

**CONSIDERACIONES SOBRE EL
MARCO HISTORICO-CONCEPTUAL
PARA LA IMPLEMENTACION DE LA
ESTRATEGIA DE ATENCION
PRIMARIA DE SALUD EN COLOMBIA:
COMO POLITICA DE SALUD.**

GIOVANNI APRAEZ IPPOLITO

Universidad Nacional de Colombia

Egresado Programa de Doctorado Interfacultades
de Salud Publica

.

**EVALUACION DE LA ATENCION PRIMARIA EN COLOMBIA COMO
POLITICA DE SALUD: UN ESTUDIO DE CASO 1939-2008**

MARCO HISTORICO CONCEPTUAL DE LA APS
APS Y DESARROLLO EN LAS ESTRUCTURAS SANITARIAS Y DE SEGURIDAD SOCIAL
Y PROPUESTA DE EVALUACION POSIBLES IMPACTOS

DIRECTOR DE TESIS :
DR. CARLOS AGUDELO

CODIRECTOR:
Dr. ALBERTO ALZATE

- INVESTIGACION TESIS
- MARCO HISTORICO
CONCEPTUAL
- ESTRUCTURA
SANITARIA
- POSIBLES IMPACTOS
(METODOLOGIA DE
HEALTH TRACERS)
- PERSONAS

INTRODUCCION

- SALUD PARA TODOS (ENFERMEDAD Y CIVILIZACION.(SINGERIST)
- DERECHO A LA SALUD HITOS DE LOS DERECHOS HUMANOS (UMAÑA LUNA)
- LA POLITICA DE SALUD PARA TODDOS EN EL AÑO 2000 Y CONFERENCIA DE ALMA ATA;(MALHER)
- COLOMBIA QUE SIGNIFICA EVALUARLA TEORIA-METODOLOGIA TRES COMPONENTES.
- PERSONAS.

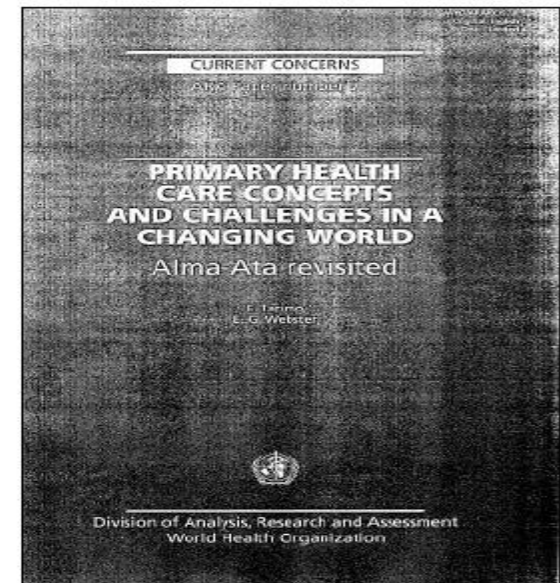
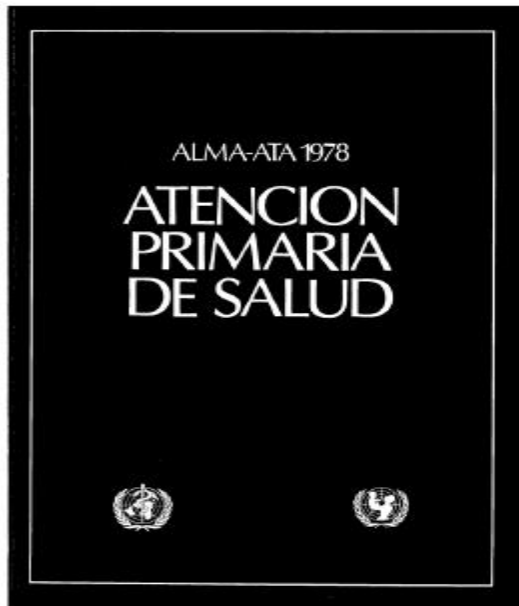
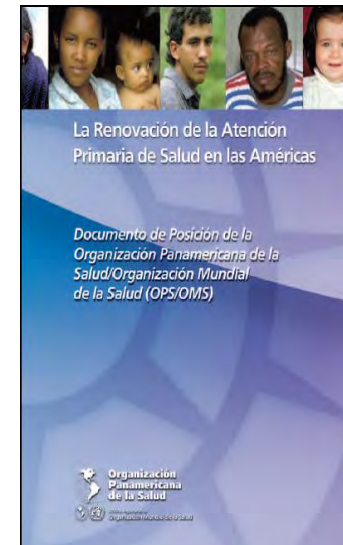


APS como Problema de Investigación

- ❑ Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de salud es un área de investigación (Teoría y metodología) inicia en la primera mitad del siglo XX vinculada a los problemas reales de la distribución de la atención en salud de las personas, comunidades y países desarrollando (debates salud y atención a la salud) impulsada Alma Ata.
- ❑ Siendo que la APS representó la principal plataforma política mundial (OMS) y en el país y dada la falta de investigaciones de evaluación de políticas de salud
- ❑ ¿Qué debe elementos y cómo evaluarla? se propone respuesta a tres componentes en tres momentos teniendo como hito principal Alma Ata.
- ❑ Histórico-conceptual, estructura sanitaria y posibles impactos de la APS.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

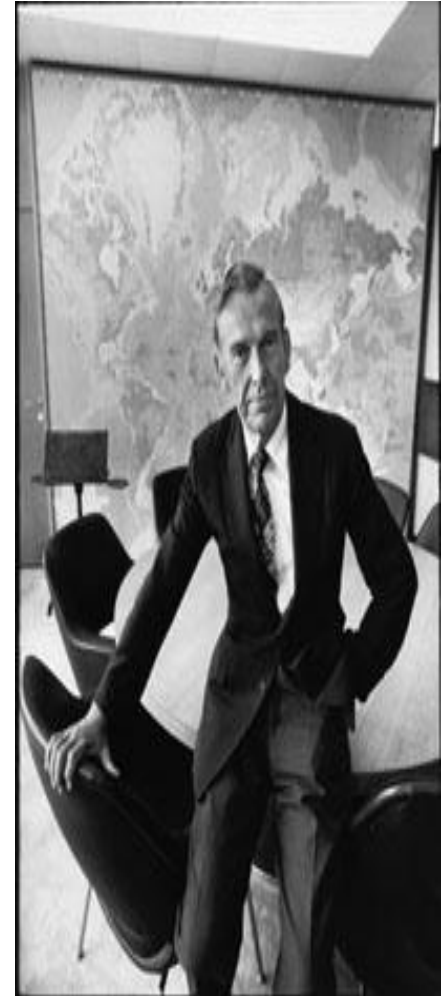
- MOMENTOS DE APS
- 1939-1978: FLORECIMIENTO
- 1978-2000: DECLINACION APA
- 2000-2011: ODM RESURMIENTO
- VARIAS “RENOVACION”



DEFINICION DE LA ATENCION PRIMARIA DE 1978 SALUD

Asistencia sanitaria esencial
científicamente fundada y
socialmente aceptada-dirigida a
todos los individuos y familias con
plena participación comunitaria
con un costo que puede ser
asumido en la diferentes etapas
del desarrollo con
autoresponsabilidad y
autodeterminación

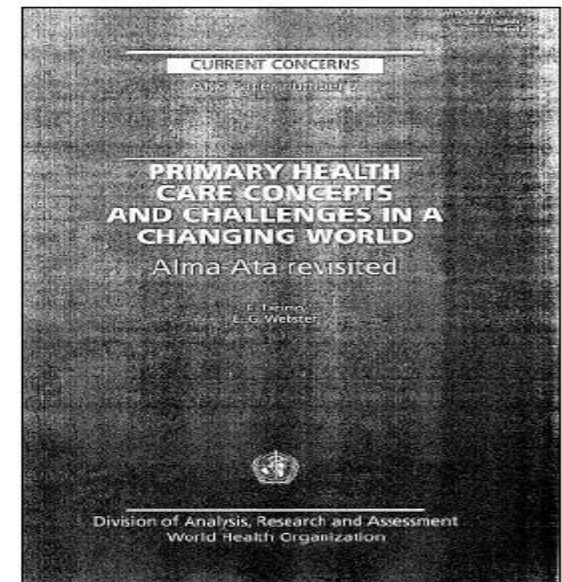
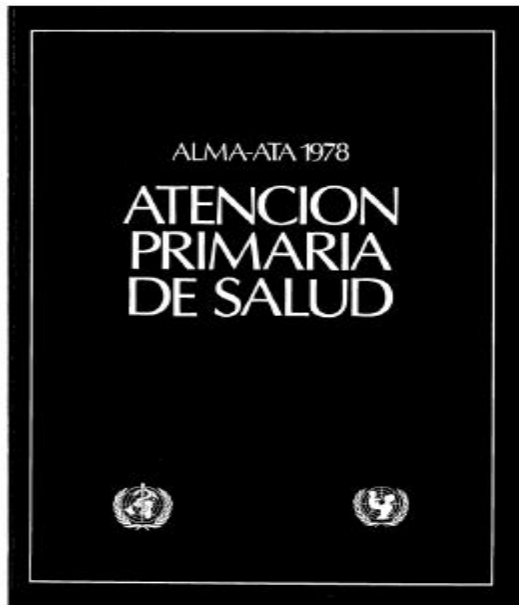
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata.1978 Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza 1980.



En la Conferencia de Alma Ata además se reconocieron varios elementos fundamentales que deberán considerarse detalladamente en lo que se podría denominar desarrollo histórico-conceptual e incluyen:

- Que la salud es un derecho humano fundamental.
- que la salud es más que la ausencia de enfermedad.
- que en ella intervienen muchos otros sectores además del llamado sector sanitario.
- que la salud está determinada por el nivel de desarrollo de los pueblos.
- que es inaceptable política, social y económicamente inaceptable la desigualdad entre los países desarrollados y los otros.
- que la salud requiere la participación de la personas individual y colectivamente. [\[1\]](#)

[\[1\]](#) Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata.1978
Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza 1980.



**CARACTERÍSTICAS DE LA APS: PRIMER CONTACTO,
CONTINUA, INTERSECTORIAL, VINCULADA AL DESARROLLO-
CONDICIONES DE VIDA, PARTICIPACIÓN DISEÑO,
IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN**

AREAS PROGRAMATICAS

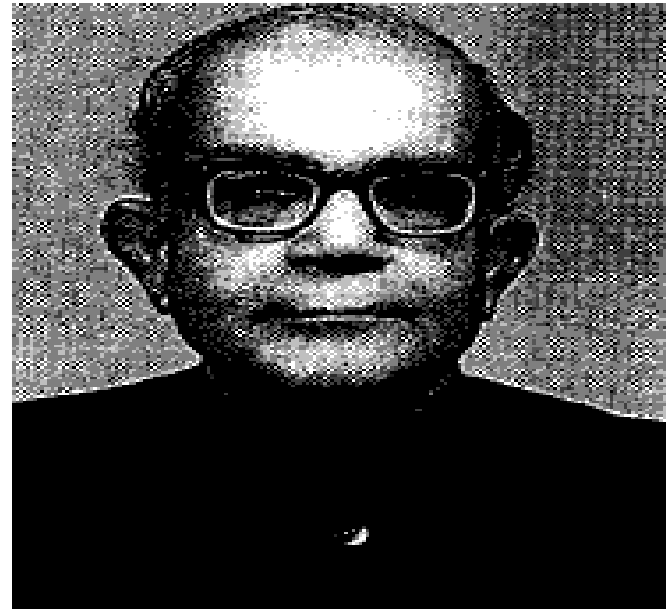
- **ATENCIÓN MATERNO
INFANTIL- INMUNIZACIÓN-
CONTROL DE LAS
PATOLOGIAS
PREVALENTES-
MEDICAMENTOS
ESENCIALES- ALIMENTOS-
SANEAMIENTO-
EDUCACION – MEDICINA
TRADICIONAL**

PROGRAMAS DE APS

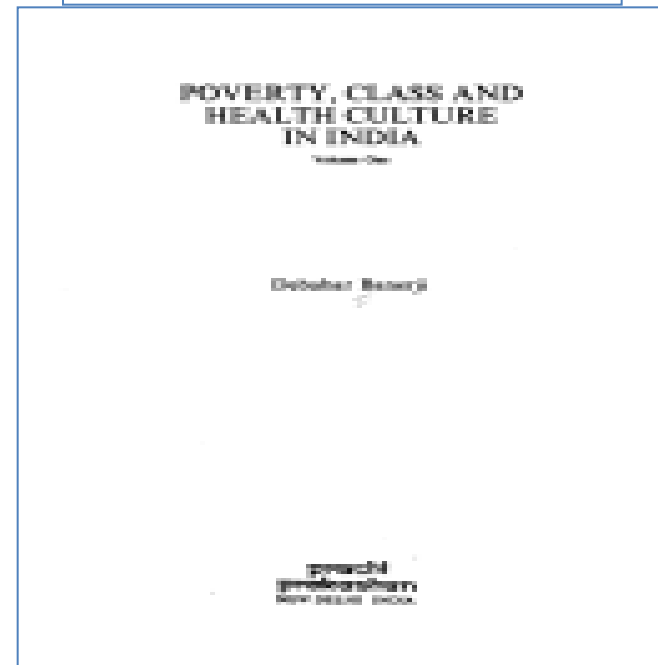
- **PROGRAMAS DIRIGIDOS A
POBLACIONES ESPECIALES**
- **PROGRAMAS ORIENTADOS
A LA SALUD**
- **PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ENFERMEDADES**

ENFERMEDADES OBJETO DE PROGRAMAS

- **INFECCION RESPIRATORIA AGUDA**
- **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**
- **CARIES Y OTROS ENFERMEDADES**
- **ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES- ENF DE TRANS. SEXUAL**
- **ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES**
- **PROGRAMAS PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES PREVALENTES Y ACCIDENTES**
- **TUBERCULOSIS Y ENF RESPIRATORIAS**



DEBABAR BANERJI



“Cuando hablamos de las enfermedades transmisibles debemos hacerlo en función del pueblo; estamos interesados en la lucha contra las enfermedades transmisibles mientras alivie el sufrimiento de los afectados”

El profesor Banerji presenta el ejemplo de la mortalidad infantil comentando que a principios del siglo XIX en Alemania, se inicia la vacunación contra la viruela, epidemia que se controló pero la mortalidad según los datos demográficos era más alta, ya no morían de viruela morían de otras, luego cuando la riqueza llegó también a los sectores más pobres la mortalidad infantil disminuyó.

“Un hecho fundamental que se ha de tener en cuenta al tratar las enfermedades transmisibles es que la lucha contra las enfermedades no es un fin en sí, sino un medio para reducir la miseria de las masas. Y en segundo lugar, aunque igualmente importante, no debería utilizarse recursos para combatir enfermedades transmisibles en detrimento de los necesarios para establecer los servicios generales de salud. No debe transformarse en un parásito de un organismo debilitado: si esos servicios son malos no puede esperarse que el programa de lucha antituberculosa sea bueno”

APS INTEGRAL VS APS SELECTIVA

- Los movimientos sociales a nivel nacional e internacional de diferentes tendencias han traído nuevamente el debate entre el enfoque integral y el selectivo de la APS planteado desde 1979. (Walsh, Julia and Kennet,Warrent (1979)[\[1\]](#), Newell, Kennet (1988)[\[2\]](#), Lesley Magnussen (2004)[\[3\]](#)
- [\[1\]](#) Walsh, Julia and Kennet,Warrent Selective Primary Health Care. New Englad Journal of Medicine (1979);318(18):967-74. November 1.
- [\[2\]](#) Newell, Kennet. Selective Primary Health Care: The counter revolution. Social Science and Medecine.1988 Vol 26 (9): 903-906.
- [\[3\]](#) Lesley Magnussen et al. comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for Global Health Policy. Health Affairs 2004, Vol. 23(3) 167.

APS Integral vs Selectiva

- Cómo combatir los problemas de salud en el mundo?
- “Cómo combatir los problemas de salud en el tercer mundo?”
- “los medios limitados”
- Sc. Sci. Med. Vol.26 No. 9 1988.



La aps selectiva

GOBI (Grow monitoring, Oral rehydration, breast feeding and Inmunization).

Curiosamente no incluye la principal causa de morbilidad infantil, la enfermedad respiratoria aguda. Y posteriormente dadas las intensas criticas se adicionan las tres F es decir GOBI-FFF (Food supplementation, female letracy and family planning).

Julia Walsh continuo impulsando la APS Selectiva desde el programa de Naciones Unidas para el Desarrollo como puede verse en el texto Establishing Health Priorities in the Developing World. United Nations Development Programme de 1988.

TEMAS Y DEBATES

De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud

Observatorio Global de Salud Italiano

Las políticas internacionales son como las estrellas en el cielo: las puedes ver, admirar, puedes especular su abandono... pero no tocarlas.
Funcionario del Ministerio de Salud de México

Resumen

Este artículo analiza la evolución de las políticas de salud y las instituciones de salud globales. Empezara con el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud, el establecimiento del objetivo de "Salud para Todos" en la conferencia de Alma Ata en 1978 y el surgimiento de las políticas neoliberales promovidas por las instituciones financieras internacionales de 1980 al presente. Revisa diferentes temas relacionados con las asociaciones público-privadas y el establecimiento del Fondo Global para combatir el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Por último, reflexiona sobre la influencia que el Fondo Global tiene en los sistemas de salud de los países pobres.

1. El nacimiento de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue establecida formalmente en junio de 1948 como una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas. Esta organización surgió de la fusión de tres agencias internacionales diferentes preocupadas por la higiene, la salud pública y las emergencias en salud, en decir, la Oficina Internacional de Higiene Pública (ubicada en París), la Liga de las Organizaciones Nacionales de Salud (Genebra) y la Administración de las Naciones Unidas para el Alivio y la Rehabilitación (Nueva York). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (establecida en 1901) jugó el papel de la Oficina Regional Americana de la OMS. En los años sesenta y setenta la dirección de la OMS estuvo influenciada por los eventos políticos relacionados con el surgimiento de la descolonización de las naciones africanas, los movimientos nacionalistas y socialistas (fundamentalmente apoyados por países no-alzados) y las nuevas teorías sobre el crecimiento socioeconómico a largo plazo (en lugar de las intervenciones técnicas de corto plazo). Incluso en los Estados Unidos de América ocurrió un cambio de aires después de la victoria electoral de partidarios de enfoques más liberales y la afirmación de los derechos civiles.

En este contexto, se desarrolló la estrategia de la Atención Primaria de la Salud para abordar problemas de atención de la salud básicos no resueltos (como la malaria), reducir estructuras sanitarias, especialmente en áreas rurales, y apoyar el desarrollo económico y social. Halfdan Mahler, Director General de la OMS (1973-1981) apoyó fuertemente esta enfoque y convocó a una conferencia internacional.¹

2. La conferencia de Alma Ata

Ante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud se llevó a cabo en Alma Ata, la capital de la entonces República Soviética de

Institución: Observatorio Global de Salud Italiano
Para correspondencia:
Dr Gerardo Maciocia, Presidente, OSG, Via Dersilli
4-6, 40135 Bologna, Italia.
E-mail: osgin@osgin.it
Página web: <http://www.osgin.it>
Códigos de internet dedicados: osginet

Medicina Social (www.medicosocial.info) - 37 - volumen 3, número 1, enero 2008

Diferentes enfoques y tendencias



- la Dr. Barbara Starfield representa una figura mundial que no puede dejar de citarse en sus numerosos artículos y sus libros donde se incluye el último de 1998 y traducido al español desde 2001 con el nombre de Atención Primaria: Equilibrio entre las necesidades en salud, servicios y tecnología.[\[1\]](#)
- En este libro la Doctora Starfield presenta un panorama que incluye la relación de la Atención Primaria con la salud, la gestión en la práctica, sus responsabilidades, el enfoque de pacientes y desde la perspectiva poblacional y finalmente su papel dentro de la política sanitaria.
- Con relación al tema de Atención Primaria y servicios de salud el Profesor Eduardo Cano[\[2\]](#) y de la Dra. Bárbara Starfield,[\[3\]](#) señalan cómo mejores niveles de salud están asociados a estructuras de atención primaria, incluso de manera más determinante que los esquemas de seguro médico.

[\[1\]](#) STARFIELD, BARBARA. Atención Primaria equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson. Barcelona. Reimpresión. 2004.

- [\[2\]](#) CANO GAVIRIA. E. Reforma de los Servicios de Salud en el Mundo. En: Boletín Cátedra Abierta: Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín. Nº 26. (Abr 2002).
- [\[3\]](#) STARFIELD, B. Equidad en Salud y Atención Primaria: Una Meta Para Todos. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá Nº1. (Nov 2001).

ATENCION PRIMARIA O ATENCION PRIMITIVA.

MARIO TESTA PENSAR EN SALUD. LUGAR EDITORIAL. BUENOS AIRES 1993.

Lo malo de muchas de las soluciones propuestas es que se fundamentan sobre otras consideraciones dejando de lado las que corresponden a las necesidades de los pacientes.

Ello ocurre, en nuestros países, como consecuencia de una doble circunstancia: por una parte la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para toda la población sino solo para aquella que se encuentre en situación menos favorecida;

en segundo lugar y en estrecha relación con lo anterior, en otras las consideraciones de costos, de modo que la Atención Primaria se diseña como forma de disminuir el gasto social para la salud aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema.

“una vez me regalaron un pequeño letrero para poner encima de mi escritorio que decía así: “Cuando estés enfangado hasta el cuello luchando con cocodrilos, no olvides que habías venido a desecar la ciénaga”. A veces pienso que estamos en esta situación. Vinimos a implantar unos sistemas basados en la atención primaria con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 y no encontramos hundidos hasta el cuello en una ciénega verbal, luchando contra toda clase de cocodrilos conceptuales dispuestos a devorarnos vivos” (28)

MAHLER, H. Reflexiones sobre la misión de la OMS. Discurso del Director General 1986.

RESURGIMIENTO DE LA APS



Contexto Latinoamericano

Temas de actualidad / Current topics

Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos

*Celia Iriart,¹ Howard Waitzkin,¹
Jaime Breilh,² Alfredo Estrada³
y Emerson Elías Merhy⁴*

La medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante, pero poco conocido por quienes ejercen la medicina y la salud pública, y sobre todo por quienes no pueden acceder a la información escrita en español y portugués. Por este motivo, hemos desarrollado una investigación sobre este campo científico en la que, además de la revisión de 350 artículos, libros, capítulos, trabajos presentados en congresos e informes de investigación (publicados o no), escritos en español o en portugués desde la década de los setenta hasta la actualidad, hemos realizado 24 entrevistas en profundidad y 10 entrevistas informales con líderes y participantes activos de la medicina social.

Este artículo presenta el contexto en el que surgió la medicina social, las diferencias entre ella y la salud pública, sus teorías, métodos y debates, los principales temas o problemas considerados, y los desafíos que supone su difusión entre los anglohablantes y los profesionales de la medicina y la

Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2), 2002

e han publicado

o, publicado en

un grupo de expertos en medicina crítica del trabajo

LO METODOLOGICO

Al. Glavits Munkacsy y Peter Spangenberg*

La descentralización del sector salud en Colombia

Una perspectiva desde múltiples ámbitos¹

Este artículo analiza las características del descentralismo nacional (y la participación comunitaria -CC-) como los principales componentes de la descentralización del sector salud en Colombia. Este análisis se centra en el contexto de los reformas al sector salud que buscan mejorar la prestación de servicios sanitarios. Se examinan la descentralización vertical así como la política pública que interactúa mucho con el sistema político, social, económico y administrativo. El análisis enfoca tres ámbitos de más desde la perspectiva de los tomadores de decisiones en los ámbitos local, regional y nacional: cómo se priorizan y ejecutan las políticas, cómo se financian y cómo se controlan. Los hallazgos sugieren que los municipios han progresado en ciertos aspectos de la descentralización del sector salud, pero que aún quedan por un amplio margen del camino. El sistema político ha desempe-



Inter-American Development Bank

RESEARCH

Working Paper 11-07

Latin Policy

www.idb.org/workingpapers

Why neoliberal health reforms have failed in Latin America

Yolanda González^{1,2}, Antonio Ugarte²

¹University of Chile, Santiago, Chile; ²Inter-American Development Bank

³Department of Health, University of Chile, Santiago, Chile

Abstract

This paper analyzes Latin America's neoliberal health reforms generally by the IDB and the World Bank and argues that despite the reforms' effectiveness in reducing the health expenditure of households, the coverage of the population remains very small. In Chile and Colombia reform, the two countries that have implemented nearly the previous health reform. The two countries' neoliberal health reforms do not improve quality of care, equity and efficiency in the health care system. Finally, the limitations of the reform's impact on population health are discussed. The paper concludes that the neoliberal health reforms are not effective in reducing the health inequality. The paper concludes that the neoliberal health reforms are not effective in reducing the health inequality.

