ética más completos y que consideran el empoderamiento. Habrá un proceso exhaustivo de tutoría en ética en el curso de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos. Esta tutoría en ética tendrá lugar en el contexto del desarrollo de la investigación- acción participativa, tendrá un abordaje basado en derechos para la investigación y el desarrollo, e involucrará a los académicos del curso, las organizaciones patrocinadoras, y los tutores y los usuarios de investigación.

## **CONSIDERACIONES RELATIVAS A GÉNERO Y EQUIDAD**

Nuestra iniciativa se centra en países que no sólo cuentan con una rica experiencia en programas de APS-I sino que forman parte del grupo de países de ingresos bajos y medios. En Canadá y Australia (excepciones de países con altos ingresos) la iniciativa se centra en experiencias de pueblos indígenas. En la práctica, la APS-I suele otorgar prioridad a los asuntos de salud relativos al género que son importantes para las mujeres (p.ej. salud maternal y reproductiva, salud infantil). Nosotros pediríamos que en las declaraciones de interés para el curso de capacitación y el financiamiento a la investigación que se administra a través de nuestra iniciativa, se indicara que se consideran asuntos de salud relativos al género (así como otros temas relacionados con estratificación social). Un análisis de la APS-I que considere el género, formará parte de nuestro estudio retrospectivo del primer año.

## **EVALUACIÓN Y APRENDIZAJE PERMANENTE**

Según los objetivos de nuestra iniciativa, sus productos principales serán: el desarrollo y refinamiento permanentes de un marco conceptual para la APS-I, del que ya hay presentes elementos preliminares en esta propuesta; la finalización de estudios retrospectivos y actuales de experiencias en la implementación y el impacto de la APS-I y su impacto; la capacitación de una

cohorte de nuevos activistas investigadores y usuarios de investigación; una nueva investigación sobre APS-I ; desarrollo y fortalecimiento de redes de investigadores y usuarios de investigación; y creación de una infraestructura sustentable en el Movimiento para la Salud de los Pueblos para desarrollo de capacidades e investigación en APS-I permanentes. La evaluación de estos productos será a la vez formativa y sumativa. El enfoque general de la evaluación estará informado por metodologías de evaluación realista y de ‘tercera generación’. La primera enfatiza los datos en la trayectoria lógica, ligando actividades a objetivos/productos y tomando a la vez en cuenta al contexto; y el segundo pone énfasis en la evaluación como un proceso de aprendizaje en que participan todos los actores relevantes. Los datos para la evaluación se recolectarán permanentemente y serán coordinados por los coordinadores de investigación y capacitación. Además se contratará a un evaluador independiente que evalúe el programa de capacitación y ayude a diseñar otros componentes de evaluación. En la Tabla 2 se muestran indicadores representativos de la evaluación de la iniciativa. Finalmente, consideramos que la evaluación de la iniciativa es en su totalidad un medio importante y permanente para aprender más, no solamente sobre APS-I, sino también sobre el proceso que va de la investigación a la implementación (‘investigación - en- acción’).

**Tabla 1: Indicadores y métodos de evaluación**

<b>Objetivos</b>	<b>Indicadores y Métodos</b>	<b>Comentarios</b>
1. Desarrollar marco para la APS-I	Retroalimentación de los participantes, primera reunión internacional  Presentaciones a revista y comentarios de la revisión de especialistas  Retroalimentación de declaraciones de interés	La mayor parte del refinamiento del marco preliminar se hará en la primera reunión internacional. Cada curso/reunión regional, las distintas iniciativas de investigación de los equipos del programa de capacitación, y la interacción con otros usuarios de investigación, retroalimentarán continuamente el marco para hacerlo evolucionar y afinarlo cada vez más
2. Investigación retrospectiva sobre APS-I	Igual que arriba, pero además: Circulación a oficinas regionales de la OMS para comentarios sobre su utilidad  Circulación a otros expertos en APS-I y APS para comentarios sobre su utilidad  Comentarios del revisor para inclusión del capítulo en GHW II	Se podría considerar una encuesta breve a usuarios de investigación estratégicos en las regiones de programas de capacitación (los que participan directamente en nuestra iniciativa y los contactados una vez iniciada), si es que fuera factible técnica y financieramente. En caso de ser así, la efectuará el evaluador independiente responsable de diseñar la evaluación de cursos de capacitación.
3. Programa de capacitación	Los indicadores potenciales incluyen: - número de cursos efectuados - número de estudiantes que asistieron con éxito - número de pares de estudiantes que presentan e inician proyectos de investigación	Se contratará a un evaluador independiente para diseñar y efectuar una evaluación exhaustiva de los cursos de capacitación, incluyendo todos los elementos de reclutamiento , (publicidad) de declaraciones de interés, proceso de revisión de declaraciones de interés, cursos, proceso de

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retroalimentación de los estudiantes sobre la calidad de los cursos</li> <li>- retroalimentación de las organizaciones que patrocinaron/apoyaron a los estudiantes</li> <li>- retroalimentación del tutor</li> <li>- pre/post evaluación de conocimiento y habilidades</li> <li>- retroalimentación sobre la tutoría provista por el grupo central de investigación entre los cursos/reuniones regionales</li> </ul>	<p>revisión de propuestas de investigación y extensión y calidad de participación con usuarios de investigación en todas las fases de la iniciativa. Así, los indicadores proporcionados para el curso son sólo indicativos.</p>
<p>4. Nueva investigación por los equipos de investigación</p>	<p>Los indicadores potenciales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- espectro de temas escogidos para la investigación y su relevancia para la APS-I</li> <li>- grado de participación del usuario de investigación en todas las fases del proyecto de investigación</li> <li>- cantidad de financiamiento adicional obtenido por los equipos de investigación</li> <li>- finalización exitosa de los proyectos de investigación</li> <li>- papel del grupo central de investigación y los tutores regionales en la finalización exitosa de los proyectos de investigación</li> <li>- retroalimentación de usuarios de investigación y de la comunidad donde se condujo el proyecto de investigación</li> <li>- retroalimentación de tutores regionales</li> <li>- retroalimentación de reuniones regionales en que se presentaron/discutieron resultados</li> <li>- publicaciones (en qué revistas especializadas, con qué retroalimentación de la revisión por especialistas), artículos en medios de comunicación, nuevas propuestas surgidas de la que apoyó esta iniciativa</li> </ul>	<p>Esta investigación la efectuarán los equipos de investigación capacitados en los cursos, apoyados por organizaciones patrocinadoras, tutores regionales y el grupo central de investigación de nuestra iniciativa. Como en el caso del curso, estos son indicadores puramente indicativos.</p>
<p>5. Fortalecimiento de vínculos, investigadores/usuarios de investigación</p>	<p>Los indicadores potenciales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grado de participación del usuario de investigación en todas las fases del proyecto de investigación</li> <li>- retroalimentación de la investigación</li> <li>- retroalimentación de reuniones regionales en que se presentaron/discutieron resultados</li> <li>- invitaciones al grupo central de investigación y a los equipos de investigación a que entreguen resúmenes informativos a formuladores de políticas</li> <li>- pedido de resultados a administradores de</li> </ul>	<p>Junto con la evaluación del segundo objetivo, puede que se considere una encuesta breve de usuarios estratégicos de investigación en las regiones de los programas de capacitación (de los que participan directamente en nuestra iniciativa, y los que contactamos una vez iniciada), si fuera factible financiera y técnicamente. Se les plantearían preguntas específicas sobre su percepción de cambios en la relación entre investigadores y usuarios de investigación, y el papel de la iniciativa en esos cambios.</p>

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

	programas de APS-I y evaluación de su utilidad - descarga y cita de artículos publicados que emanen de la iniciativa	
6. Desarrollar infraestructura sustentable	Los indicadores potenciales incluyen: - desarrollo de nuevo financiamiento estrategia/planes en el Año 2 - aumento del apoyo en efectivo o en especies a universidades, ONG's, proyectos de APS-I y otros usuarios de investigación en las regiones en que se lleva a cabo capacitación y nueva investigación - incorporación de programas de capacitación regional permanente en APS-I por instituciones regionales - propuestas de nueva capacitación e investigación que siga el modelo de nuestra iniciativa, de parte de otras regiones	Será difícil evaluar la sustentabilidad de la infraestructura luego de sólo cuatro años. Los indicadores potenciales son hitos señalizadores, pero no se pueden considerar independientemente de las mediciones de fortalecimiento de las redes y de los vínculos investigador/usuario de investigación.
7/8. Fortalecimiento del Movimiento para la Salud de los Pueblos. Conocimiento y redes de APS-I	Los indicadores potenciales incluyen: - número de redes establecidas y/o fortalecidas - alcance de la afiliación y de las actividades de la red - tendencias en los afiliados y en las actividades de la red entre dos reuniones internacionales; una regional y la final - retroalimentación de miembros de la red entre dos reuniones internacionales; una regional y la final - reconocimiento de las redes por especialistas, otras organizaciones y otros usuarios de investigación	Estos dos objetivos están entrelazados, uno describe la mejoría en el conocimiento y las habilidades sobre de la APS-I y el otro el fortalecimiento de redes regionales y mundiales de APS-I mediante el Movimiento para la Salud de los Pueblos. El último objetivo es uno de los medios importantes para lograr el primero.
9. Evaluación de la iniciativa global	A desarrollar en forma cooperativa con el evaluador independiente	La evaluación global de la iniciativa comprenderá la suma de la evaluación de sus componentes, y se pedirán algunas críticas a los asistentes a la conferencia internacional final. Podría invitarse a expertos internacionales independientes en APS-I (p.ej. la OMS y sus oficinas regionales) a que revisen documentos del diseño de la iniciativa, así como documentación sobre sus efectos (según los indicadores potenciales anteriores).

**INSTITUCIONES Y PERSONAL**

Consulte el Anexo 2.

## **PROCESO DE DESARROLLO DE LA PROPUESTA**

Una reunión de equipo tuvo lugar durante 3 días a comienzos de junio en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Se seleccionaron miembros del equipo para representar a todas las regiones identificadas por la iniciativa. Seis miembros (Labonte, Espinoza, Legge, Baum, Gaitonde y Barten) requerían vuelos domésticos o internacionales, que ocuparon \$11.000 de los gastos de la beca. El miembro del equipo restante (Sanders) se alojó en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Western Cape, que acogió a la reunión. La escuela dispuso el alojamiento y cierto transporte terrestre a costo razonable. Todos los miembros participantes reclamaron un modesto viático de \$32 para cubrir costos adicionales tales como alimentación y comunicaciones. Estos viáticos, juntos con costos locales de la reunión, ascendieron a otros \$2.300 de la beca. Los \$1.700 restantes del capital semilla de la beca se gastaron en asistentes de investigación (Gaitonde y Kagis) que ayudaron en la redacción de partes de la propuesta final y en la preparación de la misma para su presentación. El financiamiento adicional de asistencia de investigación (en exceso de la beca semilla de \$15.000) lo proporcionó la Alianza Canadiense de Asociaciones de Centros de Salud Comunitarios (en inglés Canadian Alliance of Community Health Centre Associations - CACHCA), que también dio financiamiento para la traducción de material preliminar al francés y el español. Se entregaron resúmenes escritos y otro material sobre el proyecto a usuarios de investigación estratégicos y tutores de investigación regionales, y se prestó detallada atención a las secciones de ‘investigación - acción’ y de preguntas de investigación. Se efectuaron reuniones persona a persona con la mayoría de los usuarios de investigación estratégicos, aprovechando conferencias y otras oportunidades de reunión; y como mínimo, hubo prolongadas conversaciones telefónicas con los demás. Como se pudo notar en los currículos (hojas de vida), y a menudo en las cartas de presentación (adjuntas), hay un gran interés en la iniciativa, y varios ya han comenzado a identificar preguntas indicadoras de investigación regionalmente específicas.