© 2011 Inter-American Development Bank

Keywords: Health reform, Health care, Health expenditure, Latin America, Policy reform

Latin American Development Bank

Latin American Development Bank

Colombia: pruebas in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo

Colombia: in vivo test sector privatization in the developing world

Yolanda González

Antonio Ugarte

Yolanda González

Antonio Ugarte

Yolanda González

Antonio Ugarte

Resumen

Este artículo analiza las características del descentralismo nacional (y la participación comunitaria -CC-) como los principales componentes de la descentralización del sector salud en Colombia. Este análisis se centra en el contexto de los reformas al sector salud que buscan mejorar la prestación de servicios sanitarios. Se examinan la descentralización vertical así como la política pública que interactúa mucho con el sistema político, social, económico y administrativo. El análisis enfoca tres ámbitos de más desde la perspectiva de los tomadores de decisiones en los ámbitos local, regional y nacional: cómo se priorizan y ejecutan las políticas, cómo se financian y cómo se controlan. Los hallazgos sugieren que los municipios han progresado en ciertos aspectos de la descentralización del sector salud, pero que aún quedan por un amplio margen del camino. El sistema político ha desempe-

Este artículo analiza las características del descentralismo nacional (y la participación comunitaria -CC-) como los principales componentes de la descentralización del sector salud en Colombia. Este análisis se centra en el contexto de los reformas al sector salud que buscan mejorar la prestación de servicios sanitarios. Se examinan la descentralización vertical así como la política pública que interactúa mucho con el sistema político, social, económico y administrativo. El análisis enfoca tres ámbitos de más desde la perspectiva de los tomadores de decisiones en los ámbitos local, regional y nacional: cómo se priorizan y ejecutan las políticas, cómo se financian y cómo se controlan. Los hallazgos sugieren que los municipios han progresado en ciertos aspectos de la descentralización del sector salud, pero que aún quedan por un amplio margen del camino. El sistema político ha desempe-

Latin American Development Bank

Latin American Development Bank

Latin American Development Bank

Colombia and Chile, decentralizing health care in Latin America's health sector reform

Yolanda González^{1,2}, Antonio Ugarte²

¹University of Chile, Santiago, Chile; ²Inter-American Development Bank

³Department of Health, University of Chile, Santiago, Chile

Abstract

This paper analyzes Latin America's neoliberal health reforms generally by the IDB and the World Bank and argues that despite the reforms' effectiveness in reducing the health expenditure of households, the coverage of the population remains very small. In Chile and Colombia reform, the two countries that have implemented nearly the previous health reform. The two countries' neoliberal health reforms do not improve quality of care, equity and efficiency in the health care system. Finally, the limitations of the reform's impact on population health are discussed. The paper concludes that the neoliberal health reforms are not effective in reducing the health inequality. The paper concludes that the neoliberal health reforms are not effective in reducing the health inequality.

Keywords: Health reform, Health care, Health expenditure, Latin America, Policy reform

ALAMES

Los estudios de caso se han convertido, así, en un campo importante de desarrollo metodológico-técnico y, además, han permitido profundizar los planteamientos teóricos. (...) Las soluciones mejor logradas son las que han vertebrado el proceso de investigación a partir de los planteamientos teóricos fundamentales respecto a la naturaleza histórica y social de la salud-enfermedad colectiva y al carácter del proceso de producción siguiendo la concepción marxista. Dentro de ese marco se han introducido con cierto pragmatismo técnicas de generación de información que corresponden a los aspectos particulares que se quieren conocer.

Laurell, 1991:271-272

INVESTIGACION EN POLITICAS, SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Alianza para la investigación en Políticas y Sistemas de Salud. 2000
<http://www.alliance-hpsr.org/jahia/Jahia/lang/es/pid/1>.

EPOCA DE RECUPERACION DE LA IMPORTANCIA DE LAS POLITICAS DE SALUD

Red Andina y del Caribe de Investigación en Sistemas y Políticas de Salud

- Alianza para la investigación en Políticas y Sistemas de Salud. 2000
<http://www.alliancehpsr.org>
- Red Andina y del Caribe de Investigación en Sistemas y Políticas de Salud
- Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. (1994)
- Red Colombiana de Investigación 2004



INVESTIGACION EN POLITICAS Y SISTEMAS DE SALUD

Area de investigación que se empezó a desarrollarse en la primera mitad del siglo XX asociada a los problemas de los provisión de Servicios de Salud con liderazgo de la OMS y gran impulso desde Alma Ata.

- Informe Dawson de 1920
- 30, 40,
- 50, 60 70 UNIVERSIDAD DEL VALLE
- 1973 División de Fortalecimientos de Servicios de Salud
PUBLIC HEALTH REPORT



1980s Avedis Donvedian e Hipólito Pabón

1992 Investigación en Servicios de Salud una Antología

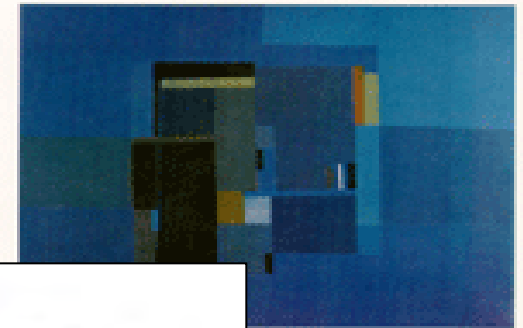
1994 J.R. Carvaleiro .

2004 Yvo Nuyes Echos, eventos, temas, documentos OMS 1960-2000

2001 y 2006 Celia Almeida

INVESTIGACIONES SOBRE SERVICIOS DE SALUD: UNA ANTOLOGIA

EDITOR PRINCIPAL
Kurt L. Miller
EDITORES
Julio Frenk
Cecilia Gershberg
José María Piqueres
Barbara Starfield



AMERICANA DE LA SALUD

Cuadernos para Discusión Número 1 — 2000 ISSN 1519-1990



Red de
Investigación en
Sistemas y Servicios de
Salud en el Cono Sur

Investigación en Sistemas y Servicios de Salud

Resultados, evaluación
de actividades y desarrollo
futuro de la Red

Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. (1994)



La constitución del campo denominado investigación en sistemas y servicios de salud tiene un desarrollo histórico que gana mayor visibilidad durante las tres últimas décadas, más precisamente, partiendo de finales de la década de los 60. Carvalheiro (1994), entre otros autores, señala los principales momentos de ese reciente desenvolvimiento, rescatando cuestiones substantivas, no resueltas, que permanecen en la actualidad en tal debate.

Celia Almeida

Investigación en Políticas Públicas

- En nuestro medio el estudio de las políticas públicas viene cobrando gran interés y se viene desarrollando [\[1\]](#) como lo evidencia las varias reimpresiones de la obra del profesor Roth que hace una revisión y de los autores internacionales y en Colombia.

[\[1\]](#) Roth, André. Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación. Ediciones Aurora. Tercera reimpresión. Bogotá. Febrero 2006.

Política-Ciencia Política- Teoría Política- Política Pública- Política de Salud

- En primer término desde la política y la ciencia política puede verse su desarrollo histórico y sus debates en escritos que contribuyeron a la construcción de esta ciencia [\[1\]](#)
- En la obra de Duverger puede verse la noción básica de poder, política y tanto de la ubicación de la ciencia política en el conjunto de ciencias sociales como al mismo tiempo en su desarrollo histórico. Panorama muy similar al que presenta el profesor Fernando Harto de Vera en su libro de texto usado en los cursos básicos en la Universidad Complutense de Madrid. [\[2\]](#)

[\[1\]](#) Duverger, Maurice. La noción de Ciencia Política. Métodos de las Ciencias Sociales. Ariel. Barcelona. 1996.

[\[2\]](#) Harto de Vera, F. Ciencia Política y teoría Política contemporánea. Trotta. Madrid. 2005.

1. Estado – Poder
2. Instrumentos de intervención del Estado
3. La Política Pública
4. La Evolución del Enfoque de las políticas públicas
5. Políticas públicas comparadas
6. Identificación, Construcción de problemas y Agenda política
7. Formulación de soluciones y Decisión
8. Análisis de las políticas públicas
9. Análisis de la definición del problema, Establecimiento de la Agenda y la formulación de las políticas públicas
10. Herramientas para el Análisis de las políticas públicas
11. Evaluación y las políticas públicas

EVALUACION DE POLITICAS PUBLICAS

La Evaluación de una política como método de investigación

Tipos de Evaluación

Niveles de Evaluación

Características del Análisis

Mecanismos de intervención Estatal

TUBERCULOSIS CONTROL AND MANAGED COMPETITION IN COLOMBIA

International Journal of Health Planning and Management, 2004; 19:S25-S43

María Patricia Arbeláez M. et al.

- Relación entre mercado, papel del estado y efectos en las actividades de salud pública después de la introducción de la reforma.
- Efectos de la introducción de la Competencia Regulada en Colombia en las actividades de control de la TB
- La TB como evento trazador del desempeño de los sistemas de salud

- **Estudio de Caso con tres sub unidades de análisis:**
 - Desempeño de las acciones de control de TB
 - Fuerzas que conducen el sistema
 - Papel del Estado
- **Fuentes de Información:**
 - Entrevistas Semiestructuradas (25 informantes claves)
 - Talleres de validación
 - Documentales
 - Archivos estadísticos
- **Lugar de Estudio**
 - Medellín y Montería

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT

Int J Health Plann Mgmt 2004; 19: S25-S43.

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hpm.775

Tuberculosis control and managed competition in Colombia

María Patricia Arbeláez^{1*}, Marta Beatriz Gaviria¹, Alvaro Franco¹, Roman Restrepo¹, Doracelly Hincapié¹ and Erik Blas²

¹Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

²UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization, Special Programme for Research Training in Tropical Diseases (TDR), Geneva, Switzerland

SUMMARY

Law 100 introduced the Health Sector Reform in Colombia, a model of managed competition. This article addresses the effects of this model in terms of output and outcomes of TB control. Trends in main TB control indicators were analysed using secondary data sources, and 25 interviews were done with key informants from public and private insurers and provider institutions, and from the health directorate level. We found a deterioration in the performance of TB control: a decreasing number of BCG vaccine doses applied, a reduction in case finding and contacts identification, low cure rates and an increasing loss of follow up, which mainly affects poor people. Fragmentation occurred as the atomization and discontinuity of the technical processes took place, there was a lack of coordination, as well as a breakdown between individual and collective interventions, and the health information system began to disintegrate. The introduction of the Managed Competition (MC) in Colombia appeared to have adverse effects on TB control due to the dominance of the economic rationality in the health system and the weak state stewardship. Our recommendations are to restructure the reform's public health component, strengthen the technical capacity in public health of the state, mainly at the local and departmental levels, and to improve the health information system by reorienting its objectives to public health goals. Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

KEY WORDS: tuberculosis; managed competition; health sector reform; public goods; Colombia

INTRODUCTION

Health sector reform (HSR) in Colombia had the objective of improving equity and extending the coverage by facilitating access to health care, and providing mechanisms to subsidize the poor (Bossert *et al.*, 1998). The reform embraced the principles

Estudios de caso en Salud pública

Publicado en la Rev Fac Nac Salud Pública 2003; 21(1): 9-25

Los laboratorios de salud pública en el Sistema de Seguridad Social en Salud, Colombia, 2000. Estudio de caso

The laboratories of public health in the General System of Social Security in Health, Colombia, 2000. A case study

Yolanda Lucía López¹
Marta Claudia González²
José Pablo Escobar³
Blanca Myriam Chávez⁴

Resumen

Para analizar la importancia de los *laboratorios de salud pública (LSP)* y *laboratorios nacionales de referencia (LNR)* en el país, según el apoyo que ofrecen a las actividades de vigilancia de la salud pública en los entes territoriales en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se realizó un estudio con enfoque cualitativo y método de estudios de caso, acorde con la metodología de Yin⁹ y Miles and Huberman.¹⁰ El estudio incluyó el análisis de dos LNR, cuatro LSP departamentales (LSPD), dos LSP distritales y un LSP municipal, siete años después de la promulgación de la Ley 100 de 1993 y dos años después de haberse expedido la reglamentación sobre los LSP en Colombia. Los resultados destacan que el SGSSS no propició un adecuado funcionamiento de la red nacional de laboratorios de salud pública (RNL); el desarrollo de estos ha estado sujeto principalmente al interés de algunos funcionarios de los entes territoriales y no como respuesta a una política nacional; ha habido además una concentración de los recursos en los LNR y desprotección de los LSP en los entes territoriales. La sostenibilidad y el desarrollo futuro se encuentran amenazados por las políticas de ajuste fiscal, por los vacíos e incoherencia de la normatividad vigente y por la necesidad de mercadear sus servicios para evitar el cierre

1Bacterióloga y laboratorista clínica, magister en salud pública, docente de la Escuela de Bacteriología y Laboratorio Clínico, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: yola@guajiros.udea.edu.co

2 Bacterióloga y laboratorista clínica, magister en salud pública, docente de la Facultad de Bacteriología, Universidad San Buenaventura, Cartagena, Colombia.

3 Médico, magister en salud pública, MSc entomología, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

4 Enfermera, magister en salud pública, especialista en gerencia hospitalaria, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Recibido: 16 de julio de 2002. Aceptado: 6 de marzo de 2003.

CASE STUDY

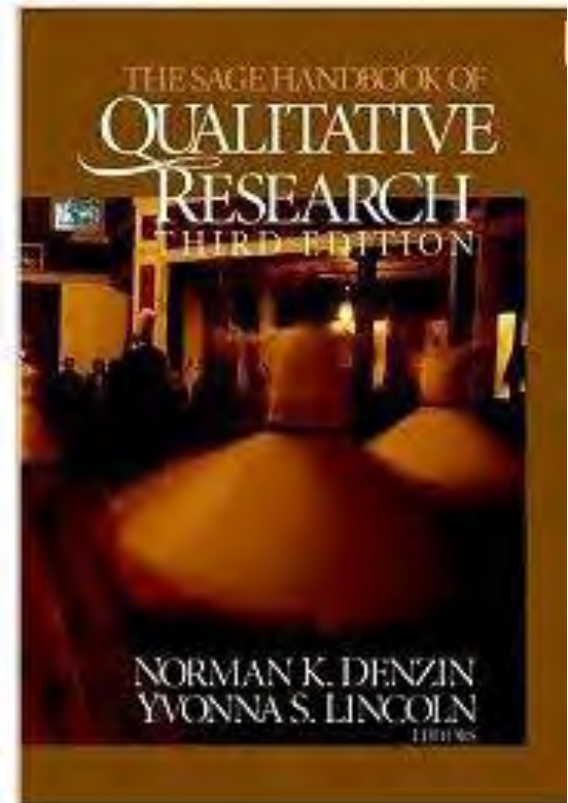
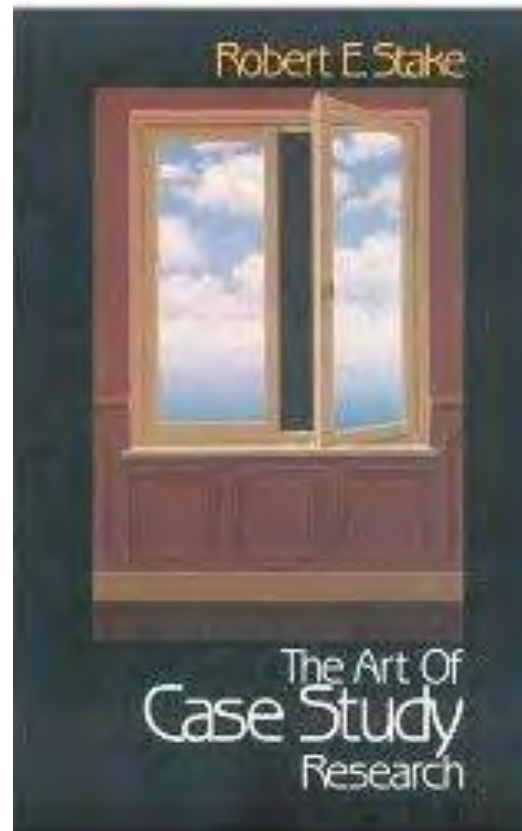
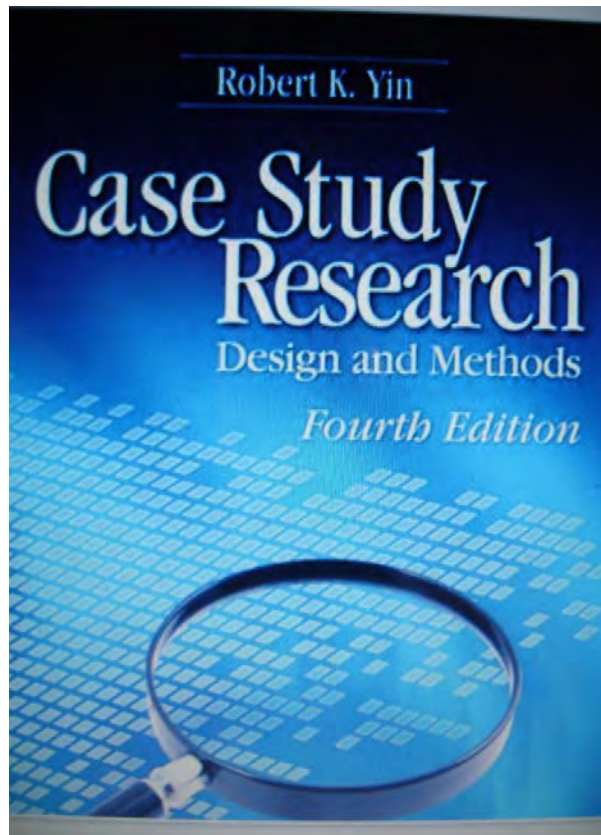
IN

POLICY DEVELOPMENT

IMPROVING THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

Karen L. Scott, Mentor
David F. Carpenter
Ann L. Larson
Margo Gallagher Schmitz
Georgeen Polyak
Gary T. Robinson
Lloyd L. Evans

- <http://www.phf.org/infrastructure>.
- Public Health Foundation EUA



AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1940s

1950s

S UI

This is a case report on coordinated health services in the Canal Zone. From this case study the authors derive principles which may be

American Journal of Public Health 1960s

ICES IN THE CANAL ZONE
ATIONS

HEALTH MANPOWER IN A DEVELOPING ECONOMY: TAIWAN, A CASE STUDY IN PLANNING—By Timothy D. Baker and Mark Perlman. Baltimore, Md.: Johns Hopkins Press, 1967. 203 pp. Price, \$6.50.

COMBINING PUBLIC HEALTH NURSING AGENCIES, A Case Study in Philadelphia—By Leon V. Hirsch, Martin S. Klein, and Gertrude W. Marlowa, Dorothy Wilson, Principal Investigator. New York, N. Y.: National

combination service, it would appear to be advisable to select or recruit the administrative head of the new agency considerably in advance of the scheduled time for the initiation of formal

Dr. O. Bruce, MC (USA), M.P.H., F.A.P.H.A.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1970s

The Process of Establishing a Collaborative Program between a Mental Health

Putting Environmental Economics in Perspective: Case Study of Four Corners Power Plant, New Mexico

JOHN E. BARELLI, D.C.H.E.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1980s

using it for a short crossing Atlantic and Pacific Oceans. United States' interests built a canal through the Isthmus in 1850-1855, mortality rate of about 40% of the employees. Between 1850 and 1860 the French tried to dig a canal through the narrow land and because of the frightful yellow fever, dysentery, cholera, smallpox, and other diseases, shortly after the turn of the century the United States undertook the project. Under the direction of Surgeon General William Gorgas, USAMC, urban yellow fever, malaria was

control and the Canal and Colon construction project in Panama. When the canal was opened in 1914, the area was a malarial area. It was then the area was adapted to the tropical climate, low-lying by Gorgas' commo-

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1990s

os Industry
Cancer
y

to change the past century, I have to wonder how effective coverage can be. In the 1990s, the American Cancer Society's research and development work. Advances in cancer research have been made in the 1990s, but the cancer industry developed and as they need the American Cancer Society's research and development work. Advances in cancer research have been made in the 1990s, but the cancer industry developed and as they need the American Cancer Society's research and development work.

The Impact of Logistics: A Case Study
David W. Brown, Jr.
Introduction
Business activities in the 1990s are increasingly dependent on the efficient flow of goods and services. The impact of logistics on the economy is becoming increasingly apparent. This article discusses the impact of logistics on the economy and the role of the logistics industry in the 1990s.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 2000s

Decreasing Socioeconomic Inequalities and Increasing Health Inequalities in Spain: A Case Study

Erkka Teigler, PhD, Denis Ross, PhD, Cruz Pascual, BSc, David Martinez, PhD, Maria Blas Osk, PhD, and Victoria Dominguez, PhD

Most proposals aimed at reducing socioeconomic inequalities in countries based on a complementary intervention: those focusing on the proximal determinants of inequalities

Objectives. We examined the evidence of income inequalities and health inequalities in Spain from the time of the country's entry into the European Union. **Methods.** We studied distributions of provincial income and household income, relations of provincial income with mortality and disability, and relations

The Power of Policy: A Case Study of Healthy Eating Among Children

Diana Cassidy, DrPH, Rainbow Logg, PhD, Corina Cox-Mintz, MPH, Katrina Mosley, MS, and Howard Likens, BA

We used a case study approach to examine the national effort to

TABLE 1—Prevalence of
Mortality
Period
Type
Case
Date

MILTON ROEMER

ESTUDIOS DE CASO 1981-86

Milton I. Roemer

THE HEALTH CARE SYSTEM OF THAILAND

A case study

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION
REGIONAL
OFFICE
FOR
SOUTH-EAST
ASIA



Leadership for primary health care

**Levels, functions, and requirements
based on twelve case studies**

Daniel Flahault

*Chief Medical Officer for Health Team Development,
Division of Health Manpower Development,
World Health Organization,
Geneva, Switzerland*

Milton I. Roemer

*Professor of Public Health,
School of Public Health,
University of California,
Los Angeles, CA, USA*



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
1986

APPROACHES TO PLANNING AND DESIGN OF HEALTH CARE FACILITIES IN DEVELOPING AREAS

Volume 4

Edited by

El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud

Estudio basado en las Discusiones Técnicas
celebradas durante la 34ª Asamblea Mundial
de la Salud, 1981

Bogdan M. Kleczkowski

*Ex Jefe Médico,
Reorientación de los Sistemas Nacionales de Salud,
División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud,
Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza*

Ray H. Elling

*Profesor de Sociología Médica,
Departamento de Medicina de la Comunidad,
Centro de Salud, Escuela de Medicina,
Universidad de Connecticut, Dartington, CT,
Estados Unidos de América*

Duane L. Smith

*Gestión y Eficacia Orgánica,
División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud,
Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza*



INTRODUCTION

PLANNING, BUILDING, AND OPERATION OF HEALTH CARE FACILITIES IN THE PERSPECTIVE OF THE DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE: SOME VIEWS BASED ON CASE STUDIES

B. M. Kleczkowski*

CONTENTS

- 1. Background
- 2. Review of
Planning
Facility
Some op
- 3. Concluding
- 4. References
- Annex 1. Sub
- Annex 2. Sub

Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos

Pautas para una política

Bogdan M. Kleczkowski

*Ex Médico Jefe,
Reorientación de los Sistemas Nacionales de Salud,
División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud,
Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza*

Milton I. Roemer

*Profesor de Servicios de Salud,
Universidad de California en Los Angeles,
Estados Unidos de América*

Albert Van Der Werff

*Director,
Ministerio de Salud Pública e Higiene del Medio,
Profesor de Política Sanitaria,
Universidad Nacional de Limburg,
Maastricht, Países Bajos*

*Chief Medical
Geneva.



Estudios de largo plazo

El Impacto de la Política en la Salud

The Impact of Politics on Health

Vicente Navarro¹, Carme Borrell², Carles Muntaner³, Joan Benach⁴, Agueda Quiroga⁵, Maica Rodríguez-Sanz⁶, Jordi Cumà⁷, Núria Verges⁸, Maria Isabel Parasin⁹.

¹ Director del Programa de Políticas Públicas y Salud, Universidad Pompeu Fabra, España. vicente.navarro@upf.edu

² Directora del Departamento de Salud Pública de Barcelona, España. cborrell@upf.edu

³ Profesor del Instituto de Salud y Trabajo, Facultad de Medicina, Universidad de Toronto, Canadá. muntaner@utoronto.ca

⁴ Profesor de Salud Pública y Salud Laboral, Universidad Pompeu Fabra, España. joan.benach@upf.edu

⁵ Coordinadora Académica del Programa de Políticas Públicas y Salud, Departamento de Ciencias Políticas, Universidad Pompeu Fabra, España. agueda.who@upf.edu

⁶ Investigadora de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, España. maica@upf.edu

⁷ Investigadora de la Universidad Pompeu Fabra, España. jordi.cuma@upf.edu

⁸ Investigadora de la Universidad Pompeu Fabra, España. nuria.verges@upf.edu

⁹ Iba del Pont de Salut, Comissió Interdepartamental de Salut Pública de Barcelona, España. maria.isabel@upf.edu

RESUMEN El objetivo de este artículo es presentar los resultados principales del estudio que analizó el impacto que tiene el poder político sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida en la mayoría de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico desde 1950 hasta 1990.

Los países se agruparon según la tradición política que los había gobernado durante más tiempo a lo largo de los años 1950-1990. La mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer fueron las variables dependientes. Las variables independientes se agruparon en variables de poder político, mercado de trabajo, estado del bienestar y desigualdades de renta. Se presenta un análisis descriptivo de todas las variables según tradición política y también coeficientes de correlación de Pearson entre las variables para distintos periodos.

La principal conclusión del estudio es que la duración de los gobiernos de partidos pro-redistributivos desempeña un papel importante en la reducción de las desigualdades de renta y en la disminución de la mortalidad infantil.

PALABRAS CLAVE Política; Mortalidad Infantil; Esperanza de Vida al Nacer; Mercado de Trabajo; Inequidad Social.

ABSTRACT The objective of this article is to report on the findings of a study that analysed the impact of politics on infant mortality and life expectancy in countries of the Organization for Economic Cooperation and Development from 1950 to 1990.

Countries were grouped by political tradition based on the parties that governed in these countries from 1950 to 1990. Infant mortality and life expectancy at birth were the dependent variables. Independent variables were grouped on political power, labour market, welfare state and income inequalities. It is presented a descriptive analysis of all variables by political tradition and also Pearson correlation coefficients between variables in different periods.

The main conclusion of the study is that the duration of pro-redistributive governments is related with the reduction of income inequalities and infant mortality.

KEY WORDS Politics; Infant Mortality; Life Expectancy at Birth; Job Market; Social Inequality.

SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 2012; 9(2): 775-783. Enero-Abril 2012

Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001

M C Ravignani, A Pio

We examine the evolution of WHO managerial policies for tuberculosis control during 1948–2001, to provide a new framework that will accelerate control expansion in the near future. In the first period (1948–63), a vertical approach to tuberculosis control was the policy adopted by WHO and the international community. However, although this approach was successful in more-developed countries, it largely failed in resource-poor settings. As a result, involvement of general health services was soon deemed essential. During 1968–98, a new framework for effective tuberculosis control was created and a new five-element strategy was branded with the name of DOTS. This period was characterised by the recognition of tuberculosis control as a public-health priority, the intensification of tuberculosis control efforts worldwide, and the return of tuberculosis to the political agenda of governments. However, although nominal adoption of DOTS increased rapidly due to massive promotion by WHO and partners, expansion to provide full access was too slow and only 23% of all infectious cases in 1999 were managed under DOTS. A truly multisectoral approach based on advocacy and social mobilisation, community involvement, and engagement of private-for-profit practitioners is becoming the way forward for tuberculosis control. HIV-associated tuberculosis and multidrug-resistant tuberculosis must be tackled as priority issues. We conclude that, based on the lessons of the past, the future of tuberculosis control should be focused on a pragmatic approach combining a specialised, well-defined management system with a fully integrated service delivery. A multisectoral approach that builds on global and national partnerships is the key to future tuberculosis control.