ANEXO 2: INVESTIGADORES, USUARIOS DE INVESTIGACIÓN, INSTITUCIONES, RPAPELES Y COMPROMISOS

Nombre	Institución	Calificaciones, Capacidad experta y papel en la iniciativa	Tiempo dedicado a la Iniciativa	Comentarios
Ronald Labonte	Universidad de Ottawa, IPH (unidad interdisciplinaria de 6 años con capacidad experiencia investigación de salud, traducción de conocimiento e investigación de salud indígena, a nivel internacional y global).	Doctor, Canadá, Jefe de Investigación >20 años de experiencia de trabajo en promoción de la salud y atención de salud primaria integral anteriores a su carrera académica / de investigación. Investigador, tutor de investigación, capacitador de curso, miembro del grupo de gestión de la iniciativa.	10 – 15%	Postulante co-principal. Participa y contribuye a todas las fases de la iniciativa.
David Sanders	Universidad de Western Cape, Escuela de Salud Pública, por largo tiempo una escuela multidisciplinaria con extensa capacitación y proyectos de investigación en toda África del Sur. Miembro del Grupo Directivo Mundial del Movimiento para la Salud de los Pueblos, Editor General de Global Health Watch 2.	Investigador, tutor de investigación, capacitador de curso, miembro del grupo de gestión de la iniciativa. Pediatra, especialista en salud pública, >25 años de trabajo en políticas de salud en África del Sur, desarrollo de sistemas de atención de salud primaria y de salud. Consejero ante gobiernos y agencias de las Naciones Unidas.	10 – 15%	Co postulante principal. Participa y contribuye en todas las fases de la iniciativa.
Fran Baum	Departamento de Salud Pública y Unidad de Investigación de Salud Comunitaria de Australia del Sur	Doctor en Ciencias Sociales 25 años de experiencia en salud pública en la comunidad e investigación y	Aprox. 5%	Contribuye a la capacitación en investigación y tutoría en Centro de Investigación Cooperativa de Salud Indígena (sigla inglesa CRCAH) y Australia del Sur

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

	(sigla inglesa SACHRU), Universidad de Flinders, Adelaida. La SACHRU tiene 20 años de experiencia con agencias de Atención de Salud Primaria. El Departamento de Salud Pública tiene vasta experiencia de enseñanza en atención de salud primaria.	capacitación en atención de salud primaria. Comisario Comisionado en Determinantes Sociales de la Salud Los investigadores superiores de la SACHRU también dedicarán esfuerzos a esta iniciativa – todos tienen vasta experiencia investigación en atención de salud primaria.		
Eduardo Espinoza	Director de Relaciones Internacionales, Universidad de El Salvador	Doctor en Medicina Experto en Salud comunitaria; investigador y capacitador; Traducción de conocimiento para la red universitaria.	2-7%	Contribuye a investigación, capacitación en investigación, desarrollo de capacidades y tutoría en El Salvador, América Latina y la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos
Francoise Barten	Instituto Njimegen para la Salud Internacional: coordinador de un programa de red en la universidad que involucra investigación colaborativa en la UE; América Latina y África.	Doctor en Medicina; Epidemiólogo; investigador experimentado, experiencia in desarrollo de capacidades y desarrollo de programas en países desarrollados y de ingresos bajos y medios; Asesor del programa de “Municipalidades Sanas” de la OMS	5%	Contribuye a capacitación en investigación y tutoría en América Latina, Holanda y África
Rakhal Gaitonde	Doctor en Medicina. Socio en Investigación y Capacitación, Célula de Salud comunitaria, Bangalore; Comité Asesor	Muchos años de trabajo en la comunidad y de experiencia en atención de salud primaria, tutor de investigación, investigador	2-7%	Contribuye a capacitación en investigación y tutoría en India y a través de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos

SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN

ANEXO B

	Médico, Centro Social y Educacional de Mujeres Rurales			
David Legge	Universidad de La Trobe, Escuela de Salud Pública: unidad académica de larga trayectoria con capacidad experta particular en servicios de salud primaria, y en políticas y gestión de salud; Centro para el Desarrollo e Innovación en Salud, Melbourne; Centro de Investigación Cooperativa para Innovación en Salud: destacada red de investigación indígena centrada en atención de salud primaria; Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos: organiza e imparte cursos breves centrados en atención de salud primaria en países en desarrollo.	Doctor en Medicina, Socio del Royal Australasian College of Physicians; Investigador experimentado y supervisor de capacitación en investigación; tutor de investigación, capacitador de investigación y miembro del grupo de gestión del proyecto.	10-15%	Contribuye en todas las etapas del proyecto propuesto; inicio de los cursos en la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos
Claudio Schuftan	Consultor independiente e investigador en salud y derechos humanos; salud pública y nutrición.	Doctor en Medicina Salud pública y especialista en nutrición; especialista en salud y derechos humanos: investigador, tutor y en capacitación.	2-7%	Investigación, investigación en derechos humanos, tutoría y desarrollo de capacidades
Maija Kagis	Consultora independiente e investigadora. Ejecutiva del Consejo Internacional por la Salud de los Pueblos,	Maestría en Administración de Salud; se especializa en políticas de salud, sistemas de salud, historia, investigación y	2-10%	Investigación, estudios retrospectivos, traducción de conocimiento. Investigadora, usuaria de investigaciones estratégicas