In 1947, the prioritisation by WHO of tuberculosis control¹ was driven by the high prevalence and wide distribution of the problem throughout the world, and the feasibility to carry out mass BCG vaccination campaigns as promoted by the Danish Red Cross in some Central European countries.² Further, the discovery of streptomycin in 1944,³ shown to have striking therapeutic effects, meant that it was available in 1946 for wide use. The advent of antituberculous chemotherapy raised the expectations for the development of an effective weapon for rapid tuberculosis control worldwide.

The first Expert Committee of WHO met in Paris in August, 1947. The Tuberculosis Section was then established within the WHO secretariat to assist governments in developing effective control programmes based on BCG vaccination and case management.⁴ Since then, case management has persisted in the central technical strategy for tuberculosis control. The major worldwide improvements of the case management strategy resulted from the introduction of isoniazid in the early 1950s, followed by that of pyrazinamide, and the discovery of rifampicin some 20 years later. The discovery of rifampicin led to the development of short-course chemotherapy regimens, largely as a result of the work of the British Medical Research Council in the 1960s and 1970s.⁵

The technology of vaccination and chemoprophylaxis has remained almost the same since the 1950s. The predominant epidemiological role attributed to BCG vaccination in the 1950s was downgraded in the following decades when it was clear that vaccination had almost no beneficial effect on the transmission of tuberculosis infection.⁶ Although technically very effective, the role of

systematic isoniazid treatment for latent tuberculosis infection (secondary chemoprophylaxis) has always been limited to special risk groups such as household contacts, and, more recently, HIV-positive individuals.

Meanwhile, the managerial policies for tuberculosis control underwent substantial changes as a result of the successive doctrines that guided the management and organisation of health services in the second half of the 20th century. We discuss the evolution of WHO managerial policies for tuberculosis control, examine the lessons learned, and analyse the current trends.

The vertical programme (1948–63)

After the Second World War, the discovery of effective chemotherapeutic agents against communicable diseases of public health importance (eg, tuberculosis, leprosy, syphilis, yaws) and insecticides against vectors transmitting infectious diseases (malaria, yellow fever, plague) prompted the building of vertical control programmes, also known as categorical or specialised programmes. Each of these programmes established its own structure staffed with specialised personnel from a central level through to the local level in which the technical control activities were delivered. This single-purpose machinery, independent of both the general health infrastructure and the structure of other vertical programmes, was necessary because it dealt

Search strategy and selection criteria

To document the historical evolution of WHO policies assessed in this paper, a thorough review of WHO documents was done. The search focused particularly on policy publications, such as those of the WHO Expert Committees on Tuberculosis, and other published documents available in the official list of WHO documents. We did a Medline search addressing tuberculosis policy to ensure that relevant papers were identified and analysed. We searched for articles under keywords "Tuberculosis", "Control", "Policy", and "DOTS". Studies were selected on the basis of their historical relevance in influencing policy decisions by the international community.

Lancet 2002; 359: 775–80

Tuberculosis Strategy and Operations, Stop TB, WHO, Geneva, Switzerland (M C Ravignani) and Bar del Plata, Argentina (A Pio)

Correspondence to: Dr M C Ravignani, Stop TB Department, WHO, 20 Avenue Appia, CH-1211 Geneva 27, Switzerland (marc.rav@iomsmetho.ch)

MARCO HISTORICO CONCEPTUAL



HENRY ERNEST SIGERIST

VOICES FROM THE PAST



Medical Care for All the People

see that with the present means of transportation the country has become much more uniform than in the past. If the Wagner-Murray-Dingell bill is defeated, as it is likely to be, since our present Congress is very conservative, we may expect another similar bill in the near future because the need will remain as acute as ever...

The idea of social insurance is by no means new but has a history of over sixty years. It is not a revolutionary but, on the contrary, a basically conservative idea. It does not tend to create

George and Winston Churchill which for the first time included unemployment insurance. World War I, which led to intensified industrialization and was followed by social unrest in many countries, raised the problem of social security anew, and legislation was passed in the following years in many countries. The great depression of the 1930's, which threw millions of people out of work and created an acute relief problem, was a new stimulus for such legislation, and a number of South American Republics adopted some form of social in-

THE PRESENT WAR
emergency has given the problem of social security renewed significance, and the Wagner-Murray-Dingell bill

Henry E. Sigerist. Excerpted from *Canadian Journal of Public Health*, 1944;35:253-267.

THE PEOPLE'S MISERY: Mother of Diseases

AN ADDRESS DELIVERED IN 1790

BY
JOHANN PETER FRANK

Translated from the Latin, with an Introduction

BY

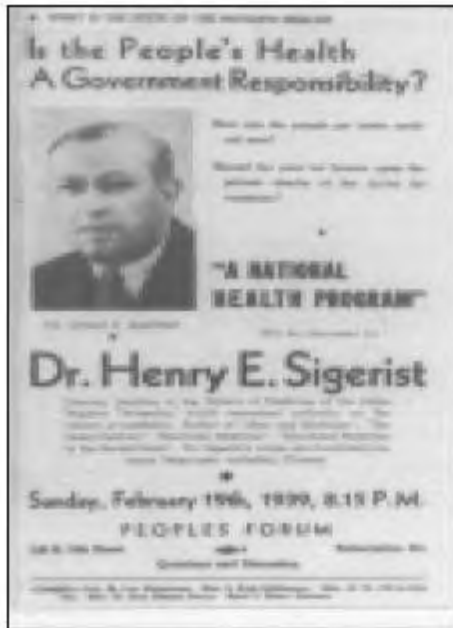
HENRY E. SIGERIST

[Reprinted from *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. IX, No. 1, January, 1941.]

COMPONENTE HISTORICO CONCEPTUAL

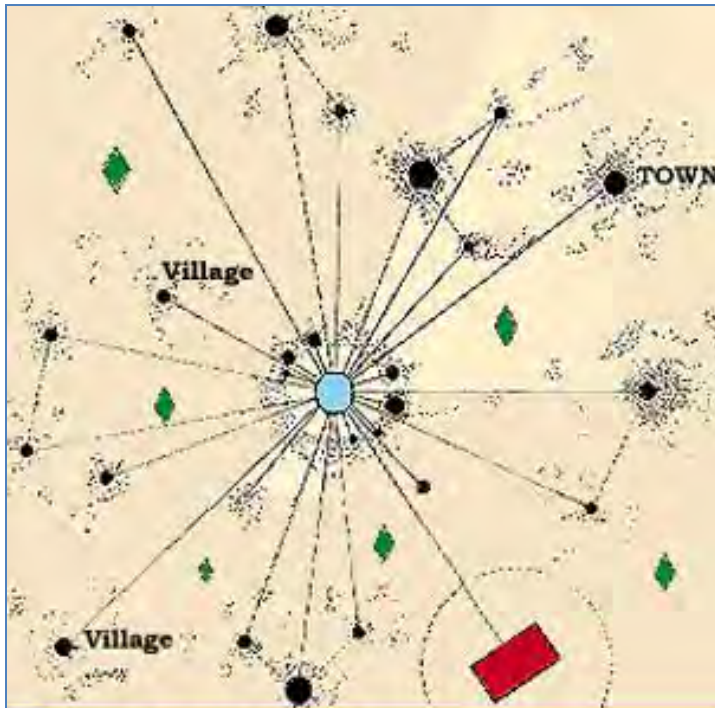
PRIMER MOMENTO
DEL SURGIMIENTO AL
FLORECIMIENTO DE LA APS
1939-1978






1939



reconocidos como tales entre ellos George Rosen o Milton Terris, o cuando se los reconoce se mencionan como si fuese una especie de coincidencia, pero el listado es enorme y se incluyen figuras sobresalientes como Milton Roemer, Martí Ibañez, Erwin Ackernecht, Owsei Temkin, entre muchos más. Quizá Roemer fue quien más ha

INFORME DAWSON



-  = Primary Health Centers
-  = Supplementary Services
-  = Secondary Health Centers
-  = Teaching Hospital
-  = Domiciliary Services

EVALUACION DE LOS CENTROS DE SALUD PUBLICA

MILTON I. ROEMER

*Profesor de Administración Sanitaria,
Escuela de Salud Pública de la Universidad de California,
Los Angeles, California, Estados Unidos de América*



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

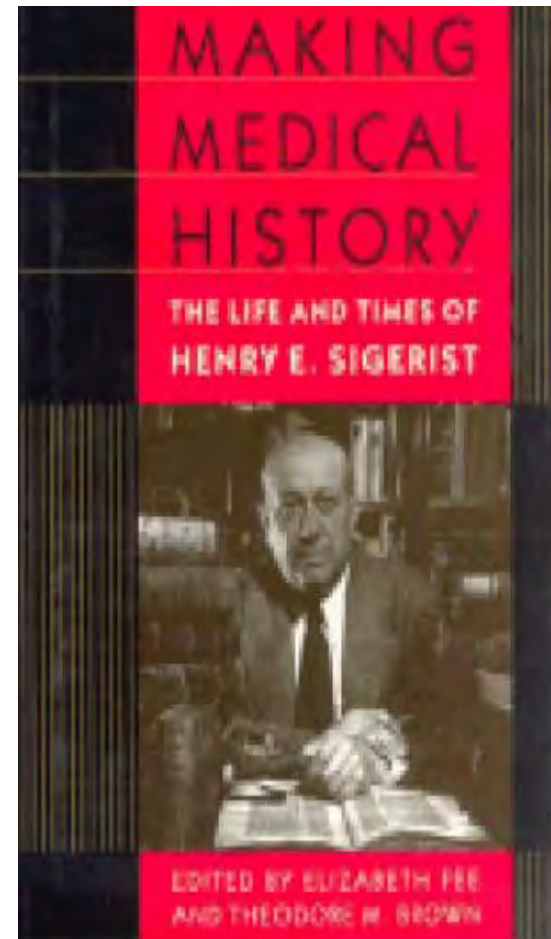
GINEBRA

1972

INFORME
DAWSON



SIGERIST EN CANADA



HENRY E.
S I G E R I S T
ON THE
H I S T O R Y
O F M E D I C I N E

EDITED AND WITH AN INTRODUCTION BY
FELIX MARTI-IBÁÑEZ, M.D.

PROFESSOR AND CHAIRMAN, DEPARTMENT OF THE
HISTORY OF MEDICINE, NEW YORK MEDICAL COLLEGE,
FLOWER AND FIFTH AVENUE HOSPITALS, NEW YORK;
EDITOR-IN-CHIEF, MD MEDICAL NEWSMANAGEMENT

FOREWORD BY
JOHN F. FULTON, M.D.

DEPARTMENT OF THE HISTORY OF MEDICINE,
YALE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

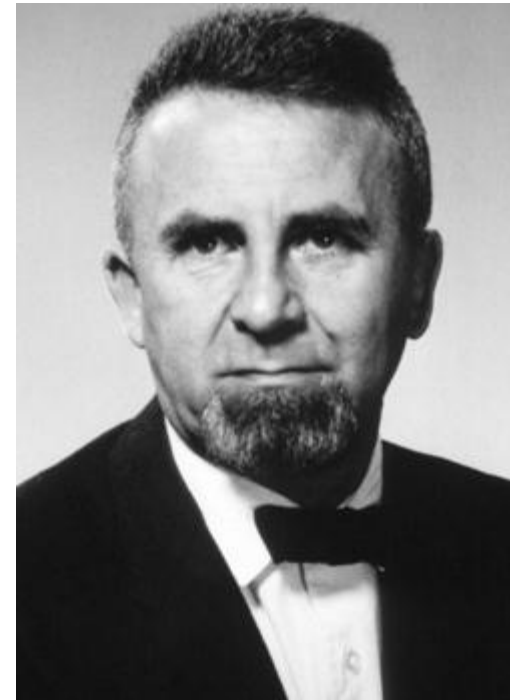
MD PUBLICATIONS, INC.: NEW YORK

HENRY E.
S I G E R I S T
ON THE
S O C I O L O G Y
O F M E D I C I N E

EDITED BY
MILTON I. ROEMER, M.D.
DIRECTOR OF RESEARCH, SLOAN INSTITUTE OF
HOSPITAL ADMINISTRATION, CORNELL UNIVERSITY

FOREWORD BY
JAMES M. MACKINTOSH, M.D.
FORMERLY DEAN, UNIVERSITY OF LONDON SCHOOL
OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE; DIRECTOR,
DIVISION OF EDUCATION AND TRAINING SERVICE,
WORLD HEALTH ORGANIZATION

MD PUBLICATIONS, INC.: NEW YORK



SIGERIST 1939

Surafrica 1940-56

Estados Unidos

Israel

Europa España

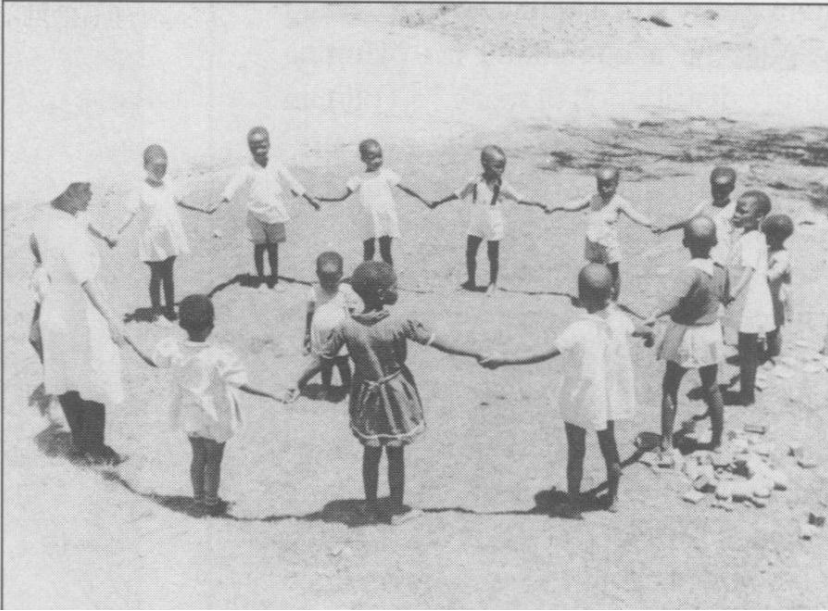
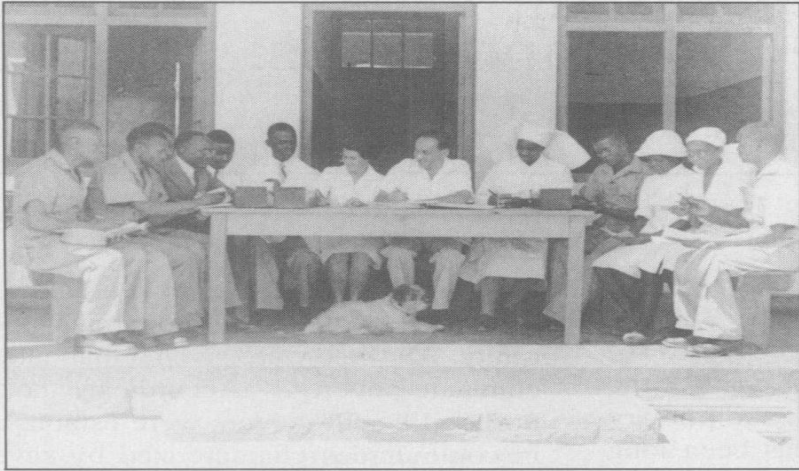


SIDNEY Y EMILY KARK



Sidney L. and Emily Kark.





AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

HEALTH nov.2002

PHOTOGRAPH COURTESY OF THE JERUSALEM HEALTH CENTER

The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research, and Training in Community-Oriented Primary Care

Community-oriented primary care (COPC) evolved and grew from a small pilot project in the Jerusalem Health Center in the 1970s to a national program of community-oriented primary care in the 1990s. The program was developed by the Jerusalem Health Center in response to the needs of the community and the needs of the health center. The program was developed by the Jerusalem Health Center in response to the needs of the community and the needs of the health center. The program was developed by the Jerusalem Health Center in response to the needs of the community and the needs of the health center.



Journal of Public Health, November 2002, Vol. 112, No. 6, pp. 817-821

Public Health Then and Now

The 1945 Gluckman Report and the Establishment of South Africa's Health Centers

Harry T. Phillips, MD, MPH

In times of crisis, national leaders are called upon to address the needs of the people. In 1945, the Gluckman Report was published, which led to the establishment of health centers in South Africa. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center.

The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center.

The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center.

The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center. The report was a landmark document that addressed the needs of the people and the needs of the health center.

PHOTOGRAPH COURTESY OF THE JERUSALEM HEALTH CENTER

Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World

PHOTOGRAPH COURTESY OF THE JERUSALEM HEALTH CENTER

There is a growing interest in community-oriented primary care (COPC) as a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.

COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.

COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.

COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.

Community-Oriented Primary Care: A Path to Community Development

PHOTOGRAPH COURTESY OF THE JERUSALEM HEALTH CENTER

Community-oriented primary care (COPC) is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.

COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.

COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.

COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center. COPC is a model for addressing the needs of the community and the needs of the health center.



A health center worker talks to a woman with a child about health care services in a community setting in the Health Center in the 1970s.

JOHN CASSEL

Epidemiologists can no longer remain satisfied with the specific etiological model which served so well in the study of infectious diseases. A new or modified model of disease causation is needed to deal with current problems, and attention is directed to social science theory as a source for such an endeavor.

SOCIAL SCIENCE THEORY AS A SOURCE OF HYPOTHESES IN EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH

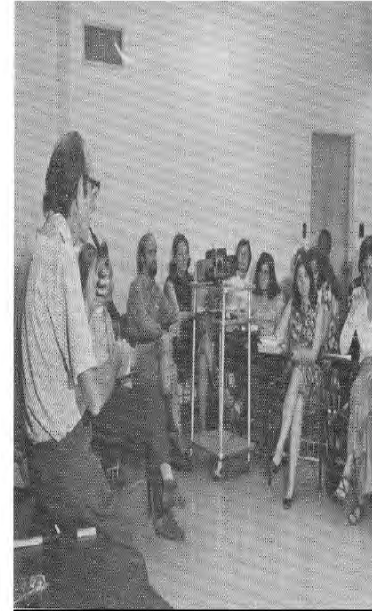
John Cassel, MD, MPH, F.A.P.H.A.

Since the days of Hippocrates the objective of epidemiological investigation, stated in the most general terms, has been to determine those aspects of man's relationship to his environment that influence his state of health. The crucial question posed by such a formulation lies in the process by which factors in the environment are assessed as being relevant to health states and therefore selected for study. Understanding of the rationale for selection of certain factors as being worthy of study and exclusion of others, equally observable or measurable, can only be gained through a knowledge of the conceptual frame or general theory within which the investigators operated. Thus the concern of the Hippocratic school with factors in the physical environment such as the strength of the prevailing winds, the humidity, temperature, and height above sea level, for example, as explanations for disease occurrence, appears completely logical in view of their theories concerning disease causation. Stated in somewhat oversimplified terms, Hippocrates considered disease to be due to a disturbance in the balance of the four humors in the body—black bile, yellow bile, blood, and phlegm. This

balance was determined by the distribution of various attributes of living matter which were categorized as being wet or dry, hot or cold. The distribution of these categories was in turn a function of the relative proportion of the four elements in the environment—earth, water, fire, and air. Thus according to this model, explanations for differential occurrence of various diseases in different populations should be sought in differing proportions of these elements in the environment as indicated by strength of winds, degree of humidity, and so forth.

Viewing the process of selection of variables in this light leads to a further question. What accounts for changes in theory and therefore changes in the factors considered relevant for study? I think it should be emphasized that from a strictly scientific point of view the criterion by which theories are assessed is not one of truth or falsehood, although these terms are frequently applied to theories. Rather the criterion has been (and should be) one of utility, as evidenced by whether the theory has led to findings upon which either intervention is possible or further leads for investigation indicated. In general,

- Capitulo 2 del libro de Benjamin D Paul
- AMJPH 1964
- Epidemiological studies of cultural change 1960.
- Epidemiological analysis of the health implication of cultural change 1961.



**Sidney Kark
and
John Cassel**

**Social Medicine
Pioneers and South
African Emigrés**

EL OLVIDO DE CUETO

LETTERS

COMMUNITY-ORIENTED PRIMARY CARE AND PRIMARY HEALTH CARE

Several times in several issues of this magazine we have seen excellent examples of the delivery of health care (COPCs) and/or the role of the World Health Organization (WHO) in the development of primary health care.¹⁻⁴ In my interest and admiration, I would like to see the following:

We wish to find information to appreciate our movement in Cuba since that it might present and write about activities—the community-oriented primary care (COPC) model. The most applicable and evidence of COPC in various countries was reported in several other publications on November 2002 issue of the Journal.

The conceptual basis of COPC were reproduced and developed in the 1940s by Sidney Kark and Emory Ford in a report on behalf of the Office of Family Physicians of the United States. A community-oriented approach to care, including the process of development and initial development of health, identifying health needs, and preventing health care in the social context.⁵ The preceding work, regarding prevention and curative care, was significant community development, aimed at a social model of a community-based health care, that contrast with the medical model of primary health care established in Western Europe at the century.⁶ The

Kark and Ford team developed the approach further at the Community Health Center of the Roosevelt School of Public Health and Community Medicine in Jamaica.⁷

In Sidney Kark's work *Primary Health and Community Medicine* (published in 1976 by Basic Books, New York), he speaks of "community medicine and primary health care as a unified practice."⁸ This approach, which later was re-named as COPC,⁹ is discussed in an appendix of the *Journal* for April.¹⁰

In our COPC teaching, we have had to present discussion on the international public health students, mostly African, concerning the similarities and differences between COPC and the primary health care approach of WHO. In this context, we have reported in the pages of COPC in the development of the WHO primary health care approach, based on research of the November 2002 issue of the Journal. We have an appendix of "primary health care in Africa" (see article by Kark and Ford) in the *Journal*.¹¹

The concept of primary care is particularly applicable to primary care in the development of health services in our country. This health problem-solving in a community, whether it is achieved by a community-oriented health care, or primary health care in the field.¹²

David Cueto, MD, MPH
Duke Univ. School of Medicine

April 2003

The authors would like to thank the following individuals for their assistance in the preparation of this article: Dr. Carlos J. Rodríguez, MD, MPH, Director General of Health Services, WHO, Geneva; Dr. Carlos J. Rodríguez, MD, MPH, Director General of Health Services, WHO, Geneva; Dr. Carlos J. Rodríguez, MD, MPH, Director General of Health Services, WHO, Geneva.

References

1. Cueto D. The concept of primary health care in Cuba. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):166-174.
2. Telenius M. Community-oriented primary care: a review of the concept. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):175-181.
3. Kark S, Ford E. Primary Health Care. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):182-188.
4. Kark S, Ford E. Primary Health Care. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.

5. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1976.
6. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.
7. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.
8. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.
9. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.
10. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.
11. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.
12. Kark S. *Primary Health and Community Medicine*. *Journal of Family Health and Community Medicine*. 2002;13(4):189-195.

Temas de actualidad / Current topics

Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria

Jairo Cueto¹ y Rosa Cueto²

En los últimos 40 años, el concepto de salud pública ha evolucionado desde su origen en la medicina social y la medicina comunitaria, pasando por la salud pública y la salud comunitaria, hasta la atención primaria orientada a la comunidad (APOC). Este modelo de salud pública se ha desarrollado en el contexto de la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba. El modelo de APOC se ha desarrollado en el contexto de la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba. El modelo de APOC se ha desarrollado en el contexto de la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba.

En este artículo se analiza la experiencia acumulada en la aplicación del modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba. El modelo de APOC se ha desarrollado en el contexto de la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba.

LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Las definiciones de atención primaria, tanto en la literatura como en el campo, han sido, a lo largo de la historia, un campo de debate y de discusión. En este artículo se analiza la experiencia acumulada en la aplicación del modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba.

Las definiciones de atención primaria, tanto en la literatura como en el campo, han sido, a lo largo de la historia, un campo de debate y de discusión. En este artículo se analiza la experiencia acumulada en la aplicación del modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba.

La medicina comunitaria debe responder a las necesidades de la comunidad (1).

1. ¿Cuál es el modelo de salud de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores determinantes de la salud de la comunidad?
3. ¿Qué es la salud pública en la comunidad y de la atención de salud?
4. ¿Qué es la salud pública y cuál es su función en la atención de la comunidad?

CLÁSICOS EN MEDICINA SOCIAL

Acerca de "Una práctica de medicina social", escrito por Sidney y Emily Kark

David Cueto

En el primer número del libro *Una práctica de medicina social*, de Sidney y Emily Kark, publicado en 1962, Sidney y Emily Kark describen el modelo conceptual básico de la medicina social y a través de un caso de diagnóstico de caso, basado en el primer experimento de campo que comenzó en 1943.

Una práctica de medicina social

Este artículo se refiere a la obra "Una práctica de medicina social" de Sidney y Emily Kark, publicada en 1962. El libro describe el modelo conceptual básico de la medicina social y a través de un caso de diagnóstico de caso, basado en el primer experimento de campo que comenzó en 1943.

Las definiciones de atención primaria, tanto en la literatura como en el campo, han sido, a lo largo de la historia, un campo de debate y de discusión. En este artículo se analiza la experiencia acumulada en la aplicación del modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba.

Las definiciones de atención primaria, tanto en la literatura como en el campo, han sido, a lo largo de la historia, un campo de debate y de discusión. En este artículo se analiza la experiencia acumulada en la aplicación del modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en la atención primaria, que ha sido el eje central de la reforma de salud en Cuba.

En el primer número del libro *Una práctica de medicina social*, de Sidney y Emily Kark, publicado en 1962, Sidney y Emily Kark describen el modelo conceptual básico de la medicina social y a través de un caso de diagnóstico de caso, basado en el primer experimento de campo que comenzó en 1943.