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

	ONG que patrocina partes de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos	desarrollo atención primaria integral de la salud e investigación y políticas para la acción.		
Jack McCarthy	Presidente, Canadian Association of Community Health Centre Associations (CACHCA); jefe ejecutivo, Somerset West Health Centre.	Maestría en Trabajo Social; especialista en centros de salud comunitaria en Canadá; facilitador experimentado	2-5%	Estudios de caso; usuario de investigación estratégico. Consulte la nota que sigue más abajo.
Shirley Woods	Northern Inter-Tribal Health Authority, SK, Canadá (NITHA formada en 1996 para coordinar y planificar atención de salud integrada, centrada en la atención de salud primaria integral, para miembros de la Lac La Ronge Indian Band, Peter Ballantyne Cree Nation, Prince Albert Grand Council y Meadow Lake Tribal Council en el norte de Saskatchewan)	Maestría en Salud Pública, Bachillerato en Ciencia, Enfermería; Enfermera epidemióloga con varios años de experiencia como profesional indígena de salud pública, trabaja con comunidades de primeras naciones del norte, incluyendo proyectos de investigación y evaluación Tutora de investigación, usuaria de investigación.	2 - 7%	Investigadora y usuaria de investigación estratégica, trabaja con la autoridad de salud indígena.
Patrick Odnokon	NITHA (consulte la nota anterior sobre Woods)	Maestría en Ciencias, Bachillerato en Ciencias Nuevo investigador/evaluador de NITHA, experiencia anterior en asociaciones de investigación con base comunitaria. Tutor de investigación, usuario de investigación.	2 – 7%	Investigador y usuario de investigación estratégico que trabaja con la autoridad de salud indígena.
Bonnie Jeffery	Universidad de Regina Saskatchewan;	Doctor en Trabajo social e investigación de servicios de salud	2-7%	Investigador, con énfasis asuntos de salud boreal e indígena; tutor de

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

	Unidad de Investigación de Salud Poblacional y Evaluación.			investigación, capacitador
Janet Smylie	Universidad de Saskatchewan, Centro de Investigaciones de Salud de Pueblos Indígenas, Universidad de First Nations de Canadá: Profesora adjunta	Doctor en Medicina; Maestría en Salud Pública.	2-5%	Investigadora, asuntos de salud indígena.; contribuye a investigación y tutoría de investigadores
Georgina McDonald	Autoridad de Salud de Athabasca, Saskatchewan	Prestación de servicios de salud y salud pública a pueblos indígenas en el norte de Sask.	2-5%	Usuaría de investigación estratégica
Lori Hanson	Universidad de Saskatchewan, Departamento de Salud Comunitaria y Epidemiología	Candidato a Doctor; Programa interdisciplinario de Maestría en Ciencias, Ciencias de Salud Comunitaria	2-7%	Investigador; tutor en investigación basada en la comunidad;
Sylvia Abonyi	Presidenta de Investigación de Canadá en Salud Indígena; y Profesora Asociada, Salud comunitaria y Epidemiología, Universidad de Saskatchewan.	Doctora en Antropología, destacada investigadora y divulgadora de investigación con/para grupos indígenas	2-5%	Investigadora, tutora, capacitadora, traducción de conocimiento
María Teresa Losada Monsalve	Doctor en Medicina Director, Creamos,	ONG dedicada a la atención primaria en Bolivia	2-7%	Usuaría de investigación estratégica; investigadora
Germán Crespo	Doctor en Medicina Director de Planificación del Ministerio de Salud, Bolivia	Asesor del Ministro y encargado de la cartera principal en un cambiante ambiente de salud; usuario de investigación estratégico; asesor	2-4%	Usuario de investigación estratégico.

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

Vigmar Muñoz Alvarado	Doctor en Medicina Pediatra, maestría en Salud Pública Universidad Mayor de San Simón (universidad pública) Bolivia, profesor de post grado; Asesor del departamento de salud regional (SEDES)	Experiencia académica y en políticas/acción pública. Investigador; tutor de investigación y usuario de investigación estratégico	2-5%	Investigador, usuario de investigación estratégico
Ciro Larrázabal Córdova	Doctor en Medicina Psiquiatra, profesor de Psiquiatría, Universidad Mayor de San Simón (universidad pública)	Por largo tiempo profesor/investigador en la Universidad Mayor de San Simón, coordina actividades de la universidad investigación, investigador	2-3%	investigador
María Hamlin Zúñiga	CISAS (Centro de Información y Asesoría en Salud): promoción de la salud y consultoría en Nicaragua; El Salvador, Guatemala y América Latina	Fundadora y Directora por largo tiempo de la mayor ONG de educación de salud en Nicaragua; reconocida internacionalmente en la integración de promoción de la salud/educación en la atención primaria.	2- 7%	Usuaría de investigación estratégica; tutora y capacitadora.
Luz Margarita Posada	Directora de APROCSAL (Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños): El Salvador Coordinadora de APSAL (Acción para la Salud en El Salvador)	Años de promoción de la salud/ salud primaria en América Central a través de diversas redes de salud.	2-7%	Usuaría de investigación estratégica
Hugo Icu	Director, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud: red clínica y de promoción de la salud	Promoción de la salud en contextos clínicos en la población pobre de Guatemala y El Salvador	2-5%	Usuario de investigación estratégico

SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN

ANEXO B

María Anthoanet Palacios Parada	Doctora en Medicina ; Profesor de Servicios de Salud Comunitarios , Universidad de El Salvador	Profesora en la Universidad de El Salvador; centrada en salud comunitaria	2-5%	Investigadora
Giovanni Salazar Moreno	Doctor en Medicina; Maestría en Salud Pública; Profesor, Universidad de San Carlos de Guatemala	Profesor en la Universidad de San Carlos, examinando el papel de las organizaciones de la comunidad en de reforma de la salud en Guatemala	2-5%	Investigador, tutor y capacitador
Miguel San Sebastián	Doctor en Medicina; Profesor superior en Salud Pública en la Universidad de Umea en Suecia; Investigación en la cuenca amazónica con grupos indígenas y el Centro de Epidemiología y Salud Comunitaria.	Investigador con pueblos indígenas en Suecia; Ecuador y Papúa Nueva Guinea; tutor en investigación; desarrollo de capacidades con pueblos indígenas; investigación para la acción en desarrollo de políticas para pueblos indígenas.	2-7%	Investigador; tutor de investigación; desarrollo de capacidades
Hernán Hermida	Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca, Ecuador	Decano de Medicina con vasta experiencia en investigación, capacitación y gestión.	2-4%	Investigador, tutor de investigación: también aprovechará el equipo de la universidad
Arturo Quizhpe	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca	Profesor Pediatría, Director de la Fundación. Niño a Niño, Profesor, investigador, tutor de investigación y usuario de investigación estratégico mediante la Fundación. Niño a Niño.	2-5%	Investigador, tutor de investigación, usuario de investigación estratégico.
Román	Doctor en Medicina	Investigador y asesor	10-	Equipo de Bogotá: usuario de

SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN

ANEXO B

Rafael Vega	Doctor en Administración, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia	de salud pública, Ciudad de Bogotá	15%	investigación estratégico, investigador, tutor de investigación, capacitador
Paula Andrea Mosquera	Psicóloga con Especialidad en Epidemiología, Universidad Javeriana.	Investigadora, asuntos de salud infantil	2-5%	Equipo de Bogotá: investigadora
Janeth Carillo	Doctor en Medicina Monitor de Salud para el Observatorio Nacional de Salud y Seguridad Social	Promoción de la salud y salud pública investigadora; capacidad experta en sistemas de salud. Investigadora	2-5%	Equipo de Bogotá: investigadora
Marta Lucía Rubio Mendoza	Bachillerato en Ciencias, Enfermería; Maestría en salud Pública Directora de Actividades de Salud, Depto. de Salud de Bogotá.	Enfermera experimentada, administradora, Investigadora y usuaria de investigación estratégica.	2-5%	Equipo de Bogotá: investigadora
Libia Esperanza Forero	Maestría en Salud Pública. Doctora en odontología, Asesora de políticas de salud y análisis situacional de salud, Depto. de Salud de Bogotá.	Investigadora/usuaria de investigación estratégica	2-5%	Equipo de Bogotá: investigadora, usuaria de investigación estratégica
Sandra Isabel Lozano	Doctora en Medicina Especialización en administración y gestión	Jefa ejecutiva, Hospital SUBA, informa ante el Depto. de Salud de Bogotá. Usuaría de investigación estratégica e investigadora	2-5%	Equipo de Bogotá investigadora, Usuaría de investigación estratégica.
Carolina Zarate Arcos	Maestría en Trabajo Social Coordinadora de Atención Primaria, Hospital SUBA;	Usuaría de investigación estratégica.	2-5%	Equipo de Bogotá: investigadora

SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN

ANEXO B

	Depto. de Salud de Bogotá.			
Jorge Bernal	Doctor en Medicina Especialidad en Salud ocupacional	Subsecretario (Subdirector) Depto. de Salud, Bogotá Usuario de investigación estratégico	2-5%	Equipo de Bogotá:
Giovanni Apraez Ippolito	Doctor en Medicina Maestría en Salud Pública, Profesor y Estudiante de Doctorado.; Depto. de Salud Pública, Universidad Pública de Colombia	Investigador.	2-5%	Equipo de Bogotá: investigador
Ivana Barreto	Doctora en Medicina; pediatría; Maestría en Salud Pública; Universidad Federal del Estado de Ceara.	Profesora e investigadora en la Universidad de	2-5%	Investigadora, tutora de investigación
Prof. Dr. Luiz Odórico Monteiro de Andrade	Secretario de Salud de la Provincia de Fortaleza del Consejo de Salud de Brasil	Usuario de investigación estratégico	2-5%	Usuario de investigación estratégico
Beatus Leon	Doctor en Medicina ; Maestría en Salud Pública. Investigación Científico: Nacional Institute for Medical Investigación, Tanzania	Investigador y usuario de investigación estratégico, con experiencia en niveles clínicos, de investigación y políticas en Tanzania	2-5%	Investigador Usuario de investigación estratégico
Aidan Njau	Doctor en Medicina investigador y capacitador residente en hospital; Tanzania	Director de hospital; y médico pediatra con capacidad experta clínica, investigación y gestión	2-5%	Usuario de investigación estratégico; Investigador
Benedict Ndawi	Doctor en Medicina y Director de Salud pública. Dirige el Instituto de Atención de Salud Primaria,	Director del Instituto de Salud Pública del Ministerio, supervisa la salud primaria y pública en Tanzania	2-5%	Usuario de investigación estratégico.