ZENA STENY MERVIN SUSSEX

Public Health Classics

This section highlights a series of important, long-standing public health papers of the twentieth century, reproducing them in their original form and adding a commentary by your organization's public health editorial board. For more information on this important effort, visit www.cdc.gov/od/ohrt/. This original article is reproduced with permission of the World Health Organization.

Pioneering community-oriented primary care¹ M. Susser²

An Alma-Ata in 1978, WHO's 1978 Alma-Ata Declaration¹ regarding health care (COPEC)² has become the most widely cited and most influential document in public health, and the most widely cited and most influential document in the history of public health. It is the only document in the history of public health that has been adopted by the World Health Organization. It is the only document in the history of public health that has been adopted by the World Health Organization. It is the only document in the history of public health that has been adopted by the World Health Organization.

This summary is based on the information in the original paper. It is not intended to replace the original paper. It is intended to provide a concise summary of the main points of the paper.

© World Health Organization 2002.

It is a pleasure to publish this article in the journal of the American Medical Association. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

COPEC is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

This approach is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

© World Health Organization 2002.

A South African Odyssey in Community Health: A Memoir of the Impact of the Teachings of Sidney Kark

Mervyn Susser, MB, BCh, FRCP, PhD

This memoir celebrates the accomplishment of Sidney Kark as I personally performed it, under his guidance, in a few remarkable months of the faculty life of the University of Toronto, and in a few remarkable months of the faculty life of the University of Toronto, and in a few remarkable months of the faculty life of the University of Toronto.

After from the beginning of my academic career, I have been fortunate to have known Sidney Kark. He was an outstanding student at the University of Toronto, and he was an outstanding student at the University of Toronto.

It was his teaching that inspired me to pursue a career in public health. His teaching was a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

COPEC is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

This approach is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

© World Health Organization 2002.



Author, Journal of Public Health 2002

Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World

Harvey Klevor, MD, and Leslie Wain, PhD

The World Health Organization's Alma-Ata Declaration¹ has inspired a renewed interest in community-oriented primary care (COPEC). This renewed interest has led to a number of new initiatives in public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

This approach is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

COPEC is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

© World Health Organization 2002.

The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

This approach is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

COPEC is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

© World Health Organization 2002.

Community-Oriented Primary Care: A Path to Community Development

Jack Deegan, MD, MPH

Although modern development and social change are largely the result of government action, the private sector is also a major force in community development.

This article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

This approach is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

COPEC is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

© World Health Organization 2002.

The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

This approach is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

COPEC is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration. It is a community-oriented primary care approach that is based on the principles of the Alma-Ata Declaration.

The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal. The article is a landmark in the history of public health, and it is a pleasure to have it reprinted in this journal.

© World Health Organization 2002.



A health center in a developing area. Photo courtesy of the World Health Organization.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

nov. 2002

ANNIVERSARY-INSPIRED FROM BY FARR

The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research, and Training in Community-Oriented Primary Care

Community-oriented primary care (COPC) evolved out of the treatment of infectious disease in the 1970s. The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment. The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment.

The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment. The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment.

The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment. The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment.

The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment. The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment.

The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment. The model was based on the concept of a "health center" that provided a range of services to the community, including preventive care, diagnosis, and treatment.



FIGURE 1. The COPC cycle.

Public Health Then and Now

The 1945 Gluckman Report and the Establishment of South Africa's Health Centers

Harry F. Phillips, MD, MPH

In times of crisis, individualism is often replaced by a collective spirit. During the 1940s, the Gluckman Report in South Africa was a significant milestone in the development of public health. The report was a response to the need for a more comprehensive approach to health care, one that addressed the needs of the entire population, not just the wealthy elite.

The report was a response to the need for a more comprehensive approach to health care, one that addressed the needs of the entire population, not just the wealthy elite. The report was a response to the need for a more comprehensive approach to health care, one that addressed the needs of the entire population, not just the wealthy elite.

The report was a response to the need for a more comprehensive approach to health care, one that addressed the needs of the entire population, not just the wealthy elite. The report was a response to the need for a more comprehensive approach to health care, one that addressed the needs of the entire population, not just the wealthy elite.



- HARRY PHILLIPS HEALTH ADMINISTRATION DEPARTMENT UNC
- EVA SALBER 1919 1990

AARON ANTONOVSKY

Teaching a Social Medicine Orientation to Medical Students

AARON ANTONOVSKY, Ph.D.*

The Hebrew University-Hadassah Medical School, Jerusalem, Israel

In the past decade the training of medical students in many countries has been expanded to include some training in epidemiology, social and preventive medicine, public health, or the behavioral sciences (1). Whatever the name given to such courses, and irrespective of who does the teaching, one of the core functions of such training seems to be the indoctrination of the students with what may be called a "social medicine" orientation, though many other terms have been used.

In the spring of 1964 the Department of Social Medicine and Public Health of the Hebrew University-Hadassah Medical School in Jerusalem assumed responsibility for a three-week course in social medicine given to medical students in the fifth year of their six years of medical training. The author was asked to develop a questionnaire which would measure the impact of this brief course upon the students. The concern was not with the acquisition of knowledge and skills, but rather with the degree of increasing acceptance (or, quite possibly, rejection) of a social medicine orientation. The present paper focuses on 2 aspects. First, the theoretical framework developed as the basis of the measuring instrument will be discussed. Second, some of the thoughts which emerged from a consideration of the data provided by the instrument's first application will be presented. Since the questionnaire is

* Teaching Fellow, Department of Social Medicine.

874

874

great enthusiasm for health education, which has been called "directed culture change," may not be entirely immune to this danger, particularly in view of their frequent frustrations in health education.

Part of the responsibility most surely be attributed to the sociologists who follow Parsons (12) in using an integrationalist model of society. This model is far from the unopinionated idyllic picture of primitive societies; it points ambiguities and inadequate role performance. But, borrowing from the medical sciences Ogburn's concept of biosocialism (13), societies are seen as having built-in corrective mechanisms which take care of problems.

Even in isolation from other societies—a period of history which is long past—cultures are frustrating as well as satisfying. Conflicts of interests and tensions appear frequently, leading people to seek to modify and even reject major parts of their culture (which always has implications for other parts). With increasing culture contact, and particularly in multi-culture societies, all people begin to perceive alternatives, certainly to new means to old ends. This is particularly true in the health area. The idea that culture is the powerful shaper of human behavior is profound and important. But without the corrective idea that not only we, the "rational," have a dynamic culture, but that all cultures are dynamic, human behavior will not be understood.

ACKNOWLEDGMENTS

The author is grateful to his colleagues, Drs. Sidney L. Kirk and Joseph H. Abramson, Chairman and Associate Professor, respectively, in the Department of Social Medicine, for their most helpful critical comments. Disagreements, however, remained, and the responsibility is solely the author's.

Vol. 41, SEPTEMBER, 1966

REFERENCES

1. SHREAGO, W. P., and ROYER, J. G., Jr. The Teaching of Preventive Medicine in the United States. *The Medical Historical Foundation Quarterly*, Volume 42, 1964.
2. HANCOCK, J. J. *Principles of Public Health Administration*. (Fourth Edition.) St. Louis: C. V. Mosby Co, 1964, Pp. 121-124.
3. BOSSY, G. The Evolution of Social Medicine. In DEVEREAUX, E. E., LEVINE, S., and RABON, L. G. (Eds.), *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1961, Pp. 24, 26.
4. KARK, S. L., and SRETERIAN, G. V. A *Practice of Social Medicine*. Edinburgh-Livingston, 1959, Pp. 7, 1.
5. ARMAHCOE, J. H. Teaching Social and Preventive Medicine. *Medical Proceedings (South Africa)*, 7:7-12, 1951.
6. SOMMER, H. E. Remarks on Social Medicine in Medical Education. In ROSENK, M. L. and HARRISTON, J. H., (Eds.), *History Sketches on the Sociology of Medicine*. New York: MD Publications, 1959, P. 261.
7. ANSTROM, O. W. The Sociologist and Medicine: Generalizations from a Teaching and Research Experience in a Medical School. *Social Forces*, 31:50-62, 1952.
8. FLOREN, E. W. *The Doctor and His Patient*. New York: Knopf, 1955, Pp. 270.
9. HENCKS, H. S., GERZ, B., HUNTER, E. C., and STRAUSS, A. L. *Boys in White*. Chicago: University of Chicago Press, 1961, P. 284.
10. LEWIS, O. *Life in a Mexican Village: Tepic since Re-Conquest*. Urbana, Illinois: University of Illinois Press, 1954.
11. ROBERTS, E. *The Path Culture of Tradition*. Chicago: University of Chicago Press, 1911.
12. PARSONS, T. *The Social System*. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1950.
13. OGBURN, W. B. *The Wisdom of the Body*. (Second Edition.) New York: W. W. Norton and Co., 1933.

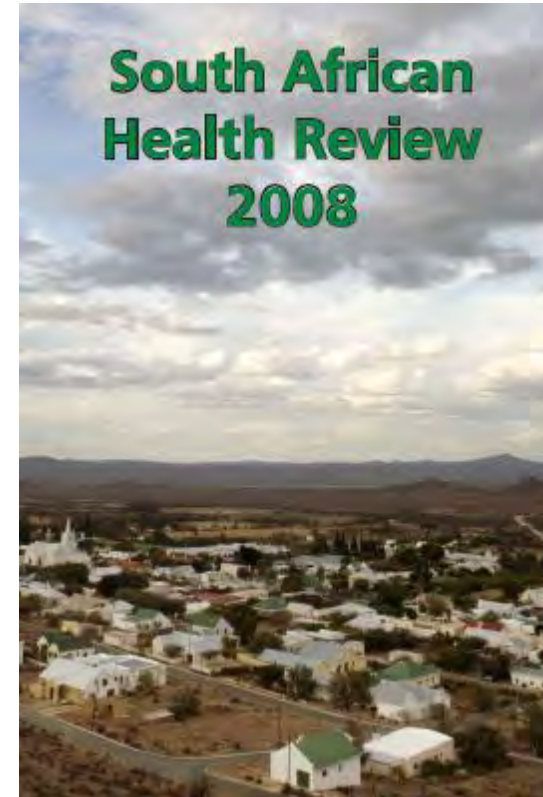


GRUPO DE SIDNEY KARK

Box 1: The international dispersion of South Africa's Primary Health Care leadership

Destination of key South African community-oriented primary care practitioners		
Sidney & Emily Kark	USA	University of North Carolina (Chapel Hill) – School of Public Health
	Israel	Hebrew University – Hadassah Medical School
Helen Cohn	Israel	
	Iran	World Health Organization (WHO)
	USA	Harvard University - School of Public Health
John Cassel	USA	University of North Carolina (Chapel Hill) – School of Public Health
Harry Phillips	USA	Harvard University - School of Public Health
	USA	University of North Carolina (Chapel Hill) – School of Public Health
Eva Salber	USA	Harvard University – School of Public Health
	USA	Duke University – Department of Family & Community Medicine
George Gale	Uganda	Makerere University – Medical School
	Malaysia	WHO
	Thailand	WHO
John & Grace Bennett	Uganda	Makerere University - Medical School
	Tanzania	
	Kenya	United Nations Children's Fund (UNICEF)
Langford Lethaku	Uganda	Makerere University – Medical School
Miriam & Gershon Gitlin	Israel	Hebrew University – Hadassah Medical School
Charlotte Hopp	Israel	Hadassah Family & Community Health Centre
Joe Abramson	Israel	Hebrew University - Hadassah School of Public Health
Helen Pridan	Israel	Hebrew University - Hadassah School of Public Health

Source: Derived from multiple sources, including Kark and Kark, 2001.¹



Kautzky Keegan y Tollman Stephen. A perspective on Primary Health Care in South Africa. School of Public Health. University of Witwatersrand. Chapter 2. South African Health Review 2008. (N)

HENRY E SIGERIST Y SIDNEY KARK



Wylie Diana. STARVING ON A FULL STOMACH Hunger and Triumph of Cultural Racism in Modern South Africa. Charlottesville. The University Press of Virginia. 2001. pag. 150.

Dr. Karl afrimo que su visión holística estaba inspirada en Sigerist.
Profesora de Historia de la Universidad de Boston.

Franco Basaglia

LA LIBERTAD TERAPEUTICA

1963

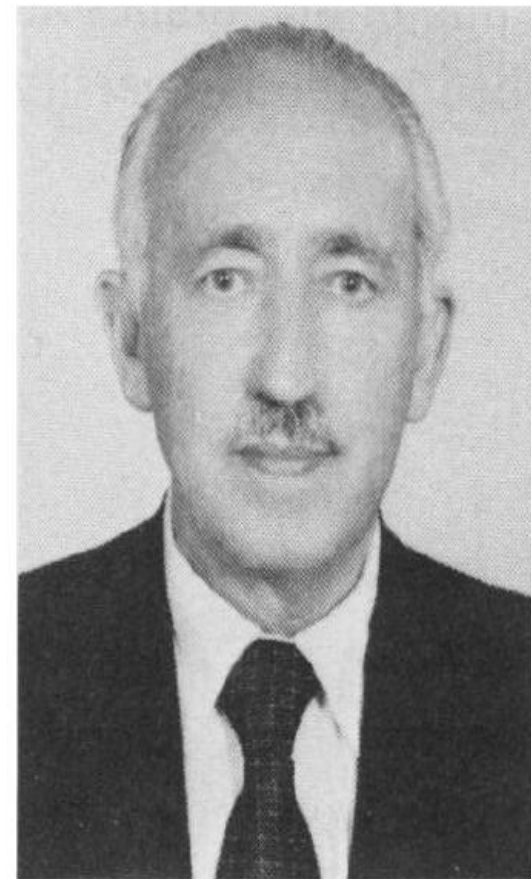
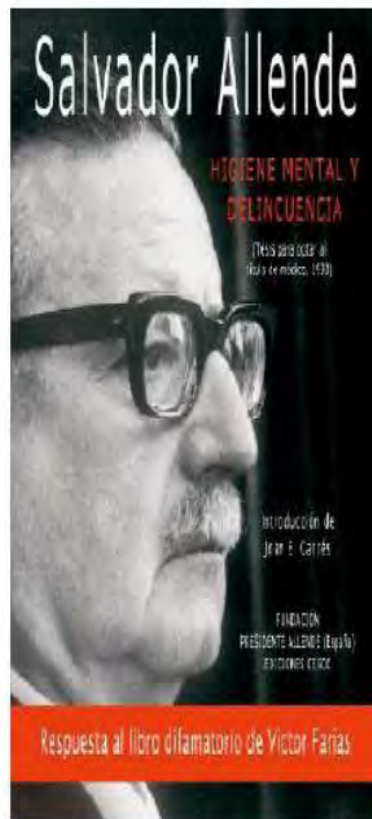


- Experiencia del Hospital Siquiatrico de Gorizia
- Incorporacion de personas afectadas
- Politica de salud mental Ley 180 de 1978 Ley Basaglia.
- Experiencias en America Latina.

EXPERIENCIAS EN AMERICA LATINA

SALVADOR ALLENDE

MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA 1908-1973



GUSTAVO MOLINA GUZMAN

Molina G, Morales E, Ossandon J. Incorporación de las ciencias sociales al campo de la salud en Chile. 1978;4(4):305-316.

GUSTAVO MOLINA GUZMAN 1910-1978

SALVADOR ALLENDE 1908-1973

Published by Duke University Press on behalf of the International Epidemiological Association
© The Author 2015. All rights reserved. Advance Access publication 21 April 2015

International Journal of Epidemiology 2015;44:719-721
doi:10.1093/ije/dyv176

Dr. Gustavo Molina Guzman, Director
Epid. Prev. y Vig. de Apto. B.



Dr. Gustavo Molina Guzman, Director
Epid. Prev. y Vig. de Apto. B.
Epidemiología y Prevención de Enfermedades
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
Secretaría de Salud, México

Correspondence: Dr. Molina

CLASIFICACIÓN DE LA MEDICINA SOCIAL

Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social

Howard Watzkin

Desde que apareció el clásico trabajo de Rudolf Virchow sobre medicina social a mediados del siglo XIX, las siguientes generaciones se han olvidado sus enseñanzas y solamente más tarde las han redescubierto en condiciones de la sociedad que generan

unos graves problemas por problemas más tarde al reconocimiento global de derechos humanos, la curación de la libertad y ambiental y la comercialización de la ciencia de agua. Sin embargo, muchos de los orgánicos sociales de la enfermedad ocurren más que la ocurrencia de la cual la ciencia

Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine

Howard Watzkin

Succeeding generations have forgotten and then rediscovered the conditions of society that generate illness and mortality. Now, when disease-producing features of the workplace and environment threaten the survival of humans and other life

Third World' models a less-rigorous and relevant approach to the important questions of our age. (Further information about Latin American social medicine appears in recent publications¹⁻⁴ and a website: <http://www.terceramundom.com>.⁵)

Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos

Celia Izuel,¹ Howard Watzkin,¹ Jaime Brecht,² Alfredo Estrada³ y Erickson Elias Merly⁴

La medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante, pero poco conocido por quienes hacen la medicina y la salud pública, y sobre todo por quienes no pueden acceder a la información, incluso en español y portugués. Por eso nosotros, hemos desarrollado una investigación sobre este campo durante en la que, además de la revisión de 20 artículos, libros, capítulos, libros presentados en congresos e informes de investigadores (publicados o no), escritos en español o portugués, hemos realizado 24 entrevistas orales y 10 entrevistas telefónicas con libros y participamos activos de la medicina social.

Argentina



Dándole continuidad a la obra de Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud de este país (1946-54), se desarrollan importantes escuelas de Salud Pública en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Rosario pero las dictaduras golpean hondamente la Universidad Argentina, obligando al exilio a muchos de sus protagonistas. Entre ellos dos principales: Mario Testa y Juan César García.

Entre las experiencias desarrolladas en zonas rurales, las más reconocidas son la de Carlos Alberto Alvarado efectuada en la Provincia de Jujuy y la de la Pediatra Elsa Moreno y el Salubrista Néstor Perone en la Provincia de Neuquén entre 1970 y 1973 ambas con redes de agentes comunitarios articulados a las instituciones de salud, verdaderas redes de atención primaria con excelentes resultados.

Testa ha criticado con firmeza los enfoques de una atención de baja calidad, de bajo costo para atender pobres y denominada Atención Primitiva. Durante la dictadura estuvo muy activo en el grupo Médico de Rosario y sus desarrollos han permitido consolidarlo como un grupo de vanguardia con un grupo destacado de autores (Carlos Block, Susana Belmartino, Mario Rovere, Monica Fein, entre otros); se debe tener a esta ciudad como modelo de un sistema de salud basado en APS



¿Quién es el Dr. Alvarado?

Who is Dr. Alvarado?

Jauretche, Arturo¹

RESUMEN Este texto, escrito por Arturo Jauretche, recupera la figura del Dr. Carlos Alberto Alvarado (1904-1986) quien, en tiempos en que Ramón Carrillo era secretario de Salud Pública de la Nación, dirige una campaña que logra controlar el paludismo en el noroeste argentino con una reducción muy importante del número de casos, alcanzando una amplia repercusión mundial. En 1955, el Dr. Alvarado es separado de su cargo por la Revolución Libertadora, momento en que la Organización Panamericana de la Salud lo designa asesor regional y entre 1959 y 1964 lo nombran jefe del programa de erradicación de la malaria de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza. A su regreso al país en 1966, organiza el Plan de Salud Rural, creando para ello la figura del

EXPERIENCIAS DE APS EN AMERICA LATINA

ABRAAM SONIS Y HUGO BEHM ROSAS

Papel de las escuelas de salud pública en la educación médica

RESPONSABILIDAD EN LA FORMACION DE MEDICOS

Las escuelas de salud pública tradicionalmente se mantuvieron al margen de las facultades de medicina en lo que atañe a la formación de médicos. Como resultado de un proceso complejo, las facultades de medicina resistían la incorporación de la salud pública, tanto desde el punto de vista conceptual como institucional, en tanto que las escuelas de salud pública reaccionaban aislándose cada vez más.

En los últimos años, como consecuencia de considerarla como elementos de un mismo sistema, se registra una creciente integración entre ambas que parece ser una tendencia de gran vigencia futura.

La relación de las escuelas de salud pública con las facultades de medicina, si bien asume características decisivas cuando su dependencia es universitaria, debe existir igualmente, sea cual fuere el ámbito administrativo a que pertenecen. Una escuela de salud pública, por el hecho de depender de un ministerio de salud pública, no pierde su responsabilidad en lo referente a la educación médica de pregrado.

La relación de las escuelas de salud pública con las facultades de medicina, por otra parte, debe visualizarse en el amplio contexto de las transformaciones que está sufriendo la educación médica así como la salud pública y su enseñanza.

En pocas palabras se podría decir que los cambios ocurridos en los

• El Dr. Sonis es Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; y el Dr. Hugo Behm Rosas es Director de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile.

• Documento de trabajo presentado en la VI Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, celebrada en Medellín, Colombia, del 10 de noviembre al 5 de diciembre de 1989.

JUAN GUILLERMO ORTIZ HOSPITAL SIN PAREDES COSTA RICA Hospital Carlos Luis Valverde de San Ramón



ESTUDIOS Y ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD 1960s 90s 2000s



Para un país como Colombia por ejemplo, el artículo titulado “*la Sanidad en Colombia*”, de 1944 escrito por el Ministro de Trabajo e Higiene de la época Jorge Eliécer Gaitán³⁸⁶ representa uno de los documentos más importantes para el estudio de las políticas de salud en el país; texto que además fue publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en el que se plantea la necesidad de un plan de salud nacional articulado e intersectorial de largo plazo, que integre los recursos existentes en una política coherente.

Este documento aunque debería, no aparece como un texto central de estudio de las políticas de salud en el país, a lo que se suma que este tema no haya sido una prioridad de investigación ni el seguimiento, ni en la evaluación de las políticas de salud de los diferentes gobiernos nacionales por los grupos académicos de las escuelas de salud pública del país, pese a que hubo esfuerzos aislados de profesores

BOLETÍN
de la
Oficina Sanitaria Panamericana
(REVISTA MENSUAL)

♦

AVISO—Aunque por de contado desfiligase el mayor cuidado en la selección de los trabajos publicados in toto o compendados, sólo los autores son solidarios de las opiniones vertidas, a menos que conste explícitamente lo contrario

Año 23 MARZO de 1944 N.º. 3

LA SANIDAD EN COLOMBIA*

Por el Dr. JORGE ELIECER GAITÁN
Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social

Hay tres elementos que particularizan el problema social propiamente dicho, típicamente social. Será, en primer lugar, la realidad biológica, el hecho de la existencia, el hecho humano. ¿Por qué? Porque él es base fundamental, elemental de la existencia misma de la sociedad. Pero para esa existencia biológica, para esa realidad hombre, hay otro hecho fundamental, y es el hecho económico. No puede la realidad biológica sostenerse sin una serie de elementos económicos para su vivienda y su nutrición. Y como elementos intermedios entre estos dos, fundamentales a la existencia misma de la sociedad, tenemos uno de gradación, indispensable para la realidad biológica de la vida misma, que se nutre por esos elementos económicos, y que se llama de la capacitación. Es decir, la vida nos coloca con una serie de instrumentos, más o menos aptos, más o menos recortados o más o menos extensos, para conseguir los elementos económicos indispensables a la primera realidad anunciada.

Entonces, cuando se trata de estos tres fenómenos esenciales, hombre, hecho económico, capacitación, que los liga y permite establecer la realidad en ese binomio, tenemos los llamados, y los que deben llamarse, por esencia problemas sociales, a pesar de que, como ya lo insinué, hay una serie de problemas que juegan su papel en el orden colectivo y social que, no por ser sociales, pueden merecer la denominación de problemas propiamente sociales.

Un gran drama nacional.—Enunciaré el primero y fundamental de los problemas sociales, el referente al hecho hombre, dentro de la vida colombiana, anticipando que al analizarlo enuncie uno de los dramas más conmovedores de la realidad nacional. Pero no me bastará enunciar ante vosotros el hecho hombre colombiano, sino que será obligatorio de mi parte decirlos cómo vamos a acometer la solución de ese problema.

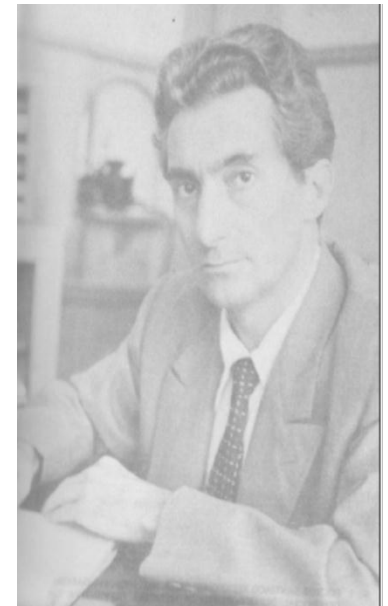
* Discurso pronunciado en la Cámara de Representantes de Colombia el 5 de noviembre de 1944.
193

CESAR URIBE PIEDRAHITA



CESAR URIBE PEIDRAHITA

Por iniciativa de los médicos colombianos César Uribe Piedrahíta y Santiago Renjifo-Salcedo, se dictó la Ley 52 de noviembre de 1948, sobre creación del Parque Nacional de La Macarena, posteriormente adscrito a la Universidad Nacional por Ley 57 de 1963, y luego incorporado como Reserva Natural Nacional al Sistema Nacional.



“Esquema para un estudio de la patología indígena en Colombia”. *América Indígena*. México 2/1(en./41):67-74. Reproducido en Uribe Piedrahita, C. *Apuntes para la geografía médica del ferrocarril de Urabá y otros escritos*. Homenaje de la Facultad de Medicina y la Universidad de Antioquia. Medellín, Imprenta Universidad de Antioquia, 1996, p. 149-165.

In Memoriam

SANTIAGO RENJIFO SALCEDO

UNA SEMBLANZA



En Santiago Renjifo dominó un "sentido contagiosamente jocundo de la vida", como se dijo en uno de los numerosos escritos con motivo de su muerte tan trágica como inesperada el 29 de diciembre pasado. Todo en él fue optimismo, imágenes gratas de los hombres y sus circunstancias, una tendencia espontánea a considerarlos generosamente como sus guías y servirlos con pasión. Hombre sin rezagos ni debilidades, su afán por enriquecer su cultura—y con ello su espíritu—estaba guiado esencialmente al bienestar. Lo sustentaban conscientemente el sufrimiento de los demás, las desigualdades injustificadas y un amor puro por los seres humanos sin distinción.