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

	Iringa, Tanzania, informa ante el Secretario Permanente de Salud en el Ministerio de Salud y Bienestar Social.			
Ivan Toms	Doctor en Medicina Director Ejecutivo, Ciudad del Cabo, Departamento de Salud.	Alto Directivo en el gobierno local de Ciudad del Cabo; Doctor en Medicina con calificaciones de post grado en Gestión de Salud	2-5%	Usuario de investigación estratégico en el Departamento Municipal de Salud Con carta de apoyo
Antonia Carolina Muchaneta Mubaira	Grupo de Trabajo Comunitario en Salud, Administradora de Programa ZIMBABUE	Alto Directivo en una ONG, usuaria de investigación estratégica	2-5%	
Parlamento de Zimbabue				Usuario de investigación estratégico, con carta de apoyo trabaja con el Grupo de Trabajo Comunitario en Salud
KC Househam	Superintendente de la Provincia de Cabo Oeste, Sudáfrica Director General de Salud	Pediatría y Administrador de Salud en una provincia con una población de 4,5 millones. Usuario de investigación estratégico.		Usuario de investigación estratégico.. carta de apoyo
Itai Rusike	Jefe ejecutivo, Grupo de Trabajo Comunitario en Salud, Zimbabue	35 organizaciones de la sociedad civil involucradas en mejorar la participación de la comunidad Usuario de investigación estratégico.	2-5%	
Thelma Narayan	Profesora y Evaluadora, Maestría en Ciencias Epidemiología; Doctora en Políticas de Salud	Investigadora, evaluadora, profesora.	2-7%	Investigadora, tutora de investigación

SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN

ANEXO B

	Community Health Cell, ONG India.			
Dr T. Sundararaman	Doctor en Medicina, Director del State Health Resource Centre; Raipur, Chattisgar	Doctor experimentado, Director de Salud de un gran estado con condiciones de pobreza. Usuario de investigación.	2-5%	Usuario de investigación estratégico
K.R.John	Doctor en Medicina; Maestría en Ciencias. Epidemiología; Doctor en Salud Pública	Profesor de Medicina Comunitaria, Christian Medical College; economista de la salud Aporte estratégico como investigador y tutor de investigación	2-7%	Investigador de investigación, tutor
Pat Anderson	Administrador, Activista Comunitario, Community Resource Centre for Aboriginal Health	Aporte estratégico en asuntos de salud indígena, usuario de investigación estratégico e investigador	2-5%	Usuario de investigación estratégico.
Chris Mcgowan	Jefe ejecutivo, Noarlunga Health Services Maestría en Ciencias Aplicadas Bachillerato en Comercio	Especialista en servicios de salud primaria para pueblos indígenas. Usuario de investigación estratégico con una amplia red	2-5%	Usuario de investigación estratégico
Kaisu Vartto	Jefe ejecutivo, SHINE, importantes agencia para la salud sexual en Australia Enfermera Diplomada con vasta experiencia en trabajo con indígenas	Usuaría de investigación estratégica	2-5%	

**Nota:**

No es posible hacer un estimado total del compromiso de tiempo de los investigadores regionales, los tutores de investigación o los usuarios de la misma, ya que esto depende del número de declaraciones de interés emanadas de la región y del alcance de su participación potencial. Sigue a continuación un estimado del tiempo para cada una de las distintas funciones:

**SECCIÓN C- DETALLES DEL PROGRAMA  
RELEVANCIA, PROBLEMAS Y JUSTIFICACIÓN**

**ANEXO B**

Capacitadores de cursos de investigación:	5% - 7%	(disminuyendo en los Años 3 y 4)
Tutores de investigación:	2% - 5%	(disminuyendo en el Año 4)
Equipos de investigación:	7% - 12%	(disminuyendo en el Año 4)
Otros usuarios de investigación: investigación)	2%	(que no son miembros de equipos de

**REFERENCIAS:**

- [1] Organización Mundial de la Salud. Declaración de Almaty (ant. Alma Atá). International Conference on Primary Health Care; 1978 1978; Alma Ata; 1978.
- [2] Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. New York: Oxford University Press 2001.
- [3] Organización Mundial de la Salud. Changing History. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- [4] Adeyi O, Chellaraj G, Goldstein E, Perker AS, Ringold D. Health status during the transition in Central and Eastern Europe: development in reverse? Health Policy and Planning. 1997;12(132-145).
- [5] Bates I, Fenton C, Gruber J, Laloo D, A Medina L, Squire SB, et ál. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level. Lancet Infectious Diseases. 2004;4:368-75.
- [6] Bates I, Fenton C, Gruber J, Laloo D, A Medina L, Squire SB, et ál. Vulnerability to malaria, tuberculosis and HI /AIDS infection and disease. Part I: determinants operating at individual and household level. Lancet Infectious Diseases. 2004;4:267-77.
- [7] Cornia GA. Globalization and health: results and options. Bulletin of the Organización Mundial de la Salud. 2001;79:834-41.
- [8] Cornia GA, Addison T, Kiiski S. Income distribution changes and their impact in the post-Second World War period. En: Cornia GA, ed. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalization and globalization*. Oxford: Oxford University Press 2004:26-54.
- [9] Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press 2003.
- [10] Jenkins R. Globalization, production, employment and poverty: debates and evidence. Journal of International Development. 2004;16:1-12.
- [11] Labonte R, Schrecker T, Sanders D, Meeus W. Fatal Indifference: The G8 and Global Health. Ciudad del Cabo: University of Cape Town Press / IDRC Books 2004.
- [12] Labonte R, Schrecker T, Sen Gupta A. Health for Some: Death, Disease and Disparity in a Globalizing World. Toronto: Centre for Social Justice; 2005.
- [13] People's Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance. Global Health Watch 2005-2006, An Alternative World Health Report. Londres: Zed Books; 2005.
- [14] Wade RH. Is globalization reducing poverty and inequality? World Development. 2004;32(4):567-89.
- [15] Focus on the Global South. Anti poverty or anti poor? The millennium development goals and the eradication of extreme poverty and hunger. Bangkok; 2003.
- [16] Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy. Health Affairs. 2004;23:167-76.
- [17] Pogge T. The First United Nations Millennium Development Goal: a cause for celebration? Journal of Human Development. 2004;5:377-97.
- [18] UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. Londres: Earthscan; 2005.
- [19] UN Millennium Project Task Force on Improving the Lives of Slum Dwellers. A Home in the City. Londres: Earthscan; 2005.
- [20] Wagstaff A, Claeson M, al e. The Millennium Development Goals for Health: Rising to

the Challenges. Washington, DC: Banco Mundial; 2003.