Reflejo claro de su constitución anímica es el hecho de haberse dedicado a la medicina preventiva desde su graduación, en una época en que el ejercicio de la clínica era fuente segura de beneficios materiales a más de profundas satisfacciones. Dotado de permanente curiosidad intelectual, de duda sobre el significado aparente de los hechos

con respecto a la naturaleza—una verdadera análisis del dogmatismo—, de una imaginación creadora, se dedicó de lleno a la búsqueda en busca del conocimiento de la dinámica de las enfermedades transmisibles. Testimonio de este esfuerzo son la organización del Instituto de Enfermedades Tropicales-Roberto Franco en Villavicencio y la serie de trabajos científicos sobre malaria, tripanosomiasis, fiebre amarilla, parasitología experimental, leishmaniasis y entomología. Perfeccionó sus conocimientos en salud en la Universidad de Johns Hopkins, con particular abstracción a la epidemiología, y en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, sobre etimología médica.

Para Santiago Renjifo la investigación desvinculada de la educación sólo conduce al aislamiento; la educación sin investigación, al estaticismo. Son estas ideas las que llevó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valle, a cuya creación y desarrollo contribuyó en forma esencial. El Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública ha sido, gracias a su inspiración, modelo en su género desde que lo organizara en 1950. Más que el contenido y la estructura de la enseñanza, destaca el propósito de generar en los estudiantes un nuevo modo de pensar, una visión de la medicina en sus proyecciones simultáneas pero cada vez humana y la sociedad, una fuerza dinámica en la que se armonizan la ciencia con el arte, la ciencia con la generosidad, lo nacional con lo espiritual. Para él la Universidad no debía ser una entidad al servicio o dependiente de una

The Teaching of Preventive Medicine and Public Health in the School of Medicine, University of Valle Cali, Colombia

SANTIAGO RENJIFO-SALCEDO, M.D., M.P.H.*

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, University of Valle, Cali, Colombia

The teaching of preventive medicine in the School of Medicine of Cali is being done gradually from the very beginning of the study of medicine. For the best coordination, there exists a Department of Preventive Medicine and Public Health that unites the various sections, each one with a full-time director and a sufficient number of professors and scientific personnel for the necessary teaching and research. A Health Center functions that permits direct action and control over the community chosen for the development of the plan.

The Department of Preventive Medicine and Public Health is one of nine departments in the School of Medicine. It was established at the time the School was founded in 1950. Since 1955, it has functioned cooperatively between the Universidad del Valle and the Rockefeller Foundation.

There is complete coordination with the other eight departments of the school. The head of the Department of Preventive Medicine and Public Health is a member of the directive council of the faculty and therefore has the necessary information on the problems of medical education and the administrative progress of the entire faculty.

The department has the responsibility of teaching different subjects during the several years of the medical curriculum, as follows and as seen in Chart 1 and Table 1.

* Head of the Department of Preventive Medicine and Public Health.

THE PROGRAM

First Year

General ecology as the base for epidemiology. In this course the following aspects are treated: significance of ecology, the environment, origin of the groups and the relations of organisms of the same species, relation of the species within themselves (symbiosis, mutualism, parasitism, predation), the community, and dynamics of the ecosystem.

Applied mathematics with the object of making a general revision of mathematics knowledge necessary for a better understanding of the subjects such as biophysics, statistical methods, biostatistics, pharmacology, etc.

Second Year

Microbiology in order to teach:

1. The nature and distinctive characteristics of the microorganisms, especially the pathogenic.
2. The role of microbes in pathogenesis, observing this question from a general biological viewpoint that facilitates the understanding of principles alluded to in the following paragraph.
3. How these organisms persist and propagate themselves, connecting the ecological aspect with that of epidemiology.
4. What the clinician can do in the bacteriological laboratory with the correct

ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Rev. Colomb. Psicol., 2008, 39(1)

Marco conceptual de la investigación aplicada a servicios de salud

DR. JAMES BOHREK ET B. Y DR. HEBERTO PABON¹

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN APLICADA

El propósito final de la investigación aplicada a servicios de salud debe ser implementar a los servicios de salud y a las instituciones formadoras del recurso humano con base a los resultados obtenidos a los principios, generalizando el enfoque, también el desarrollo de los recursos, y a las estrategias, satisfaciendo así el mismo los cambios en los objetivos, la estrategia y el contenido particular con las características de los servicios de salud. En este sentido, la investigación aplicada se constituye en un mecanismo esencial de la integración docente universitaria.



Iranian J Publ Health, Vol. 38, No.2, 2009, pp.119-124

Original Article

Assessing Hospital Performance by the Pabon Lasso Model

^{*}A Goshitasebi^{1,2}, M Vahdaninia³, R Gorgipour¹, A Samanpour¹, F Maftoon⁴, F Farzadi⁴, F Ahmadi⁵

¹ Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Iran

² Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Dept. of Social Medicine, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

⁴ Dept. of Health Services Management, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

⁵ Faculty of Public Health, Yasuj University of Medical Sciences, Iran

(Received 7 Jun 2009; accepted 19 May 2009)

Abstract

Background: The Pabon Lasso model was applied to assess the performance of six State-run hospitals in the province of Kohgiluyeh & Boyer-Ahmad, to produce information that used by policy makers in their attempt to make the health care system more productive.

Methods: This cross-sectional study involved all the six public hospitals in the province, with 607 registered beds. Data collection accomplished by the use of two ad hoc questionnaires that dealt with both general information and admission data from various hospital wards. The statistical software SPSS-13 used to derive three basic performance indicators, namely average length of stay, bed occupancy rate and bed turnover, which analyzed in Pabon Lasso model.

Results: The overall average length of stay, bed occupancy and bed turnover rates were 2.99 days, 62.78% and 76.73 respectively. Two hospitals were in Zone III of the model, indicating a satisfactory level of efficiency. Three hospitals demonstrated inefficiency and underutilization of resources by falling into Zone I, one hospital placed in Zone IV.

Conclusion: The best approach to address the existing inefficiencies would lie in stopping the expansion of the current facilities (e.g. not adding any more beds). As any further expansion will only serve to make hospitals more inefficient. Future research should focus on why the performance is not at a desirable level and how the situation can be improved.

Keywords: Performance evaluation, Hospital, Pabon lasso, Iran



MICHAEL TAUSSIG

HECTOR ABAD GOMEZ

INSTRUCTION ON MEDICAL CARE ORGANIZATION IN THE BASIC M.P.H. CURRICULUM OF LATIN AMERICAN SCHOOLS OF PUBLIC HEALTH¹

Drs. Milton I. Roemer² and Héctor Abad Gómez³

On the basis of data obtained from nine schools of public health in Latin America, a comparative study is presented on the curricular content in the field of medical care organization and hospital organization.

Introduction

Organized programs of medical care have been developing at an increasing tempo in Latin America, and the schools of public health have responded by developing formal instruction in this field of study. Perhaps there is a lag between the vitality of action programs and the degree of academic attention to them in the schools, but the content of curricula in the problems of medical care organization is clearly enlarging and developing.

The focus of this paper will be on one basic aspect of this academic development: instruction in medical care organization in the basic curriculum leading to the M.P.H. degree—that is, the curriculum followed mainly by physicians who are undertaking general public health studies at the Master's level. No attempt will be made to examine other related aspects of the same question, such as the education of personnel for specific work in hospital administration and the training of professional specialists who would devote themselves exclusively to medical care administration.

The focus here is intended to shed light on the degree to which general public health

administrative problems in Latin America are being oriented in the tasks of planning, organizing, and directing the curative services. The importance of knowledge and application about the preventive services requires no defense. The entire public health movement, from its beginnings in 19th century Europe, has directed its main attention to the prevention of disease, especially communicable disease. This obviously remains the top priority in Latin America, where so much remains to be done in environmental sanitation, immunization, health education, and other measures of disease prevention.

Increasingly, however, it has become clear that effective provision of the preventive services, as well as the curative services, requires first of all a firm administrative structure of health services throughout a nation. An intensive "one-shot" campaign against malaria or intestinal parasites in a province will not have lasting effect if there is not a sound, permanent structure of health services to continue to meet all the health needs year in and year out. Such a firm structure cannot be built with a reliance on prevention services alone. It must enter the needs of the people, as they are felt by the people, and this means that the pain and distress of sickness that has not been prevented must be confronted. Treatment must be given for sickness and injury to the ambulatory patient and to the patient requiring a hospital bed. Effective delivery of these treatment services cannot be left to the random efforts of



la política de SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 (propuesta y asumida en 1977). Para el caso colombiano, ya se venían realizando desde finales de los años cincuenta, actividades que corresponden a esta estrategia como por ejemplo la de las PROMOTORAS RURALES DE SALUD en Santo Domingo Antioquia³⁹ y municipios en el Departamento del Valle del Cauca como Candelaria y Versalles⁴⁰.

¹Reprinted in *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, Vol. 1, (March 1964), pp. 264-284. Paper presented for the Fifth Conference of Directors of Schools of Public Health of Latin America, Buenos Aires, Argentina, 1959 November 1961.

²Professor of Public Health, University of the South Florida.

³Professor of Preventive Medicine, University of Antioquia, Medellín, Colombia.

HECTOR ABAD GOMEZ



INSTRUCTION ON MEDICAL CARE ORGANIZATION IN THE BASIC M.P.H. CURRICULUM OF LATIN AMERICAN SCHOOLS OF PUBLIC HEALTH¹

Drs. Milton I. Roemer² and Héctor Abad Gómez³

On the basis of data obtained from nine schools of public health in Latin America, a comprehensive study is presented on the curriculum content in the field of medical care organization and hospital organization.

Introduction

Organized programs of medical care have been developing at an increasing tempo in Latin America, and the schools of public health have responded by developing formal instruction in this field of study. Perhaps there is a lag between the vitality of action programs and the degree of academic attention to them in the schools, but the content of curricula in the problems of medical care organization is clearly enlarging and developing.

The focus of this paper will be on one basic aspect of this academic development: instruction in medical care organization in the basic curriculum leading to the M.P.H. degree—that is, the curriculum followed mainly by physicians who are undertaking general public health studies at the Master's level. No attempt will be made to examine other related aspects of the same question, such as the education of personnel for specific work in hospital administration and the training of professional specialists who would devote themselves exclusively to medical care administration.

The focus here is intended to shed light on the degree to which general public health

administrative physicians in Latin America are being oriented in the tasks of planning, organizing, and directing the curative services. The importance of knowledge and sophistication about the preventive services requires no defense. The entire public health movement, from its beginnings in 19th century Europe, has directed its main attention to the prevention of disease, especially communicable disease. This obviously remains the top priority in Latin America, where so much remains to be done in environmental sanitation, immunization, health education, and other measures of disease prevention.

Increasingly, however, it has become clear that effective provision of the preventive services, as well as the curative services, requires first of all a firm administrative structure of health services throughout a nation. An intensive "one-shot" campaign against malaria or intestinal parasites in a province will not have lasting effect if there is not a sound, permanent structure of health services to continue to meet all the health needs year in and year out. Such a firm structure cannot be built with a mission of preventive services alone. It must satisfy the needs of the people, as they are felt by the people, and this means that the pain and distress of sickness that has not been prevented must be confronted. Treatment must be given for sickness and injury to the ambulatory patient and to the patient requiring a hospital bed.

Effective delivery of these treatment services cannot be left to the random efforts of

World Health Forum

Vol. 3, No. 4, 1982

Page

ROUND TABLE

Medical ethics and education for social responsibility <i>Milton I. Roemer</i>	357
Discussion: <i>H. Abad-Gómez, Anthony Adams, Amnon Carmi, Ramsis A. Gomas, N. Islam, John M. Last, R. G. Panabokke, T. S. Szé</i>	364

PRIMARY HEALTH CARE

Primary health care in a Senegalese town: how the local people took part <i>M. Janloes, B. Seck, L. Van de Velden & B. Ndiaye</i>	376
The use of flow charts in training <i>B. J. Essex</i>	380
Strengthening rural health services in Egypt <i>Ahmed I. Gomas</i>	385
The Vadu Budruk project <i>Banoo J. Coyaji</i>	387

¹ Published in Spanish in *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* Vol. LXIV, No. 3 (March 1968), pp. 254-218. Paper prepared for the Fifth Conference of Directors of Schools of Public Health of Latin America, Buenos Aires, Argentina, 19-24 November 1967.

² Professor of Public Health, University of California, Los Angeles.

³ Professor of Preventive Medicine, University of Antioquia, Medellín, Colombia.

ALMA ATA



INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE
CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

(organized by WHO and UNICEF)

Alma Ata, USSR, 6 - 12 September 1978

ICPHC/ALA/78.10

ANNEX 1



(organisée par l'OMS et l'UNICEF)

Alma Ata, URSS, 6 - 12 septembre 1978

ICPHC/ALA/78.3

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS

COLOMBIA - COLOMBIE (Continued) (Suite)

Dr Abraham COJOCARU-SECURANSKY
Médecin-administrateur en chef
Cali

Dr Roberto LIEVANO PERDOMO
Vice-Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Bogota

Dr German PERDOMO CORDOBA
Chef du Service de la Santé
Département de la Planification nationale
Bogota

Dr Luz URIBE NARANJO
Secrétaire général, Ministère de la Santé
Bogota

COLOMBIA - COLOMBIE

Dr David BERSH ESCOVAR
Directeur de la Division de la Santé, FEDECAFE
Armenia

CHILE - CHILI

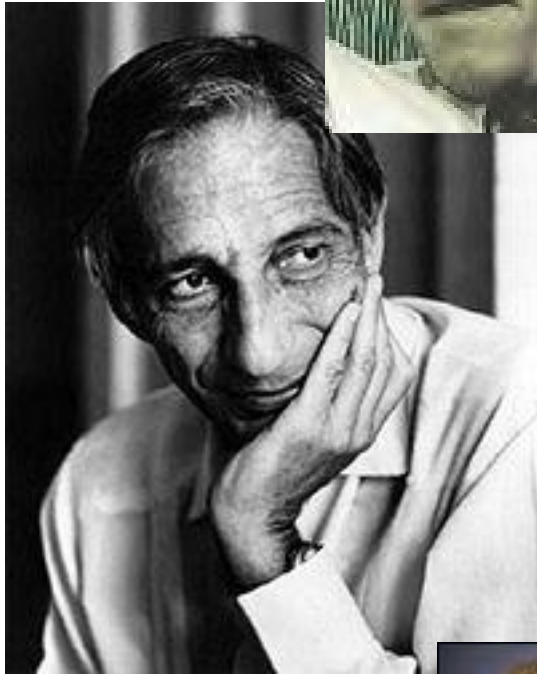
M. Hernán BURDILES
Chef des Conseillers sur les Affaires sociales
Bureau de la Planification nationale (ODEPLAN)
Santiago

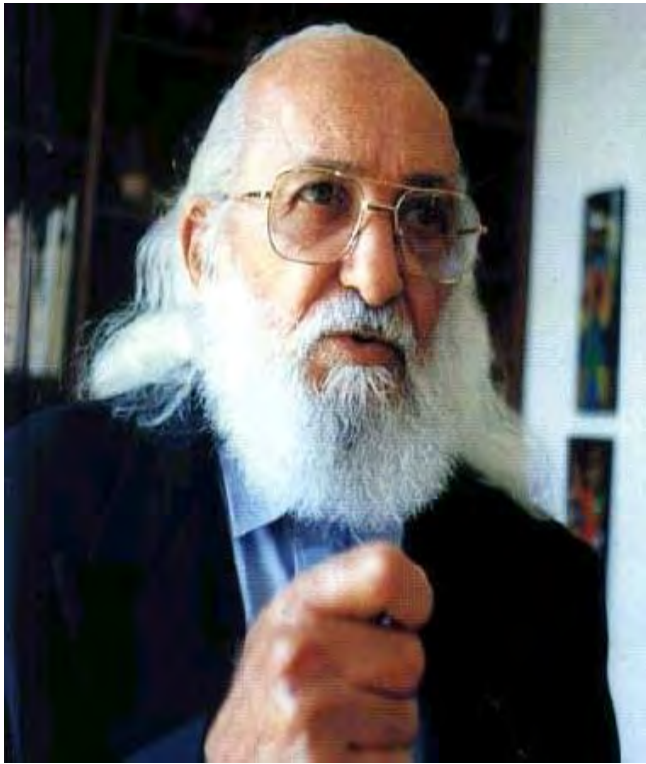
Dr Hector Fernando CONCHA
Chef du Département technique du Service
national de la Santé
Ministère de la Santé publique
Santiago

Dr Francisco QUESNEY
Directeur général du Service national
de Santé
Santiago

ANTECEDENTES CERCANOS DE ALMA ATA

1970-1978





Orígenes de la APS

- La propuesta que hace la delegación de la U.R.S.S de una conferencia internacional en 1974 y el acuerdo de realizarla en 1976, así como la adopción de la política “salud para todos en el año 2000” mediante la resolución WHA 30.43 de 1977 y su realización en septiembre de 1978.

ANTECEDENTES CERCANOS DE ALMA ATA

1970-1978

Los orígenes de la Atención Primaria de la Salud son poco conocidos[1] en detalles que son fundamentales para comprender que se propuso en Alma Ata.

El largo y difícil camino hacia Alma Ata de Sócrates Litsios quien trabajo por mas de 30 años en la OMS y publicado en el International Journal of Health Services[2] .

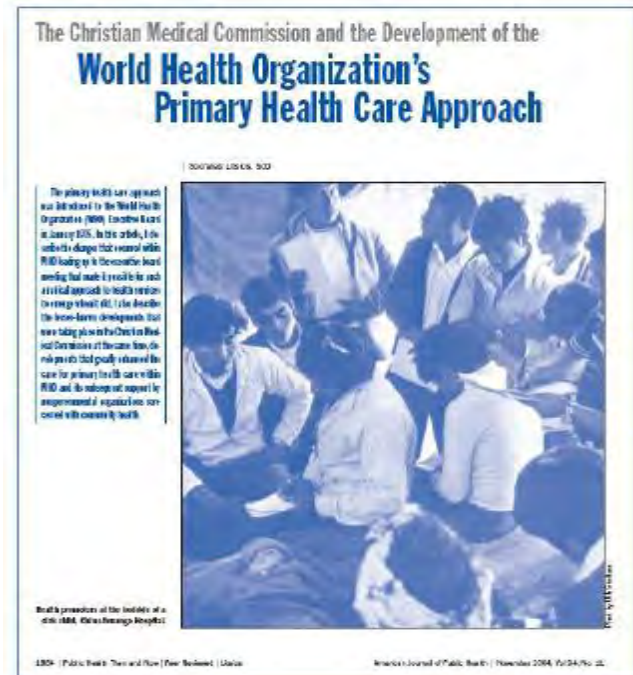
En el centra su atención en sucesos y personajes año por año de 1970 a 1978, describiendo el papel de la delegación de la U.R.S.S. en cabeza del Dr. Venedictov empezando por la propuesta que terminó en la resolución WHA 23.61 de 1970 sobre principios básicos para el desarrollo de servicios de salud. Continuando con el nombramiento de un personaje central para la APS, el Dr. Halfdan Mahler, como director asistente de 1970 a 1973, año en el que es nombrado director general da la OMS cargo que ocuparia hasta 1988 y así como del Dr. Kenneth Newell quien fue nombrado director jefe de la recién creada División de Fortalecimiento de servicios de Salud en 1972 y autor del libro de enorme influencia "health by people" que recoge experiencias de salud con base comunitaria de diversas regiones del mundo en 1975[3].

[1] Cueto, Marcos. The origins of Primary Health Care. American Journal of Public Health.(2004);94(11):1864-74.


[2] Litsios, Sócrates. The long and difficult road to Alma Ata. International Journal of Health Services.2002;32(4):709-32.

[3] Newell, Kennet (Editor) La Salud por el Pueblo. Health by People. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1975.

La propuesta que hace la delegación de la U.R.S.S de una conferencia internacional en 1974 y el acuerdo de realizarla en 1976, así como la adopción de la política "salud para todos en el año 2000" mediante la resolución WHA 30.43 de 1977 y su realización en septiembre de 1978.



PROMOCION DE LA SALUD

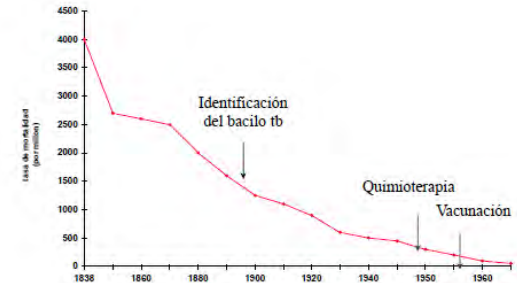
 Government of Canada / Gouvernement du Canada

A NEW PERSPECTIVE ON THE HEALTH OF CANADIANS

a working document

Marc Lalonde
Minister of National Health and Welfare

TASAS DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS Inglaterra y Gales



T. McKeown, 1966
AN INTRODUCTION TO SOC MED BLACKWELL, OXFORD

References

1. Paley, William. *Natural Theology*, R. Faulder, London, 1802, republished by Gregg International Publishers, Farnborough, England, 1970 - p. 498.
2. McKeown, Thomas, *A Historical Appraisal of the Medical Task from "Medical History and Medical Care"*. Oxford University Press, 1971.
3. McKeown, Thomas, *The Major Influences on Man's Health*, unpublished paper, August, 1973.
4. McKeown, Thomas, *An Interpretation of the Modern Rise in Population in Europe*, *Population Studies*, Vol. XXVII, No. 3, p. 345, November 1972.
5. Collins, R., *Drinking on the Job*, *Imperial Oil Review*, 1973, No. 2.
6. Laframboise, Hubert L., *Health Policy: Breaking it Down into More Manageable Segments*, *Journal of the Canadian Medical Association*, February 3, 1973.
7. Tamerin, John S., *Recent Increase in Adolescent Cigarette Smoking*, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 28, Jan. 1973, pp. 116-119.
8. Glazer, William H., *The Task of Medicine*, *Scientific American*, Vol. 228, No. 4, April 1973.
9. *Main Estimates*, Government of Canada, 1973-74.
10. *Report of the Committee on the Healing Arts*, Ontario, Vol. 3, 1970, p. 148.

JOHN BRYANT



Global Health in Transition: A Synthesis

Perspectives from International Organizations

John B. Bryant and Peter F. Barralis

For the Board on International Health
INSTITUTE OF MEDICINE

NATIONAL ACADEMY PRESS
Washington, D.C. 2000

The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care

Marcela Cueto, PhD

I present a historical study of the role played by the World Health Organization and UNICEF in the emergence and diffusion of the concept of primary health care during the late 1970s and early 1980s. I have analyzed these organizations' political context, their leaders, the methodologic and technologic associated with the primary health care perspective, and the debates on the meaning of primary health care.

These debates led to the development of an alternative, more restricted approach, known as selective primary health care. My study examined literary and archival sources; I also examples from Latin America.

DURING THE PAST FEW decades, the concept of primary health care has had a significant influence on health workers in many low-developed countries. However, there is little understanding of the origins of the term. Even less is known of the transition to another version of primary health care, best known as selective primary health care. In this article, I trace these origins and the interaction between 4 crucial factors for international health programs: the context in which they appeared, the actors (personal and institutional leaders), the targets that were set, and the techniques proposed. I use contemporary publications, archival information, and a few interviews to locate the beginnings of these concepts. I emphasize the role played by the World Health Organization (WHO) and UNICEF in primary health care and selective primary health care. The examples are mainly drawn from Latin America. The work is complementary to recent studies on the origin of primary health care.¹

BACKGROUND AND CONTEXT

During the first decades of the Cold War (the late 1950s and early 1970s) the US was considered as a crisis of its own world hegemony—it was in this political context that the concept of primary health care emerged. By then, the so-called vertical health approach used in modern civilization by US agencies and the WHO since the late 1950s were being criticized. New proposals for health and development appeared, such as John Bryant's book *Health and the Developing World* (also published in Mexico in 1971), in which he questioned the transplantation of the hospital-based health care system to developing countries and the lack of emphasis on prevention. According to Bryant, "Large numbers of the world's people, perhaps more than half, have no access to health care at all, and for many of the rest, the care they receive does not answer the problems they have... the most serious health needs cannot be met by teams with

sperry gear and succoring syringes."²

In a similar perspective, Carl Taylor, founder and chairman of the Department of International Health at Johns Hopkins University, edited a book that offered Indian rural medicine as a general model for poor countries.³ Another influential work was by Kenneth W. Newell, a WHO staff member from 1967, who collected and examined the experiences of medical missionaries in developing countries. In *Health by the People*, he argued that "a strict health sectorial approach is ineffective."⁴ In addition, the 1974 Canadian Lalonde Report (named after the minister of health) deconstructed the importance attributed to the quantity of medical institutions and proposed 4 determinants of health: biology, health services, environment, and lifestyle.⁵

Other studies, written from outside the public health community, were also influential in challenging the assumption that health resulted from the transfer of technology or more doctors and more services. The

IVAN ILLICH NEMESIS MEDICA LA EXPROPIACION DE LA SALUD



Patogénesis, inmunidad y calidad de la salud pública

IVAN ILLICH



Profesora Janice Morse:

Me honra con su invitación a que me dirija a esta segunda asamblea de enfermeras que, como perros guardianes bien entrenados, han dedicado a la calidad de la salud pública. He sido invitado como autor de *Nemesis médica*, un libro publicado hace exactamen-

SOCRATES LITSIOS

THE LONG AND DI

The Christian Medical Commission and the Development of the **World Health Organization's Primary Health Care Approach**

Socrates Litsios, ScD

The primary health care approach was introduced to the World Health Organization (WHO) Executive Board in January 1975. In this article, I describe the changes that occurred within WHO leading up to the executive board meeting that made it possible for such a radical approach to health services to emerge when it did. I also describe the lesser-known developments that were taking place in the Christian Medical Commission at the same time, developments that greatly enhanced the case for primary health care within WHO and its subsequent support by nongovernmental organizations concerned with community health.



Health prosobers at the bedside of a sick child, Chikwathango Hospital.

OMS HRS

APPROACHES TO PLANNING AND DESIGN OF HEALTH CARE FACILITIES IN DEVELOPING AREAS

Volume 5

CROSS-NATIONAL ANALYSIS OF CASE STUDIES

Edited by

B. M. KLECZKOWSKI

*formerly of the Division of Strengthening of Health Services,
World Health Organization, Geneva, Switzerland*

C. MONTOYA-AGUILAR

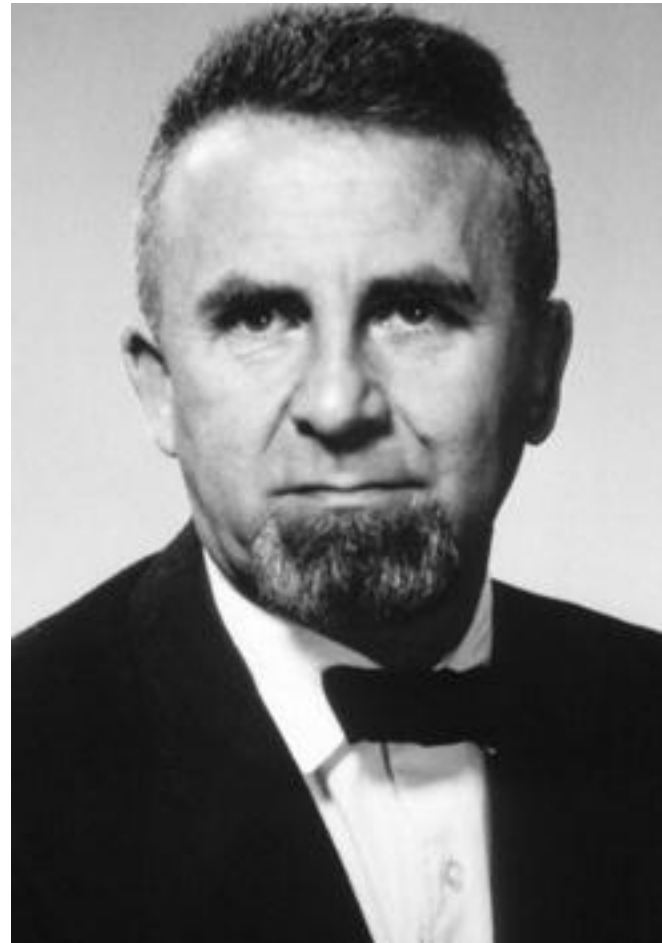
*Division of Strengthening of Health Services,
World Health Organization, Geneva, Switzerland*

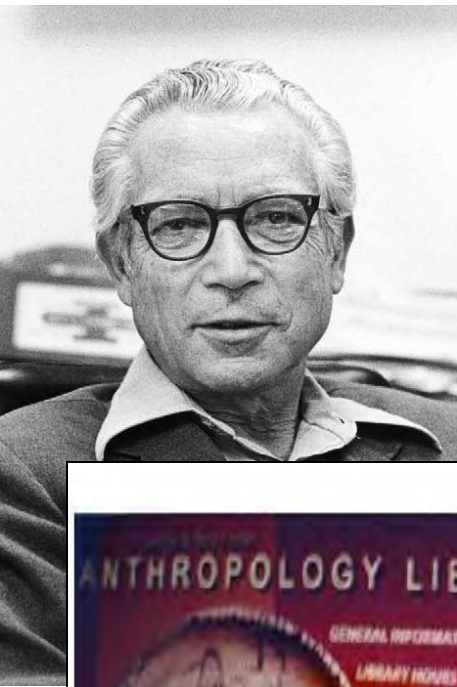
N. O. NILSSON

*Architect,
Gothenburg, Sweden*



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
1985

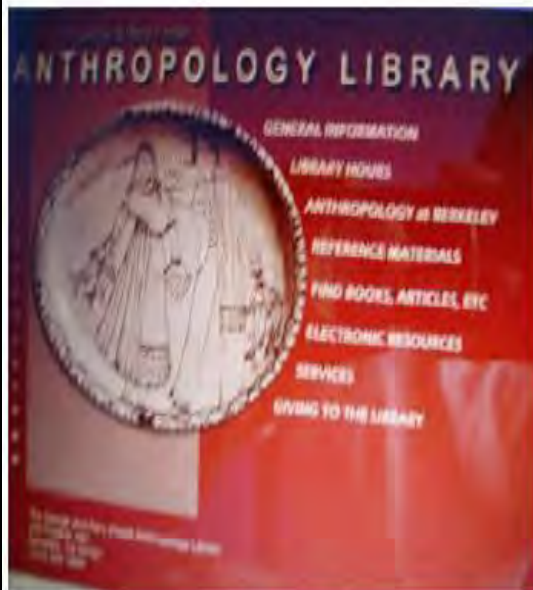




MILTON ROEMER

A Comprehensive Health Program among
South Africa Zulus pag.15-42.

- Lancet 2005

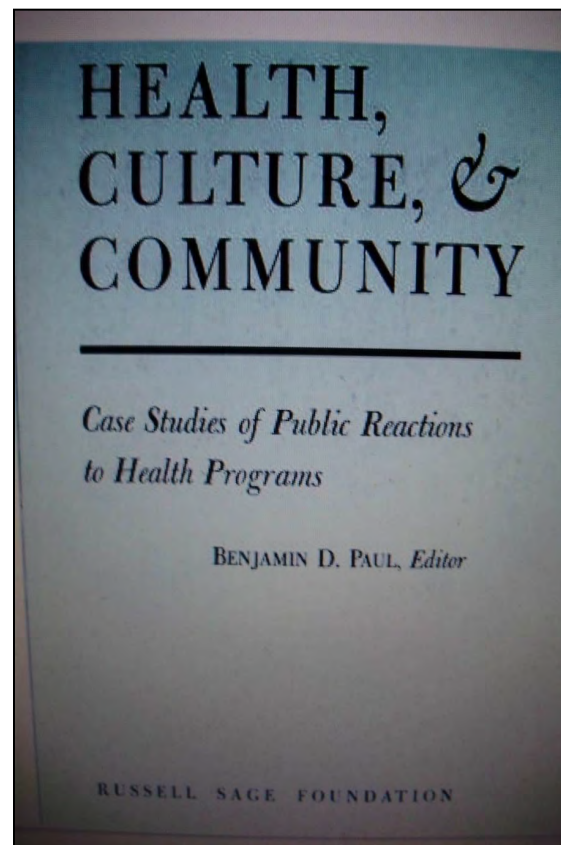


George M Foster

Problems in intercultural health programs 1958

The role of medical anthropology in primary health care

Community Development and Primary Health Care 1982



BD PAUL

AMJPH 1956-1958

Social Science in Public Health

BENJAMIN D. PAUL, Ph.D.

As public health does less and less to the people, and more and more with the people, good intentions will no longer be enough. How we may learn to work understandingly and productively with people is the burden of this provocative presentation.

✻ For several decades the comparative study of communities has been a central concern of the social scientist, whose primary aim is to discover the "properties" of human behavior. Knowledge of these properties is of particular interest to public health professionals whose characteristic object of concern is the social rather than the individual organism. In a manner of speaking social organisms have their own anatomies and physiologies. Although a community is composed of individual beings, the totality is much more than the sum of its parts; it has properties of its own.

Any community not only has a habitat; it also has its social structure (the way people relate themselves) and a corresponding cultural pattern consisting of shared ideas, attitudes, assumptions, and values. The sociocultural system of any group is as much a part of the people's environment as the physical and material surroundings in which they live. As such it plays an important role both in shaping the profile of health and illness and in influencing the outcome of programs to improve community health. Analysts of sociocultural systems can contribute their share to fundamental health research, especially where social factors have etiological significance, as in psychiatric and

1390

chronic diseases. They can also serve the cause of improving program implementation, particularly by assisting in the difficult task of program evaluation.

Evaluating Health Programs

Since the term "evaluation" often carries specialized technical connotations in public health work, the word "assessment" may be more convenient for present purposes. By and large, program performance can be assessed according to criteria of effort, effect or process, or any combination of these. The effort criterion measures the energy and action of the health team. By this method progress is reported in such terms as miles traveled, meetings attended, talks given, pamphlets distributed, movies shown, inquiries received, visits made, interviews held, patients attended. The effect criterion measures results of effort rather than the effort itself. Use of the effect method usually requires a clear declaration of program objectives. The project specifies what it aims to get done—what changes in incidence or attitude or organization it seeks to induce—then checks to see how much was accomplished in the indicated direction. The process criterion assesses the route by which the effect was achieved; if no significant changes are registered, it may still be constructive to analyze why the program went around in circles.

Assessment of Effort—The first of these three, the effort yardstick, draws its appeal from a number of circumstances. It is usually easier to maintain administrative statistics than to know or measure what is actually happening

THE ROLE OF BELIEFS AND CUSTOMS IN SANITATION PROGRAMS

Benjamin D. Paul, Ph.D.

MAN IS A BIOLOGICAL and social animal; he is also a cultural animal. He is cultural in that he runs his life and regulates his society not by blind instincts or detached reason alone, but rather by a set of ideas and skills transmitted socially from one generation to the next and held in common by the members of his particular social group. Culture is a blueprint for social living. Man resides in a double environment—an outer layer of climate, terrain and resources, and an inner layer of culture that mediates between man and the world around him. By applying knowledge which comes to him as part of his cultural heritage, man transforms his physical environment to enhance his comfort and improve his health. He also interprets his environment, assigning significance and value to its various features in accordance with the dictates of his particular culture. Among other things, culture acts as a selective device for perceiving and understanding the outer world. Since cultures vary from group to group, interpretations of the physical environment vary correspondingly.

Ordinarily people are unaware that culture influences their thoughts and acts. They assume their way is *the* way or the "natural" way. Interacting with others in their own society who share

their cultural assumptions, they can ignore culture as a determinant of behavior; as a common denominator, it seems to cancel out. An engineer can construct health facilities in his home area without worrying too much about the cultural characteristics of the people who will use the facilities. Sharing their habits and beliefs, he has in effect taken them into account. But in another country with another culture, his assumptions and those of the residents may not match so well. In parts of Latin America maternity patients of moderate means expect a private hospital room with an adjoining alcove to accommodate a servant or kinswoman who comes along to attend the patient around the clock. In parts of rural India the hospital should be built with a series of separate cooking stalls where the patient's family can prepare the meals, in view of cultural prohibitions against the handling of food by members of other castes. And of course the effect of cultural differences looms even larger where sanitation has to be built directly into the habit systems of people, rather than into structures and plants that serve the people.

Anyone familiar with the operation of technical assistance programs knows about the kind of behavioral differences I have mentioned. Unfortunately, how-

MILTON ROEMER



BENJAMIN DAVID PAUL
A Comprehensive Health Program among South Africa Zulus pag.15-42. Lancet 2005

Social Science in Public Health

BENJAMIN D. PAUL, PH.D.

As public health does not deal with the people, most assumptions will be made in error. How we now focus on work addresses and specifically how people in the border of the environment.

Since the term "evaluation" often signifies specialized medical assumptions in public health work, the word "assessment" may be more convenient for general purposes. By and large, program performance can be assessed according to criteria of effort, effort process, or any combination of these. The effort criterion measures the energy and vision of the health team. By this mental program is required in each term, as tables revealed, meetings attended, talks given, pamphlets distributed, movies shown, lectures recorded, visits made, interviews held, patients attended. The effort criterion measures results of effort rather than the effort itself. The effort method usually requires a clear declaration of program objectives. The program specifies what it aims to get done—what changes in behavior or attitude or organization it seeks to induce—then checks to see how well it is doing.

Any community not only has a habit but also has its social structure (the way people relate themselves) and a corresponding cultural pattern consisting of shared ideas, attitudes, customs, laws, and values. The sociological context of any group is as much a part of the people's environment as the physical and material surroundings to which they live. As such it plays an important role both in shaping the profile of health and disease and in influencing the outcome of attempts to improve community health. Analysis of sociological patterns can combine their share in environmental health research, especially where social factors have ethnological significance, as in psychiatric and

chronic diseases. They can also serve the cause of improving program implementation, particularly by pointing to the difficult task of program evaluation.

Evaluating Health Programs

Since the term "evaluation" often signifies specialized medical assumptions in public health work, the word "assessment" may be more convenient for general purposes. By and large, program performance can be assessed according to criteria of effort, effort process, or any combination of these. The effort criterion measures the energy and vision of the health team. By this mental program is required in each term, as tables revealed, meetings attended, talks given, pamphlets distributed, movies shown, lectures recorded, visits made, interviews held, patients attended. The effort criterion measures results of effort rather than the effort itself. The effort method usually requires a clear declaration of program objectives. The program specifies what it aims to get done—what changes in behavior or attitude or organization it seeks to induce—then checks to see how well it is doing.

Any community not only has a habit but also has its social structure (the way people relate themselves) and a corresponding cultural pattern consisting of shared ideas, attitudes, customs, laws, and values. The sociological context of any group is as much a part of the people's environment as the physical and material surroundings to which they live. As such it plays an important role both in shaping the profile of health and disease and in influencing the outcome of attempts to improve community health. Analysis of sociological patterns can combine their share in environmental health research, especially where social factors have ethnological significance, as in psychiatric and

THE ROLE OF BELIEFS AND CUSTOMS IN SANITATION PROGRAMS

Benjamin D. Paul, Ph.D.

As a sociological and social scientist, he is also a cultural scientist. He is cultural in that he runs his life and regulates his society not by blind instincts, or detached science alone, but rather by a set of ideas and skills transmitted socially from one generation to the next and held in common by the members of his particular social group. Culture is a blueprint for social living. Man resides in a double environment—on one level of climate, terrain and resources, and on the other level of culture which comes to him as part of his cultural heritage, man transcends his physical environment to embrace his comfort and improve his health. He also interprets his environment, assigning significance and value to its various features in accordance with the dictates of his particular culture. Among other things, culture acts as a selective device for perceiving and understanding the outer world. Since cultures vary from group to group, interpretations of the physical environment vary correspondingly.

Obviously people are unaware that culture influences their thoughts and acts. They assume their way is the way or the "natural" way. Interestingly with others in their own society who share their cultural assumptions, they may ignore culture as a determinant of behavior; as a common denominator, it seems to cancel out. An engineer constructs health facilities in his home area without worrying too much about the cultural characteristics of the people who will use the facilities. Sharing their habits and beliefs, he has in effect taken them into account. But in another country with another culture, his assumptions and those of the consultants may not stand so well. In parts of Latin America naturally patients of medicine consult a private hospital room with an adjoining altar to accommodate a sacred shrine. Women who come along to attend the patient around the clock. In parts of rural India the hospital should be built with a series of separate cooking stalls where the patients' family may prepare the meals, in view of cultural prohibitions against the handling of food by members of other castes. And of course the effect of cultural differences becomes even larger where sanitation has to be built directly into the habit systems of people, rather than into structures and plants that serve the people.

Anyone involved with the operation of technical assistance programs, knows about the kind of behavioral differences I have mentioned. Unfortunately, how-

COMMUNITY INTERORGANIZATIONAL PROBLEMS IN PROVIDING MEDICAL CARE AND SOCIAL SERVICES

Sol L. Linn, Ph.D., Paul E. White, and Benjamin D. Paul, Ph.D.

FACILITATING communication among local health and welfare organizations has been a major objective of public health administrators and community organizers. Their writings contain many assertions about the desirability of improving relationships in order to reduce gaps and overlaps of medical services to recipients,¹ but, as yet, little effort has gone into making objective appraisals of the interrelationships that actually exist within any community. We have sociologists doing much in paving the way for the practitioner. Although sociologists have devoted considerable attention to the study of formal organizations, their chief focus has been on patterns within rather than between organizations. Only recently have they begun to investigate the area of interorganizational relationships.²

During the past four years we have been studying relationships among health and welfare agencies in four north-eastern communities. Some of our findings appear to have fairly clear implications for the general objective of mobilizing community health and welfare services.

Multiple Sources of Authority and Conflicting Goals

Looking at the health and welfare system in the community, we quickly became aware of an array of diverse organizations, each of which is relatively autonomous and has a separate locus of authority. There are, for example, different levels of official government represented in most large size American communities. We may find a local health or welfare department, a district or regional health office, a state rehabilitation agency, and a U. S. Veterans Administration clinic. Voluntary agencies within the community also show variation with respect to the locus of their authority. On the one hand are what might be termed the "corporate" health agencies like the National Foundation, American Heart Association, and the American Cancer Society, where authority is delegated from the national or state organization to the local chapter or affiliate. On the other hand there are "independent" organizations like the Visiting Nurses Association and the Family Service, which delegate authority to the

CHAPTER 5

The Operation of a Death Squad in San Pedro la Laguna

By Benjamin D. Paul and William J. Demarest

In 1941, when one of us (Paul) first worked to peaceful San Pedro la Laguna, there was no sign that the Maya Indians of highland Guatemala were destined to be caught in the toils of a brutal civil war and that the trouble would eventually reach the shores of Lake Atitlan, claiming the lives of informants who had become good friends in the course of a dozen return visits during the missing years. San Pedro, an all-Indian town, has proved to be an instructive example of the process of rapid social transformation at the community level. The shift from a predominantly subsistence economy to a mainly market economy has been accompanied by remarkable changes in San Pedro's technology, political system, and religious organization. Gone are the six *cofrades* (religious brotherhoods) and their colorful processions on saints' days. Gone, too, is the monopoly enjoyed by traditional Catholicism; a vigorous Protestant movement has generated fourteen separate fundamentalist churches, embracing nearly 40 percent of the town's six thousand inhabitants.

By the time of our visit to San Pedro in 1975, the massacre of the K'iche' Indians at Panzós had already been condemned in the world press. But Panzós seemed remote from the tranquil Lake Atitlan area, and guerrilla action far to the north and west was scarcely in the news. The purpose of our 1979 trip was to gather information on social change at San Pedro. San Pedro had contributed more migrants to the army than other Indian municipalities in the area, and we knew that one reason for this was prior experience in Guatemala City of Palenque who had been volunteering for two-year hitch in the army ever since



HEALTH, CULTURE, & COMMUNITY

*Case Studies of Public Reactions
to Health Programs*

BENJAMIN D. PAUL, *Editor*

RUSSELL SAGE FOUNDATION

CONTENTS

<u>FOREWORD BY HUGH B. LEAVELL</u>	<u>iii</u>
<u>INTRODUCTION: Understanding the Community</u>	<u>i</u>
<u>Scope and Purpose of the Book</u>	<u>ii</u>
<u>Organization of the Cases</u>	<u>4</u>
<u>PART I. REEDUCATING THE COMMUNITY</u>	
<u>1. A Comprehensive Health Program Among South African Zulus</u>	<u>15</u>
<u>BY JOHN GARSEL</u>	
<u>2. Mental Health Education in a Canadian Community</u>	<u>43</u>
<u>BY JOHN CUMMING AND ELAINE CUMMING</u>	
<u>3. Water Boiling in a Peruvian Town</u>	<u>71</u>
<u>BY EDWARD WELLEN</u>	
<u>PART II. REACTION TO CRISES</u>	
<u>4. Medicine and Faith in Rural Rajasthan</u>	<u>107</u>
<u>BY G. MORRIS GARSTAIRS</u>	
<u>5. A Cholera Epidemic in a Chinese Town</u>	<u>135</u>
<u>BY FRANCIS L. K. HSU</u>	
<u>6. Diphtheria Immunization in a Thai Community</u>	<u>155</u>
<u>BY L. M. HANKS, JR., JANE R. HANKS, AND OTHERS</u>	
<u>PART III. SEX PATTERNS AND POPULATION PROBLEMS</u>	
<u>7. Birth Control Clinics in Crowded Puerto Rico</u>	<u>189</u>
<u>BY J. MAYORNE STYCKIS</u>	
<u>8. Abortion and Depopulation on a Pacific Island</u>	<u>211</u>
<u>BY DAVID M. SCHNEIDER</u>	

ALMA ATA

ICPHC/Alma/78.1a
ANNEX I

 INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE
CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES 

(organized by WHO and UNICEF) (organizado por OMS et UNICEF)

Alma Atu, USSR, 6-12 September 1978 Alma Atu, URSS, 6-12 septembre 1978

ICPHC/Alma/78.1

LIST OF PARTICIPANTS
LISTE DES PARTICIPANTS

CHILE - CHILI

M. Hernán SURDILES
Chef des Conseillers sur les Affaires sociales
Bureau de la Planification nationale (ODEPLAN)
Santiago

Dr Hector Fernando CONCHA
Chef du Département technique du Service
national de la Santé
Ministère de la Santé publique
Santiago

Dr Francisco QUEBENY
Directeur général du Service national
de Santé
Santiago

COLOMBIA - COLOMBIE (Continued) (Suite)

Dr Abraham COJOCARU-SECURANSKY
Médecin-administrateur en chef
Cali

Dr Roberto LIPVANO PERDOMO
Vice-Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Bogotá

Dr German PERDOMO GORDOIA
Chef du Service de la Santé
Département de la Planification nationale
Bogotá

Dr Luz URIBE NARANJO
Secrétaire général, Ministère de la Santé
Bogotá

ARGENTINA - ARGENTINE

Dr David BERSH ESCOBAR
Directeur de la Division de la Santé, MEDICAFE
Buenos Aires

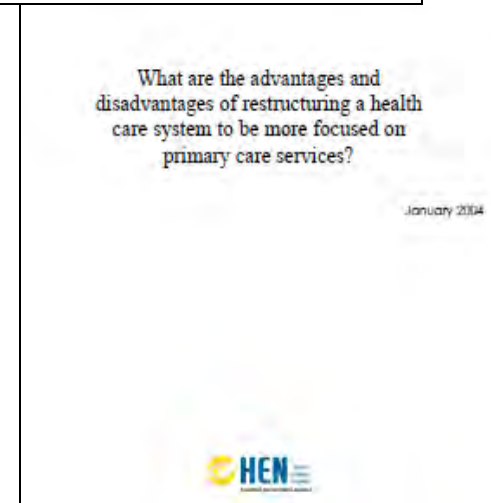
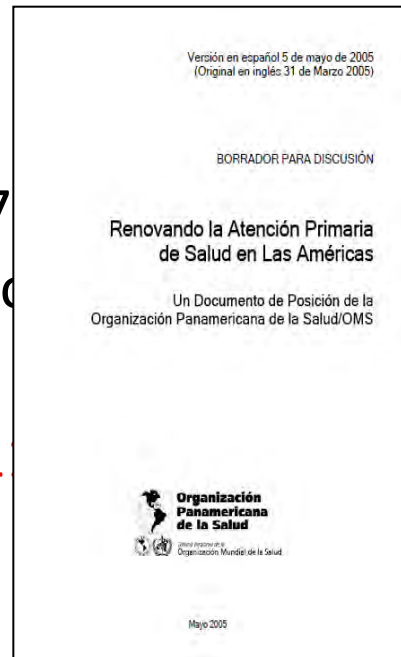


CONFERENCIAS INTERNACIONALES APS- PS

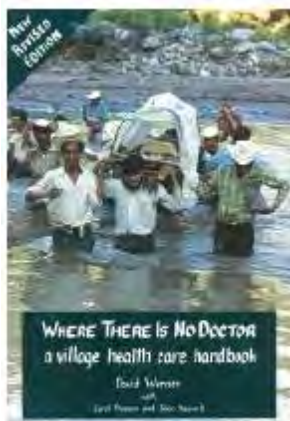
Resurgimiento de la AP

- 1. Alma Ata 1978.
- 2. Riga 1988
- 3. Alma Aty 1993.
- 4. Alma Aty 1998.
- 5. Madrid 2003
- 6. Buenos Aires 2007
(Reunión Montevideo 2005)
- 7. Rio de Janeiro 2011

Ottawa en 1986,
Adeaida en 1988,
Santa fe de Bogotá en 1992,
Del Caribe en 1994,
Yakarta en 1997
Mexico 2000
Bangkok 2005



DEBATES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD



ASAMBLEA MUNDIAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS 2
 17-21 Julio 2005
 Cuenca - Ecuador

¡LAS VOCES DE LA TIERRA NOS CONVOCAN!

CONSTRUYAMOS UN MUNDO SALUDABLE

HEALTH FOR ALL NOW!



REVIVE A

EL MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS PHM/MSP

CONVOCA

III Asamblea de Salud de los Pueblos

ASP3

El Movimiento por la Salud de los Pueblos (PHM/MSP) convoca un encuentro que reflexione y actúe en defensa de salud organizada, en un espacio de participación democrática con el mundo en particular de países de América Latina y el Caribe. El encuentro será organizado por el PHM/MSP.

Este es el momento que propicia la convocatoria para que la salud pública y la organización de PHM/MSP se articule en la Organización de Estados Americanos (OEA) y el Consejo de las Américas. Es el momento de la salud, articulada a través del movimiento y que se convoca a la organización de PHM/MSP en América Latina y el Caribe. El encuentro será organizado por el PHM/MSP y el Consejo de las Américas.



grupo comunitarios

APS

- Valores, principios y elementos esenciales (ya presentados en los documentos de Renovación de APS).
- Áreas programáticas (componentes específicos de la APS en términos de gestión de programas generales de salud o para grupos, ya presentados en los documentos de APS).
- Redes de servicios de salud.
- Objetivos, Metas e indicadores.

Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y hoja de ruta para su implementación. Serie Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No.4. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2010.