[21] Buse K, Walt G. An Unruly melange? Coordinating external resources to the health sector: a review. *Social Science and Medicine*. 1997;45(3):449-63.

[22] Initiative on Public Private Partnership. [citado; disponible en: [www.ippph.org](http://www.ippph.org)

[23] SWEF. Common Research Protocol, Monitoring and Evaluating the Health System-Wide Effects of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria 2003.

[24] Gryboski K, Yinger NV, Dios RH, Worley H, Fikree FF. Working With the Community for Imporved Health. Washinton DC: Population Reference Bureau; 2006.

[25] Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodriguez B. Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival; with an in-depth critique of Oral Rehydration Therapy. Palo Alto: Healthwrights 1997.

[26] Brown TM, Fee E. A Role for Public Health History. *American Journal of Public Health*. 2004;94(11):1851-3.

[27] Kunitz SJ. The Making and Breaking of Yugoslavia and Its Impact on Health. *American Journal of Public Health*. 2004;94(11):1894-904.

[28] Sibthorpe BM, Glasgow NJ, Wells RW. Emergent themes in the sustainability of primary health care innovation. *Medical Journal of Australia*. 2005;183(10):s77-s80.

[29] Tatar M, Tatar F. Primary Health Care in Turkey: a Passing fashion? *Health Policy and Planning*. 1997;12(3):224-33.

[30] Cueto M. The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. 2004;94:1864-74.

[31] Irwin A, Scali E. Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences: Commission on Social Determinants of Health; 2005.

[32] Rohde J, Chatterjee M, Morley D, eds. Reaching Health for All. Oxford: Oxford University Press 1993.

[33] Barten F, Perez Montiel R, Espinoza E, Morales C. Democratic governance - fairytale or real perspective. Lessons from Central America. *Environment and Urbanization*. 2002;14(1):129-44.

[34] Pan American Health Organization. Primary Health Care in the Americas - Lessons learned over 25 years and future challenges. Resolution CD44.R6. *44th Directing Council: PAHO / WHO* 2003.

[35] Report by the Secretariat. Health Systems including Primary Health Care. *Executive Board 113th session*: Organización Mundial de la Salud 2003.

[36] Report by the Secretariat. Future Directions for Primary Health Care. *Executive Board 113th session*: World Health Orgaization 2003.

[37] Report by the Secretariat. Health Systems including Primary Health Care. *57th World Health Assembly*. Geneva: Organización Mundial de la Salud 2004.

[38] Report of the Regional Director. Revitalizing Health Services using the Primary Health Care approach in the African Region. Adís Ababa: WHO Regional Office for Africa; 2006.

[39] Organización Mundial de la Salud. Eleventh General Programme of Work 2006-2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.

[40] Solar O, Irwin A. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Geneva: Commission on the Social Determinants; 2005.

[41] People's Health Movement. The People's Charter for Health. 2000.

[42] People's Health Movement. Declaración de Cuenca. 2005.

[43] World Report on Violence and Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

- [44] Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*. 2005;365:1147-52.
- [45] Chopra M, Galbraith S, Darnton - Hill I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the Organización Mundial de la Salud*. 2002;80:952-8.
- [46] Ezzati M, Vander Hoorn S, Lawes CM, Leach R, James WP, Lopez AD, et ál. Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Med*. 2005;2(5):e133.
- [47] Monteiro C, Conde W, Popkin B. Obesity and inequities in health in the developing world. *International Journal of Obesity*. 2004;28:1181-6.
- [48] Monteiro C, Moura E, Conde W, Popkin B. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the Organización Mundial de la Salud*. 2004;82:940-6.
- [49] Peden M, McGee K, Sharma G. *The Injury Chart Book: A graphical overview of the global burden of injuries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- [50] Uauy R, Albala C, Kain J. Obesity trends in Latin America: transiting from under- to overweight. *Journal of Nutrition*. 2001;131:893s-9s.
- [51] Australian Bureau of Statistics, Welfare AIOHa. *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples*. Camberra: Australian Bureau of Statistics; 2005.
- [52] Royal Commission on Aboriginal People. *Gathering Strength; Health and Healing*. Ottawa: Minister of Supply and Services, Royal Commission on Aboriginal People; 1996.
- [53] Wilson K, Rosenberg MW. Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: Can existing frameworks accommodate traditional activities? *Social Science and Medicine*. 2002;55:2017-31.
- [54] Asher J. *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*. Londres: Commonwealth Medical Trust 2004.
- [55] Chapman AR. Core Obligations Related to Right to Health. En: Chapman A, Russell S, eds. *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*. Amberes: Intersentia 2002:185-215.
- [56] Committee on Economic SaCR. Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No.14. Ginebra: Office of United Nations High Commission on Human Rights; 2000. Report No.: E/C.12/2000/4.
- [57] Evans T. A human right to health? *Third World Quarterly*. 2002;23:197-215.
- [58] Hammonds R, Ooms G. World Bank Policies and the Obligation of its Members to Respect, Protect and Fulfill the Right to Health. *Health and Human Rights*. 2004;8:27-60.
- [59] Hunt P. Economic, Social and Cultural Rights: The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Ginebra: United Nations Economic and Social Council; 2003.
- [60] Hunt P. Economic, Social and Cultural Rights: The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Addendum: Mission to the World Trade Organization. Ginebra: United Nations Economic and Social Council; 2004.
- [61] Nygren-Krug H. *25 Questions and Answers about Health and Human Rights*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- [62] Banco Mundial. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington D C: Banco Mundial; 1993.
- [63] Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: Investing in*

health for economic development. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2001.