Enfoques de APS (OPS 2007)

Enfoques de Atención Primaria de Salud y Organización de Servicios de Salud

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
Atención Primaria de Salud selectiva	Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo ²⁰ . Los principales servicios, conocidos como GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluyen los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres
Atención Primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces ²¹ . Este es el concepto de Atención Primaria de Salud más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud
"Atención Primaria de Salud Integral" de Alma Ata	La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud" ²² .	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud ²³ . Difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más "globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos" de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud ²⁴ .	Filosofía que impregna el sector social y de salud



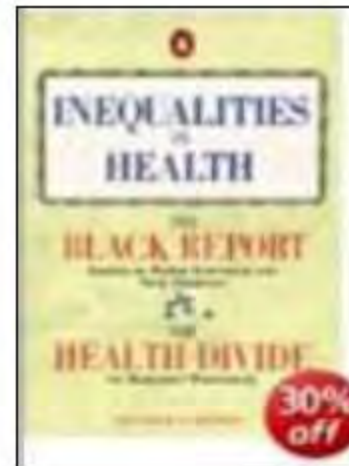
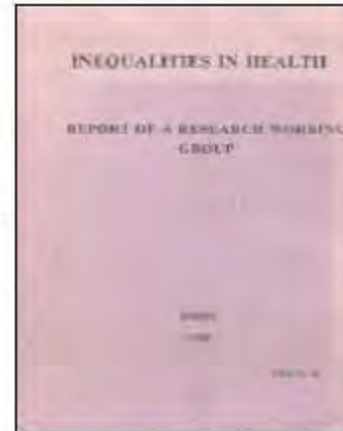
La Renovación de la Atención
Primaria de Salud en las Américas

Documento de Posición de la
Organización Panamericana de la
Salud/Organización Mundial
de la Salud (OPS/OMS)

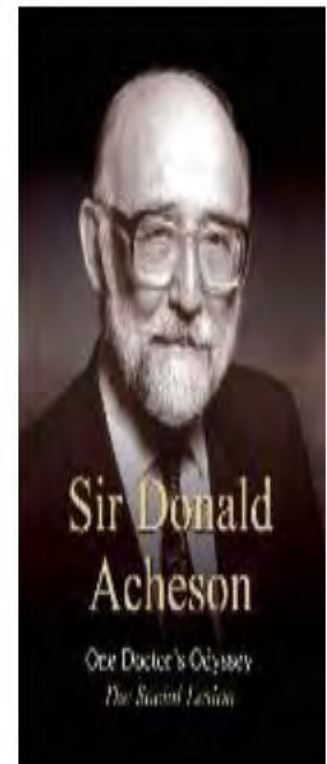
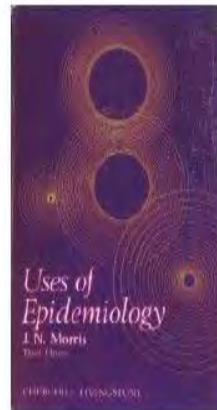
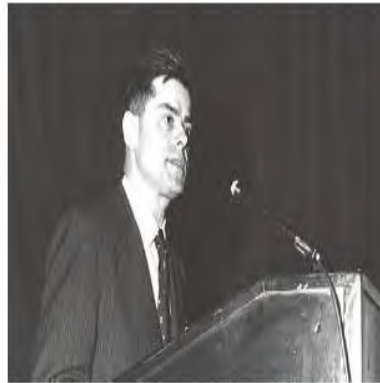


APS Y DETERMINANTES SOCIALES

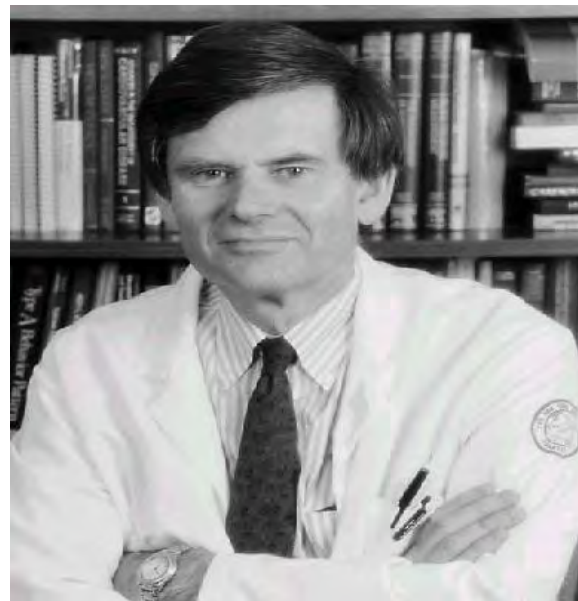
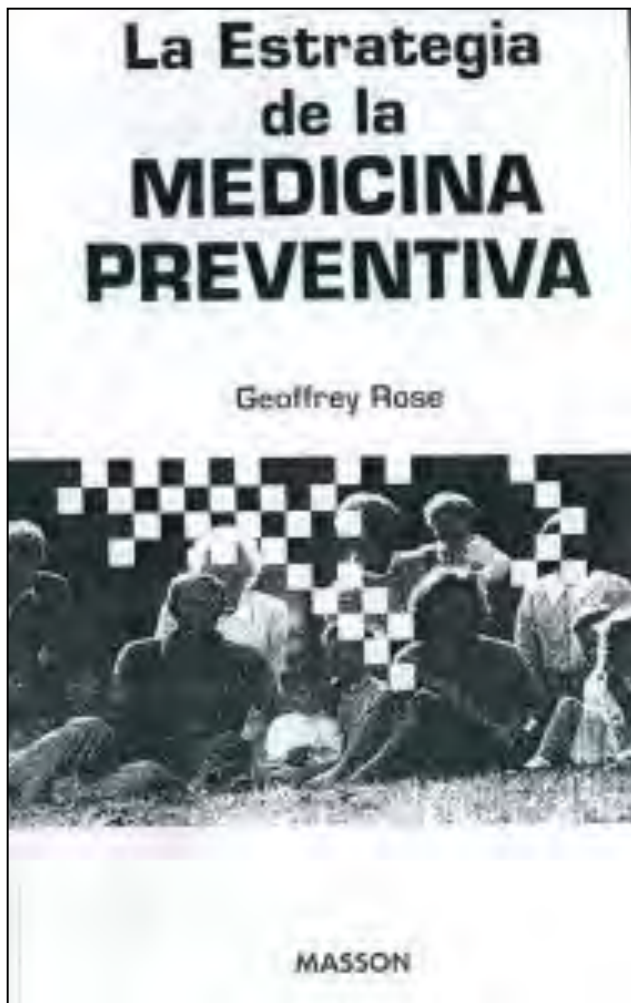
El informe fue encargado en 1977 por el Secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista. El grupo de investigación fue dirigido por la persona que le dio el nombre **Sir Douglas Black**, presidente del Colegio de médicos británicos.



Informe Acheson 1998 (1926-2010)



GEOFFREY ROSE (1926-1993)



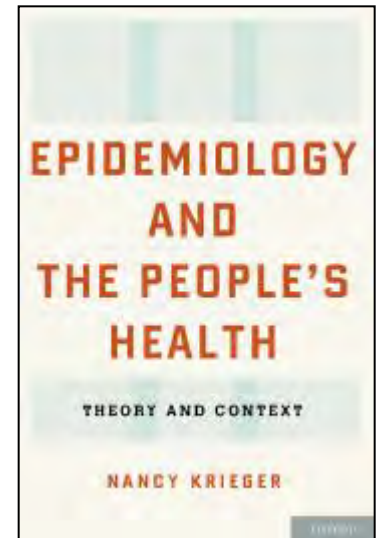
THOMAS GEORGE PICKERING
1940-2009



ANCEL KEYS 1904-2004



LEONARD SYME



APS Y DETERMINANTES SOCIALES



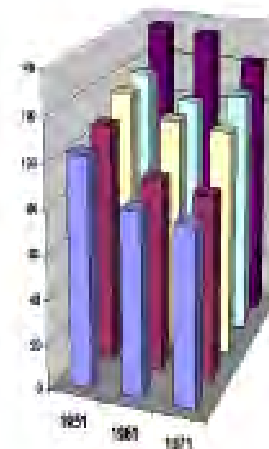
investigación consistió en el seguimiento durante más de 10 años (1967-1982) del estado de salud de 17.500 funcionarios del estado (varones entre 20 y 64 años) del complejo administrativo de Whitehall en Londres.

Se comprobó como las tasas de mortalidad (especialmente por enfermedades cardiovasculares coronarias, como el infarto agudo de miocardio) eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica en comparación con los niveles ejecutivos cercanos al nivel político.

Fuente: Marmot, M.G. and Shipley, M.J. Do socioeconomic differences in health persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. BMJ, 1996; 313: 1177-80.



Whitehall (Londres)



Tasa de mortalidad estandarizada por 100.000 entre 15 a 64 años por clase ocupacional

- I Profesional
- II Intermedias
- III Cualificados manuales y no manuales
- IV Parcialmente cualificados
- V No cualificados

APS Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN AMERICA LATINA

Temas de actualidad / Current topics

Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos

Celia Iriart,¹ Howard Waitzkin,¹ Jaime Breilh,² Alfredo Estrada³ y Emerson Elias Merhy⁴

La medicina social latinoamericana es un campo de conocimiento y práctica muy importante, pero poco conocido por quienes ejercen la medicina y la salud pública, y sobre todo por quienes no pueden acceder a la información escrita en español y portugués. Por este motivo, hemos desarrollado una investigación sobre este campo científico en la que, además de la revisión de 350 artículos, libros, capítulos, trabajos presentados en congresos e informes de investigación (publicados o no), escritos en español o en portugués desde la década de los sesenta hasta la actualidad, hemos realizado 24 entrevistas en profundidad y 10 entrevistas informales con líderes y participantes activos de la medicina social.

Este artículo presenta el contexto en el que surgió la medicina social, las diferencias entre ella y la salud pública, sus teorías, métodos y debates, los principales temas o problemas considerados, y los desafíos que supone su difusión entre los anglohablantes y los profesionales de la medicina y la salud pública. Con anterioridad se han publicado dos artículos en inglés. El primero, publicado en *The Lancet*, presenta una revisión crítica del trabajo de los principales grupos de la medicina social en Argentina, Brasil, China, Colombia, Cuba, Ecuador y México (1). El otro, publicado en *American Journal of Public Health*, describe la historia del campo, los debates, los enfoques teóricos, metodológicos y técnicos, y los principales temas (2). La gran repercusión de estos dos artículos y el deseo manifestado por médicos y profesionales de la salud pública de América Latina de poder contar con este tipo de artículos en español nos mostró la importancia de difundir la medicina social también entre los hispanohablantes.

En el texto usaremos el nombre de medicina social, adoptado en la mayoría de los países latinoamericanos. Sin embargo, es oportuno aclarar que en Brasil la corriente ha adoptado el nombre de salud colectiva porque el movimiento sanitario surgió en ese país considerado importante destacar que sus análisis del conjunto de las prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad y su tratamiento, y el acto médico, como eje central del proceso salud/enfermedad/atención. Asimismo, consideraron que había que resaltar la noción de que en un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico como en las posibilidades de transformación (3, 4).

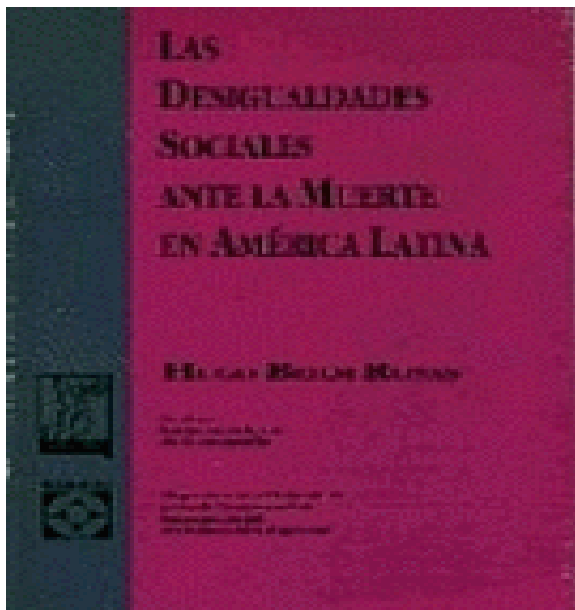
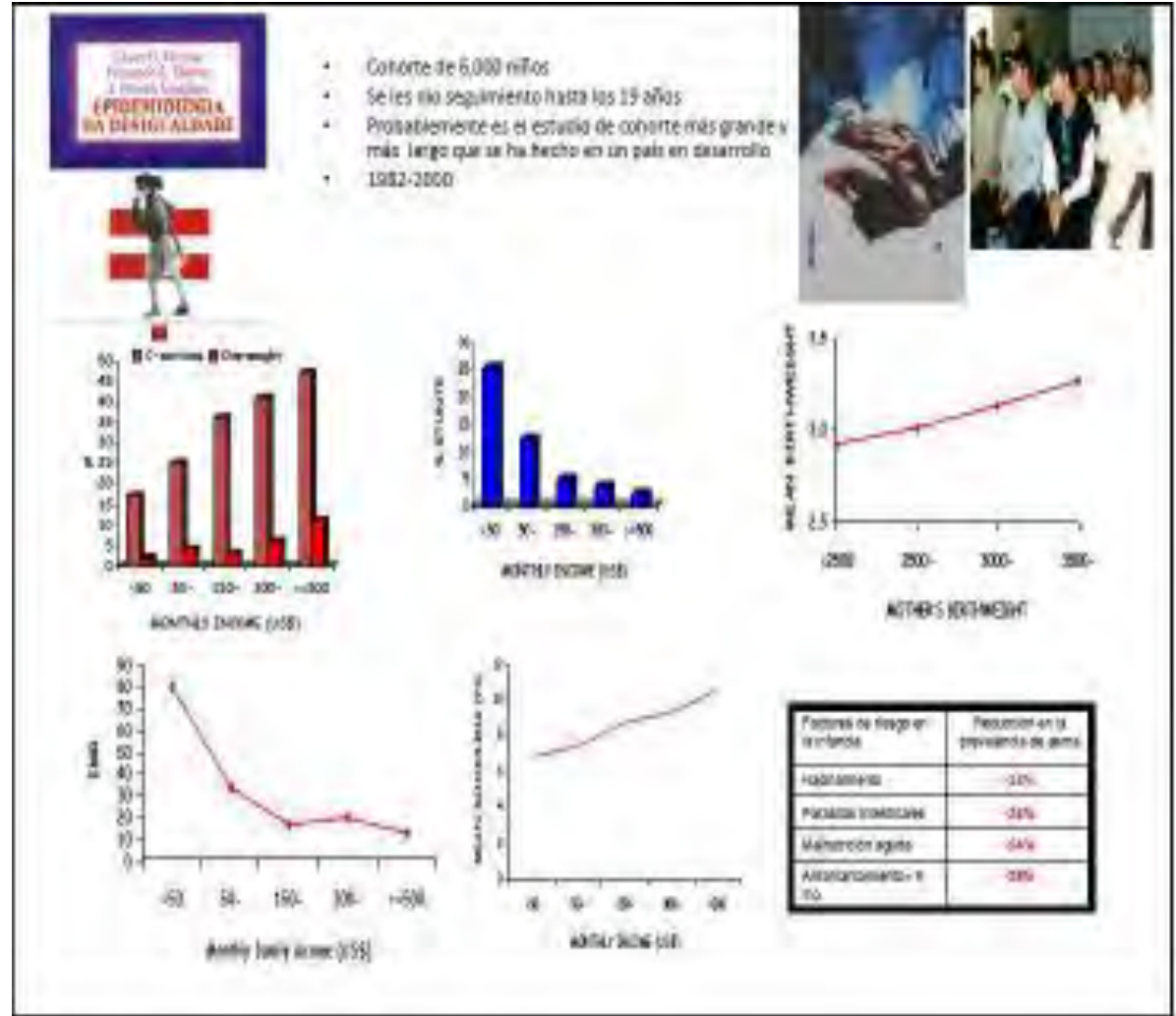
Palabras clave: medicina social, América Latina, salud pública, difusión, Internet, base de datos.

¹ Division of Community Medicine, Department of Family and Community Medicine, School of Medicine, University of New Mexico La Plata, Albuquerque, New Mexico, USA.
² Division of Community Medicine, Department of Family and Community Medicine, School of Medicine, University of New Mexico La Plata, Albuquerque, New Mexico, USA.
³ Programa Saúde da Família, Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEAS), Quilômetro 10, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
⁴ Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social (GICAM), Santiago, Chile.
⁵ Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

128

Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 13(2), 2002

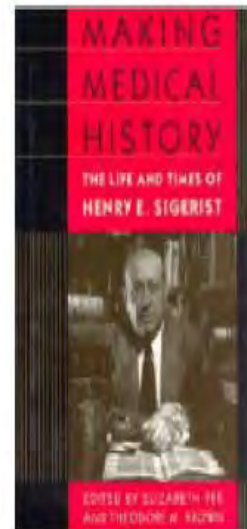
AMERICA LATINA



DETERMINANTES SOCIALES EN AMERICA LATINA



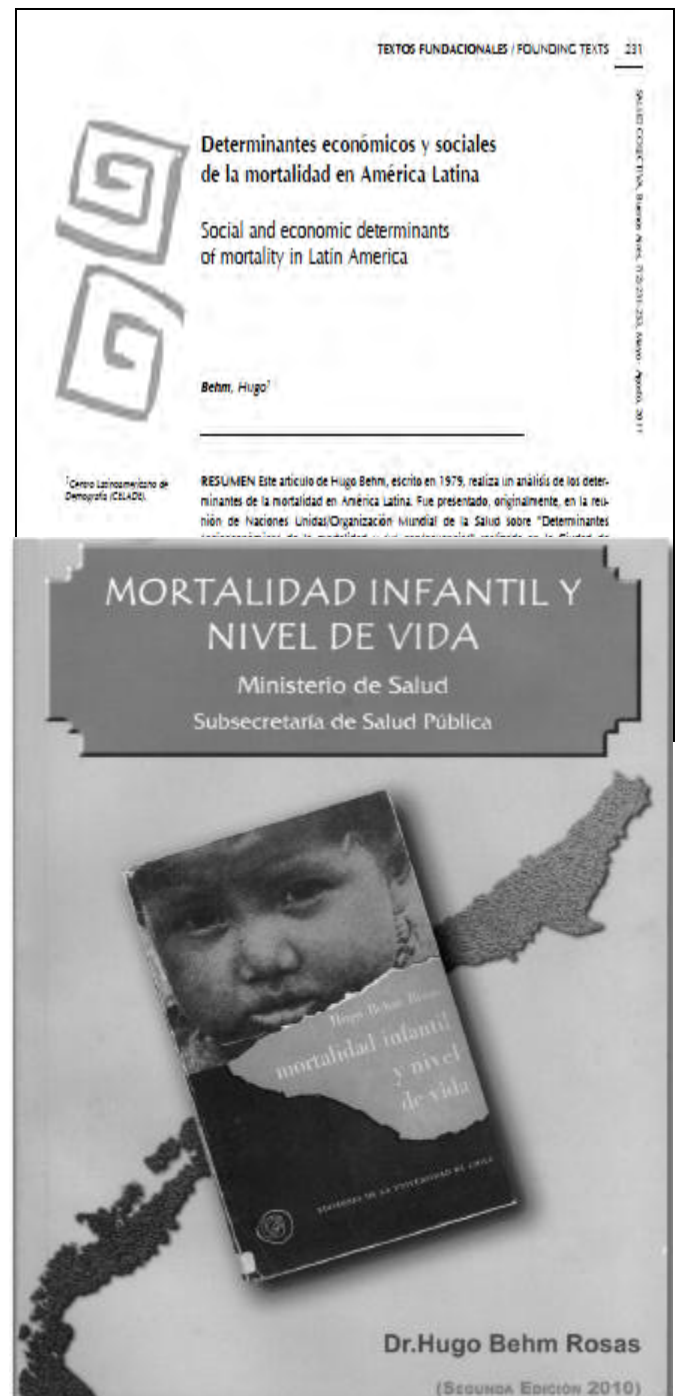
- RUDOLF VICHOW
- MAX WESTENHOFER
- SALVADOR ALLENDE



HUGO BEHM (1913-2011)



“El derecho a la vida es el más elemental de los derechos del hombre. Los centenares de miles de latinoamericanos que mueren cada año por causas que pueden y deben ser evitadas, significan una intolerable agresión a la gran mayoría de los casi 400 millones de habitantes de la región, en especial para aquellos que están más desfavorecidos y sometidos a mayor explotación” (1984).



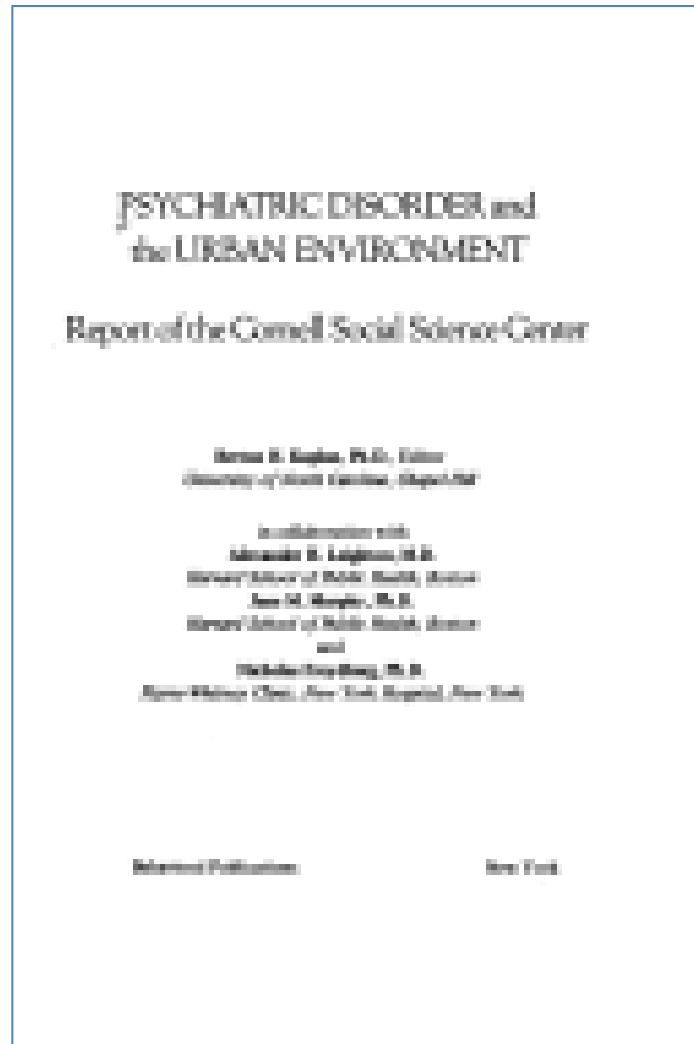
**Y EN ESA BUSQUEDA DE LAS
RAICES**

PERSONAS

MILTON, RUTH, JOHN, BETH ROEMER



BERTON KAPLAN



Franco Basaglia

LA LIBERTAD TERAPEUTICA



- Esperienza del Hospital Siquiatrico de Gorizia
- Incorporacion de personas afectadas
- Politica de salud mental Ley 180 de 1978 Ley Basaglia.
- Experiencias en America Latina.

LA APS Y SU PAPEL EL DESARROLLO DE LA ESTRUCTURA SANITARIA Y DE SEGURIDAD SOCIAL

1938-1958

Cuadro No.3. Organización de la estructura sanitaria y de seguridad social Colombia 1938 a 1958

AÑOS	PRESIDENTE	MINISTRO DE SALUD	DURACION	EVENTO DESTACABLE
1938	ALFONSO LOPEZ PUMAREJO	pese a lo recomendado por la academia nacional de medicina no se establece el Ministerio De Salud	1934-1938	"La Revolución en Marcha" 1938 creación del MINISTERIO DE TRABAJO, HIGIENE Y PREVISION SOCIAL ley 96 de 1938 INAUGURACION DEL INSTITUTO FEDERICO LLERAS ACOSTA
1940 a 1943	EDUARDO SANTOS	JOSE JOAQUIN CAICEDO CASTILLA	1938-1942 1939	"Gran pausa en las Reformas" Visita de Nelson Rockefeller Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
1942 A 1945	ALFONSO LOPEZ PUMAREJO	ARCESIO LONDONO PALACIOS	1942	Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión social
1943 a 1944	DARIO ECHANDIA OLAYA	JORGE E GAITAN – Ministro del trabajo, higiene y prevision social MOISÉS PRIETO	Octubre de 1943 a junio de 1944 1944	Fortalecimiento del sindicalismo, de la clase trabajadora y las agremiaciones La Sanidad en Colombia (documento sobre la una politica de salud para el pais articulada)
1945-1946	ALFONSO LOPEZ PUMAREJO ALBERTO LLERAS CAMARGO	(ADAN ARRIAGA ANDRADE Ministro de Trabajo, Higiene y prevision social) ABELARDO FORERO ALBERTO CAMACHO	1942 1943 1945-1946	Creación de la confederación nacional de trabajadores CREACION DE LA CAJA NACIONAL DE PREVISION – Origen del sistema de seguridad social en Colombia
1946 a 1950	MARIANO OSPINA PEREZ	BLAS HERRERA ANZOATEGUI JORGE BEJARANO	1946 1946 1947	Ley 27 de 1946 crea el Ministerio de Higiene (con propuesta legislativa de Jorge Bejarano) Ley 90 de 1946 crea el INSTITUTO

		PEDRO ELISEO CRUZ JORGE BEJARANO JORGE CAVELIER	1948 1949	COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES adscrito al ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social
1950 a 1951	LAUREANO GOMEZ	ALFONSO CARVAJAL PERALTA		Creación de las Cajas de Compensación Familiar
1951 a 1953	ROBERTO URDANETA	MIGUEL ANTONIO RUEDA ALEJANDRO JIMENEZ ARANGO ALFONSO TARAZONA	1951 1952 1953	El Decreto 984 de 1953 crea el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Creación del Departamento de Salud Pública de la U del Valle
1953 a 1958	Tte. Gr. GUSTAVO ROJAS PINILLA	BERNARDO HENAO MEJIA CÁSTOR JARAMILLO ARRUBLA CARLOS MARQUEZ VILLEGAS GABRIEL VELASQUEZ PALAU	1953 a 1954 1954 1955	Creación del Departamento de Salud Pública de la U de Antioquia 1956, se crea el INSTITUTO DSE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ESPECIALES SOBRE DERMATOLOGIA Y LEPROA
1957	My. Gñ GABRIEL PARIS	JUAN PABLO LLINAS	1957	JUNTA MILITAR DE GOBIERNO Gran influencia del SCISP (Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública) durante la década de los cincuenta

Cuadro No. 4. Organización de la estructura sanitaria y de seguridad social Colombia 1958-1970.