[64] Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *The Lancet*. 1979;301(18):967-74.

[65] Gangolli LV, Gaitonde R. Programs for Control of Communicable Diseases. In: Gangolli LV, Duggal R, Shukla A, eds. *Review of Health Care in India*. Bombay: CEHAT 2005.

[66] Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, Oyegbile K, Calanis M. Implementation of the Bamako Initiative: strategies in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*. 1997;12(s1):s29-s47.

[67] Levy-Bruhl D, Soucat A, Osseni R, Ndiaye J-M, Dieng B. The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving effectiveness of Primary Health Care. *International Journal of Health Planning and Management*. 1997;12(s1):s49-s79.

[68] Soucat A, Gandaho T, Levy-Bruhl D, de Bethune X. Health seeking behavior and household health expenditures in Benin and Guinea: the equity implication of the Bamako Initiative. *International Journal of Health Planning and Management*. 1997;12(s1):s137-s63.

[69] Soucat A, Levy-Bruhl D, De Bethune X. Affordability, cost-effectiveness and efficiency of primary health care: the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*. 1997;12(s1):s81-s108.

[70] Doyal L. What makes women sick: Gender and the Political Economy of Health: Rutgers University Press 1995.

[71] Disease Control Priorities in Developing Countries. 2 ed: Oxford University Press, World Bank, 2006.

[72] Kemm J. The limitations of 'evidence-based' public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006;12(3):319-24.

[73] Kelly M, Bonnefoy J, Morgan A, Florenzano F. The developments of the Evidence Base about the Social Determinants of Health: WHO Commission on Social Determinants of Health; 2006.

[74] Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, et ál. *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*; 2001. Report No.: 92.

[75] Victora CG, Armstrong J, Schellenberg LH, Amaral J, Arifeen SE, Pariyo G, et ál. Context matters: interpreting impact findings in child survival evaluations *Health Policy and Planning*. 2005;20:i18-i31.

[76] Baum F. Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*. 1995;40(4):459-68.

[77] Labonte R. *A Community Development Approach to Health Promotion*. Edimburgo: Health Education Board of Scotland / Research Unit in Health and Behavior Change; 1998.

[78] Labonte R, Robertson A. Health promotion research and practice: The case for the constructivist paradigm. *Health Education Quarterly*. 1996;23(4):431-47.

[79] Marmot M. Inequalities in health: causes and policy implications. In: Tarlov A, St. Peter R, eds. *The Society and Population Health Reader: A State and Community Perspective*. Nueva York: New Press 2002:293-309.

[80] Diderichsen F, Hallqvist J. Social Inequalities in Health: some methodological considerations for the study of social position and social context. En: Arve-Pares B, ed. *Inequality in Health - A Swedish Perspective*. Stocolmo: Swedish Council for Social Research 1998:25-39.

[81] Labonte R, Schrecker T. Analytic and Strategic Review Paper: Knowledge Network on Globalization and Health: Knowledge Network on Globalization and Health; 2006.

- [82] Eyerman R, Jamison A. *Social Movements: a cognitive analysis*. University Park: University of Pennsylvania Press 1991.
- [83] Alford R. Paradigms of relations between state and society. En: Olsen M, Marger M, eds. *Power in Modern Societies*. San Fransisco: Westview Press 1993.
- [84] Skocpol T. The potential autonomy of the state. En: Olsen M, Marger M, eds. *Power in Modern Societies*. San Francisco: Westview Press 1993.
- [85] Offe C. *Contradictions of the Welfare State*. Boston: MIT Press 1984.
- [86] Adler E, Haas PM. Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program. *International Organization*. 1992;46(1):367-90.
- [87] MacDonald JR, D, Labonte R, Colman R, Torgerson R, Hayward K. Income and Health in Canada: Canadian Researchers' Conceptualizations Make Policy Change Unlikely. *International Journal of Health Services*. En prensa.
- [88] Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesizing qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2005;10(1):45-53.
- [89] Ostlin P, Task Force on Health System Research Priorities for Equity in Health. *Priorities for Research to take Forward the Health Equity Policy Agenda*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- [90] Goldstone JA. Comparative Historical Analysis and Knowledge Accumulation in the Study of Revolutions. En: Mahoney J, Rueschemeyer D, eds. *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press 2003:41-90.
- [91] Greenwood D, Whyte D, Harkavy I. Participatory Action Research as a Process and as a Goal. *Human Relations*. 1993;46(2):175-92.
- [92] Labonte R, Feather J, Hills M. A story/dialogue method of health promotion knowledge development and evaluation. *Health Education Research*. 1999;14(1):39-50.
- [93] Williams A, Labonte R, Muhajarine N, Randall J, Holden B. Establishing and sustaining community-university partnerships: A case study of quality of life. *Critical Public Health*. 2005;15(3):291-302.
- [94] Sanders D, Haines A. Implementation Research is Needed to Achieve International Health Goals. *PLoS Med*. 2006;3(6):e186.
- [95] Nuyens Y, Lansang MAD. Knowledge translation: linking the past to the future. *Bulletin of the Organización Mundial de la Salud*. 2006;84(8):590.
- [96] Lavis JN, Lomas J, Maimullah H, Sewankambo Nk. Country level actions to link research to action. *Bulletin of the Organización Mundial de la Salud*. 2006;84(8):620-8.