ANOS	PRESIDENTE	MINISTRO DE SALUD	DURACION	EVENTO DESTACABLE
1958 a 1962	ALBERTO LLERAS CAMARGO	ERNESTO GUTIERREZ	1958	1960 creación del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD 1960 Salud como inversión y no como gasto
		RAMON LONDOÑO PELAEZ	1958	
		ALEJANDRO JIMENEZ CAMARGO	1959	
		ALONSO CARVAJAL PERALTA		
		JOSE ANTONIO JACOME B	1959	
		ALVARO DE ANGULO	1960	
		ALFONSO OCAMPO LONDOÑO	1960-1961	
1962 a 1966	GUILLERMO LEON VALENCIA	JOSE FELIX PATINO	1962-1963	Ley 12 de 1963 Plan Nacional Hospitalario ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA Decreto 1499 de 1966 Creación de los Servicios Seccionales de Salud Decreto 3224 de 1966 establece la integración entre niveles
		FERNANDO SERPA F	1963	
		SANTIAGO RENGIFO	1963	
		GUSTAVO ROMERO H	1964	
		JUAN JACOBO MUÑOZ	1965-1966	
			1966	
1966 a 1970	CARLOS LLERAS RESTREPO	ANTONIO ORDOÑEZ PLAJA	4 años	CREACION DEL FONDO NACIONAL HOSPITALARIO 1967 PLAN NACIONAL DE SALUD CREACION DEL ICBF 1968 1969 Plan Nacional Hospitalario, Regionalización de los servicios con 4 niveles de atención médica Decreto 2470 de 1968 por el cual se reorganiza Minsalud

SUBSECTOR	CARGO		MEDICO		ODONTOLOGOS		ENFERMERAS	
	\$	%	\$	%		%		%
Oficial y Mixto	26260	57,88	5.473	58,20	767	51,24	561	55,33
Descentralizado	4218	9,20	987	10,50	215	14,36	109	10,38
I.C.S.S.	9454	20,84	2345	24,94	498	33,27	231	22,00
Privado	5435	11,98	599	6,37	17	1,14	129	12,29
Total Gral	45367	100	9.404	100	1497	100,00	1050	100,00

fuerce Informe del Ministerio de Salud al Congreso de la República 1971-1972

Hospitales	TOTAL	ESE	%
I nivel	28	23	82
II nivel	125	110	90
III nivel	354	194	55
TOTAL	507	337	66

Cuadro No.5. Organización de los servicios sanitarios, Colombia desde 1970 a 1990

ANOS	PRESIDENTE	MINISTRO DE SALUD	DURACION	EVENTO A DESTACAR
1970 a 1974	MISAEAL PASTRANA BORRERO	JOSE IGNACIO DIAZ GRANADOS	1970	Construcción de bases para el Sistema nacional de salud
		JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI	1971	
			1971	
1974 a 1978	ALFONSO LOPEZ MICHELSEN	ARNOLDO CALVO NUNEZ	1974	Decreto 056 de 1975 Organización del SNS Sistema Nacional de Salud, organizado en tres niveles: Nacional, Departamental y Municipal. Reorganización Del ICSS
		RAUL OREJUELA BUENO	1975	
1978 a 1982	JULIO CESAR TURBAY AYALA	ALFONSO JARAMILLO SALAZAR	4 ANOS	Inicia Descentralización de Programas entre ellos el de control de Lepra
1982 a 1986	BELISARIO BETANCOURTH	JORGE GARCIA GOMEZ	1982	La participación de Los recursos para el sector salud del total del presupuesto nacional se redujo Del 8% al 4%
		JAIME ARIAS	1983	
		EFFRAIN OTERO RUIZ	1985	
1986 a 1990	VIRGLIA BARCO VARGAS	JOSE GRANADOS RODRIGUEZ EDUARDO DIAZ URIBE	1986-1988 1988-1990	Ley 10 de 1990 Ley 60 de 1990 consolidación del modelo faculta para que el 25% de las transferencias de los ingresos corrientes de la nación se destinan al sector salud en el nivel municipal.

Niveles	1993 a	2000 b
Nivel 1	42 %	34%
Nivel 2	58 %	71%
Nivel 3	75 %	85%
Total		55%

1966-1975

Cuadro No.6. Estructura sanitaria y de seguridad social, Colombia de 1990 al 2000

AÑO	PRESIDENTE	MINISTRO DE SALUD	DURACION	EVENTO A DESTACAR
1990 a 1994	CESAR GAVIRIA TRUJILLO	ANTONIO NAVARRO	1990	Ley 60 de 1993 señala distribución de competencias en los niveles territoriales y los recursos del situado fiscal para las regiones
		CAMILO GONZALEZ	1990-1992	
		GUSTAVO DE ROUX	1992-1993	
		JUAN LUIS LONDOÑO	1993-1994	Ley 100 de 1993 crea el sistema de seguridad social integral
1994 a 1998	ERNESTO SAMPER PIZANO	ALONSO GOMEZ DUQUE	1 AÑO	Implementación de la reglamentación Leyes 60 y 100: Ej.
		AUGUSTO GALAN SARMIENTO	6 MESES	Res.5165: criterios y procedimientos planes sectoriales y de descentralización de la salud.
		MARIA TERESA FORERO	2,5 AÑOS	Res. 4288/96: Define el PAB del SGSSS
1998-2002	ANDRES PASTRANA ARANGO	VIRGILIO GALVIS RAMIREZ SARA ORDOÑEZ NORIEGA	2000-2002	Agudización de la crisis del ISS

Cuadro No.7. Estructura sanitaria y de seguridad social, Colombia 2000 a 2008

AÑO	PRESIDENTE	MINISTRO	DURACION	EVENTO A DESTACAR
2002 a 2006	ALVARO URIBE VELEZ	JUAN LUIS LONDOÑO	2002 a 2003	Fusión de los ministerios de Salud y de Trabajo en uno llamado Ministerio de la protección social
		DIEGO PALACIO Ministro de la Protección Social	2003-2006	
2006 a 2010	ALVARO URIBE VELEZ	DIEGO PALACIO BETANCOURTH	2006	LEY 1122 DE 2007

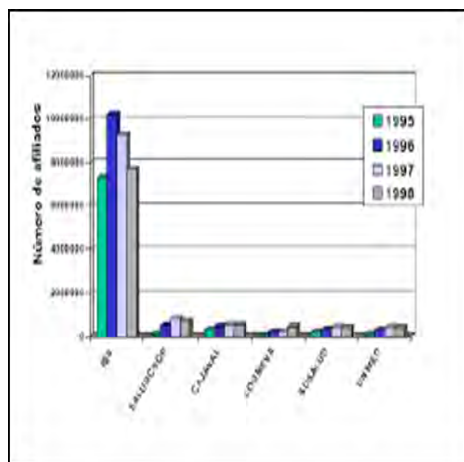


Tabla 5. Numero de afiliados al regimen subsidiado según los diferentes tipos de administraciones. Colombia, diciembre de 1998

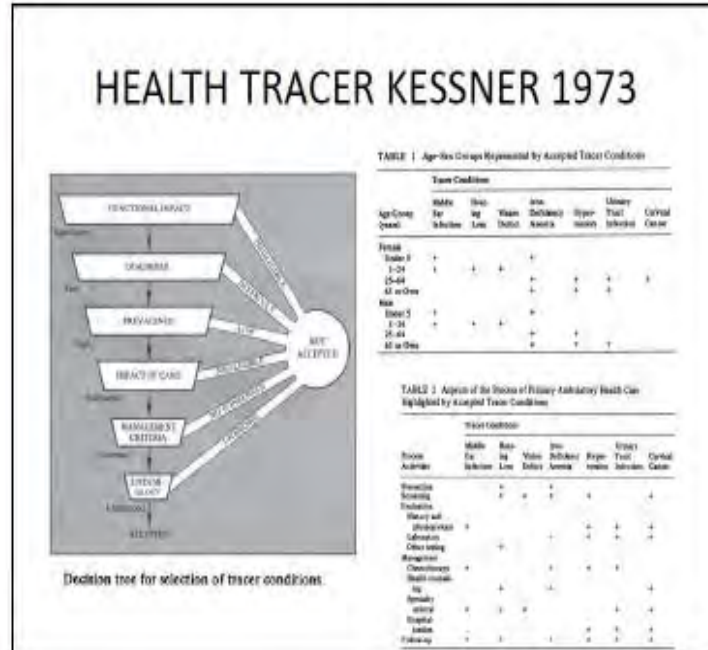
Tipo de Administración del Régimen Subsidiado	Numero de Afiliados	%
EPS Públicas	1 414 842	16,6
EPS Privadas	2 144 113	25,7
Caja de Compensación	1 674 591	19,7
Empresas Solitarias de Salud	3 271 795	38,0
Total	8 565 241	100,0

Fuente: Cárkuas, Álvarez et al. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia.

(SISBEN), basado en la observación directa de las características de las familias beneficiarias. Se emplearon las encuestas nacionales de las familias para construir una serie de 15 indicadores (tales como la educación del jefe de la familia, el tamaño de la familia, la disponibilidad de agua potable, el tamaño y composición de la vivienda) para determinar el grado de pobreza de cada cual. Se estableció como requisito en cada municipalidad que el alcalde tenía que revisar la encuesta para que la municipalidad pudiera recibir cualquier transferencia de recursos del gobierno central. Se llevaron a cabo encuestas de escrutinio en más de 2 millones de familias de 1994 a 1996, incluyendo virtualmente a los 10 millones de individuos más pobres, desembolsándose aproximadamente US\$3 millones en el proceso. El sistema de identificación de los beneficiarios fue muy efectivo para ubicar las poblaciones más pobres del país y se le ha utilizado para calcular los subsidios en otras áreas como vivienda y nutrición⁴⁵².

PROPUESTA DE EVALUACION DE POSIBLES IMPACTOS

HEALTH TRACERS



TUBERCULOSIS

Modelo matemático del riesgo anual de infección tuberculosa en Cali

Elmer de la Pava, Beatriz Salguero¹ y Alberto Alzate²

FIGURA 2. Riesgo anual de infección tuberculosa (RAI). Cali, Colombia, 1970-1998

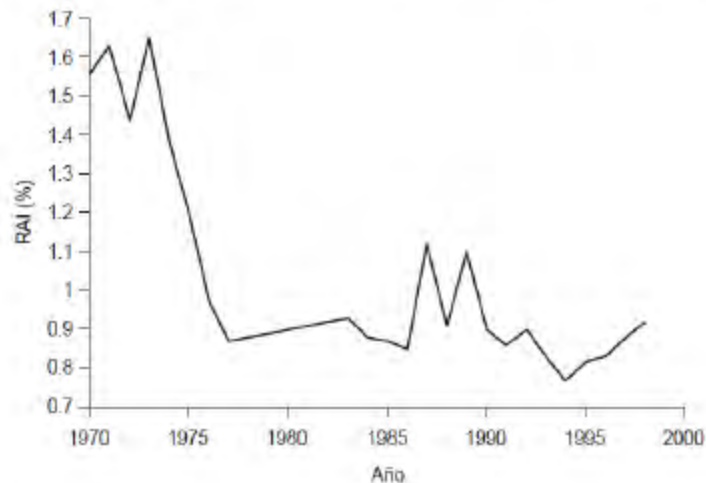
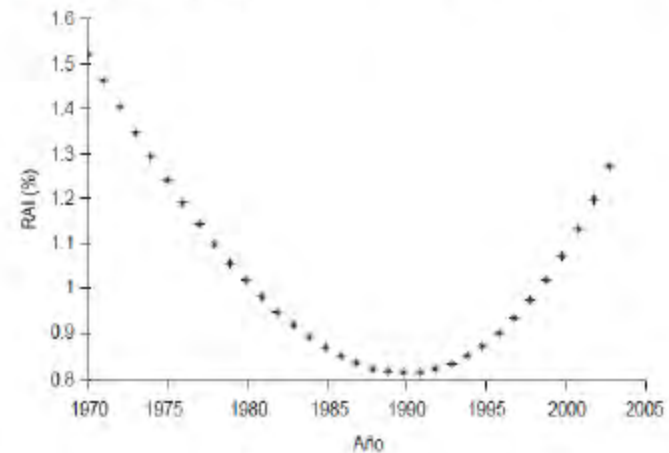


FIGURA 3. Tendencia prevista del riesgo anual de infección tuberculosa (RAI) hasta el año 2003, Cali, Colombia



Estudios sobre impacto de la reforma

La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización

Health sector reform in Colombia and its effects on tuberculosis control and immunization programs

Gardar Alvares Gomez ^{1,2}
Jordi Escarot ¹

¹ Universidad de los Andes, Facultad Nacional de Salud Pública, Calle 62 No. 52-56, Piso 2, Bogotá, Colombia. E-mail: gomez@igug.udea.edu.co
² Instituto Colombiano de Promoción de la Salud (ICPES), Calle 100 No. 100-100, Bogotá, Colombia. E-mail: jordi@icpes.gov.co

Abstract: This paper analyzes the effects of health reform in Colombia on public health programs at the local level, particularly the Immunization Program (IP) and the Tuberculosis Control Program (TCP). The research was developed in three health districts in two towns by analysis of the annual direct observations and longitudinal follow-up of the institutions involved. The health districts were categorized for the change, resulting on two different categories of health districts: one with a lack of instruments of implementation elements in the new system, associated with a reduction in implementation coverage and tuberculosis control activities; another with the new system, which had more opportunities and tools of implementation of tuberculosis control. The performance of the new system, in terms of implementation of the organizational structure and the improvement of the information system, is a positive factor in the success of the health system in local political interests. The general conclusion is that the transition period refers to changes that are gradual and requires a major reform information flow to reach the local level and the community. There are prospects for other structural modifications that require a political process.

Key words: Health Sector Reform; Tuberculosis; Immunization Programs

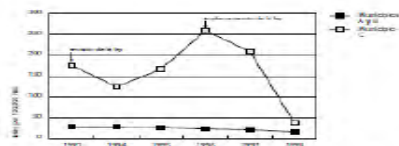
Resumen: Este trabajo analiza los consecuencias de la reforma de salud en Colombia para los programas de salud pública a nivel local, particularmente el programa de inmunización (PI) y el programa de control de tuberculosis (PC). La investigación se desarrolló en tres distritos de salud en dos municipios, utilizando como fuentes de información: análisis de observaciones directas anuales, entrevistas semi-estructuradas con líderes de los sistemas, observaciones directas y seguimiento longitudinal del proceso de cambio. Los resultados fueron en dos categorías de distritos de salud: uno con una falta de instrumentos de implementación en el nuevo sistema, asociado con una reducción de cobertura de implementación y actividades de control de tuberculosis; otro con el nuevo sistema, que tenía más oportunidades y herramientas de implementación de tuberculosis control. El desempeño del nuevo sistema, en términos de implementación de la estructura organizacional y el mejoramiento del sistema de información, es un factor positivo en el éxito del sistema de salud en los intereses políticos locales. La conclusión general es que el período de transición requiere un flujo de información mayor para llegar al nivel local y a la comunidad. Hay perspectivas de otras modificaciones estructurales que requieren un proceso político.

Palabras clave: Reforma del Sector Salud; Tuberculosis; Programas de Inmunización

Rev. Colomb. Psicol., 2004, 33(1), 109-127

Figura 2

Tasa de incidencia en tuberculosis en los municipios de los Departamentos de Boyacá y Cundinamarca en los años que se encuentran los recuentos A, B y C, 1993-1998.



Fuente: Programa Epidemiológico Infeccioso, Ministerio de Salud.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT
Int J Health Plans Mgmt 2004; 19: 525-543.
Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hpm.728

Tuberculosis control and managed competition in Colombia

Maria Patricia Arbelaez^{1*}, Marta Beatriz Gaviria¹, Alvaro Franco¹, Roman Restrepo², Doracelly Hincapié² and Erik Blas³

¹Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; ²UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Health Organization, Special Programme for Research Training in Tropical Diseases (TDR), Geneva, Switzerland

SUMMARY

Law 100 introduced the Health Sector Reform in Colombia, a model of managed competition. This article addresses the effects of this model in terms of format and outcomes of TB control. Trends in main TB control indicators were analysed using secondary data sources, and 25 interviewees were done with key informants from public and private sectors and providers in situations, and from the health directorate level. We found a deterioration in the performance of TB control: a decreasing number of BCG vaccine doses applied, a reduction in case finding and contact identification, low coverage rates and an increasing loss of follow-up, which mainly affects poor people. Fragmentation occurred as the atomization and discontinuity of the technical processes took place. There was a lack of coordination, as well as a breakdown between individual and collective interventions, and the health information system began to disintegrate. The introduction of the Managed Competition (MC) in Colombia appeared to have adverse effects on TB control due to the dominance of the economic rationality in the health system and the weak state stewardship. Our recommendations are to restructure the reform's public health components, strengthen the technical capacity in public health of the state, mainly at the local and departmental levels, and to improve the health information system by reorienting its objectives to public health goals. Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

KEY WORDS: tuberculosis; managed competition; health sector reform; public goods; Colombia

INTRODUCTION

Health sector reform (HSR) in Colombia had the objective of improving equity and extending the coverage by facilitating access to health care, and providing mechanisms to subsidize the poor (Bossert et al., 1998). The reform embraced the principles

*Correspondence to: M. P. Arbelaez, Facultad Nacional de Salud Pública, Calle 62 No. 52-56, Piso 2, Medellín, Colombia. E-mail: mgomez@igug.udea.edu.co
Contract grant sponsor: UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Health Organization for Research and Training in Tropical Diseases (TDR); contract grant number: 2004-55.
Contract grant sponsor: Universidad de Antioquia—Facultad Nacional de Salud Pública.

Colombia Médica

Vol. 35 Nº 4, 2004

Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia
Rocío Carvajal, Eaf., MSP, A. Gaitano Alonzo Cabrera, Fm., MSPH, Dr. SP¹,
Janeth Mosquera, Trab. Social, Mag. Trab. Social

RESUMEN

Antecedentes: La reforma en salud en Colombia tuvo un profundo efecto en los programas de salud pública. Los cambios en la estructura organizativa y en las actividades de intervención en las acciones de control de la tuberculosis (TBC) se produjeron por el surgimiento de nuevas actores en la prestación de servicios, el diseño de nuevos planes de salud, la diversificación y ambigüedad de responsabilidades y la descentralización del proceso.

Objetivo: Conocer las percepciones que tienen actores clave del control de la tuberculosis acerca de los efectos generados por la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia.

Métodos y medidas: Se procesaron los hallazgos cualitativos de un estudio de caso. La técnica de recolección de información fue la entrevista semi-estructurada. En total se entrevistaron 12 informantes clave, tanto personas de salud estructural, de acciones de control de la tuberculosis en el ámbito nacional, departamental y local.

Resultados: Los efectos negativos más relevantes de la implementación del SGSSS en las acciones de control de la TBC fueron: falta de voluntad política, corrupción en el manejo de los recursos, pobre destreza en el desarrollo técnico-administrativo, deficiencia del Estado en las actividades de supervisión a nivel local, mantenimiento restrictivo del Estado en sus obligaciones administrativas y financieras. La diversificación de las funciones de financiación para salud fue descrita como factor facilitador porque incrementa la distribución de los recursos en las acciones de control.

Discusión: La reducción del papel del Estado en las actividades de regulación y control se percibió como el principal efecto. La introducción de nuevos actores en la entrega de servicios de salud y el aumento de la saturación de los recursos en las acciones de la TBC no dieron los efectos positivos esperados y la cantidad y calidad de las acciones se redujeron.

Palabras clave: Reforma del sector salud; Tuberculosis; Estado; SGSSS Valle

Las reformas en el sector salud involucran en la organización, planeación, ejecución y financiación de la prestación directa de servicios de atención a población, así como en los programas de salud pública. Las acciones de los efectos de las reformas relevantes porque permite la identificación de actores y cumplimiento de los objetivos planeados. En Colombia, el proceso actual de la década de 1990,

revela que los programas de salud pública, como el de la tuberculosis (TBC), una enfermedad de interés en salud pública, por lo cual necesita atención y seguimiento especial, con el fin de garantizar su control y reducción de las complicaciones.^{1,2}

En países como Brasil, Kenya, República Checa, Bangladesh, Sri Lanka y Zambia, se han descrito los efectos de las reformas efectuadas en los programas de TBC.³⁻⁵ Entre los efectos negativos encontrados se destaca el pobre reconocimiento político del problema, insuficiente capacitación técnica y

1. Instituto Andino de Salud Familiar (IAS-Familia), Cali, E-mail: walter@institutoandino.com.co
2. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, E-mail: mgomez@igug.udea.edu.co
3. World Bank/WHO Health Organization, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), Geneva, Switzerland

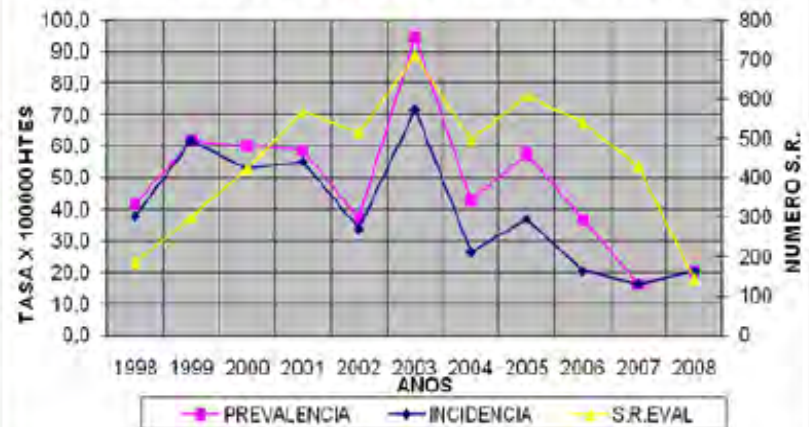
© 2004 Corporación Editora Médica del Valle

Colomb Med 2004; 35: 179-184

**CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN
POBLACIONES INDIGENAS DEL
ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DEL
CAUCA
1998-2002**

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

**COMPARATIVO INCIDENCIA, PREVALENCIA, SR
EVAL MUNICIPIO MORALES AÑOS 1998 A 2008**



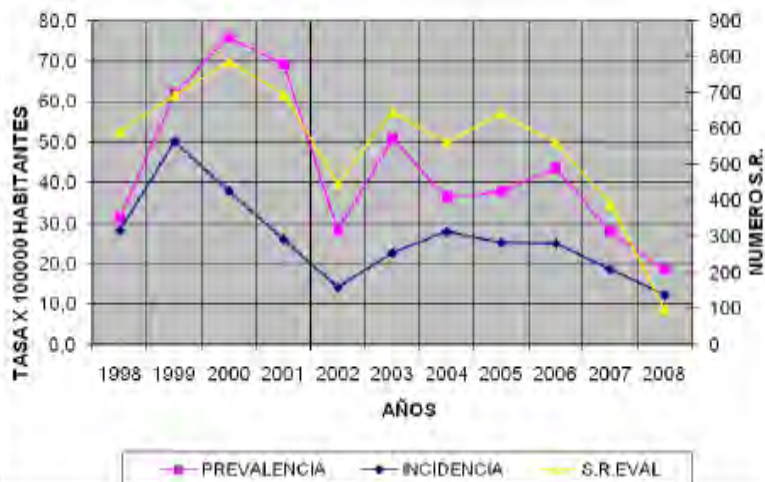
Cuadro 14. Distribución en el sistema de seguridad social, municipio de Inzá 1998 – 2008

ANO	1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL	
REGIMEN	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Contributivo	0	-	0	-	1	4,5	1	7,7	0	-	2	3,08
Subsidiado	0	-	4	36,4	9	40,9	5	38,4	8	66,6	26	40
Vinculado	0	-	7	63,6	12	54,5	7	53,9	4	33,3	30	46,16
Sin Dato	7	100	0	-	0	-	0	-	0	-	7	10,76
TOTAL	7	100	11	100	22	100	13	100	12	100	65	100

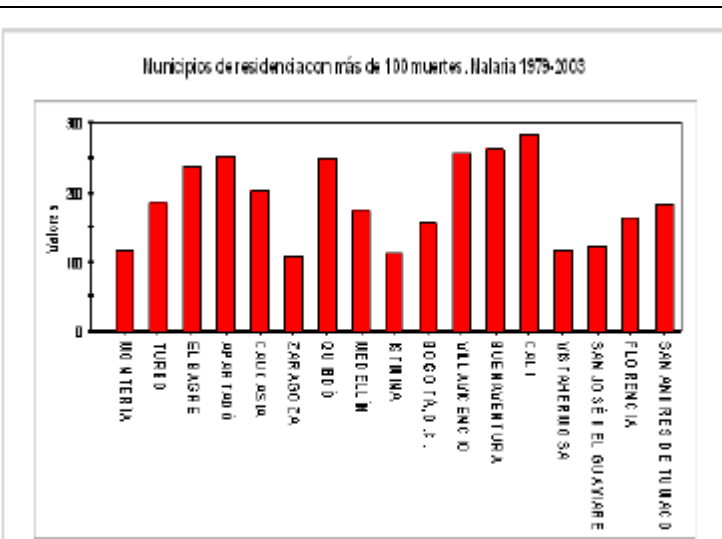
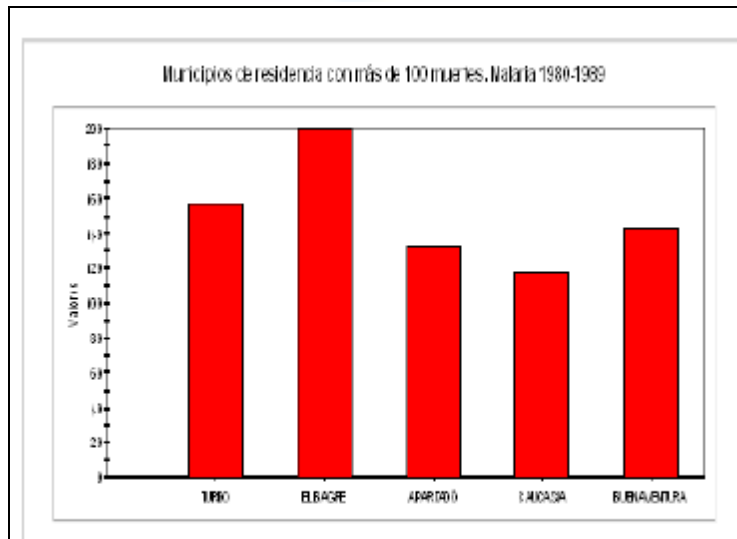
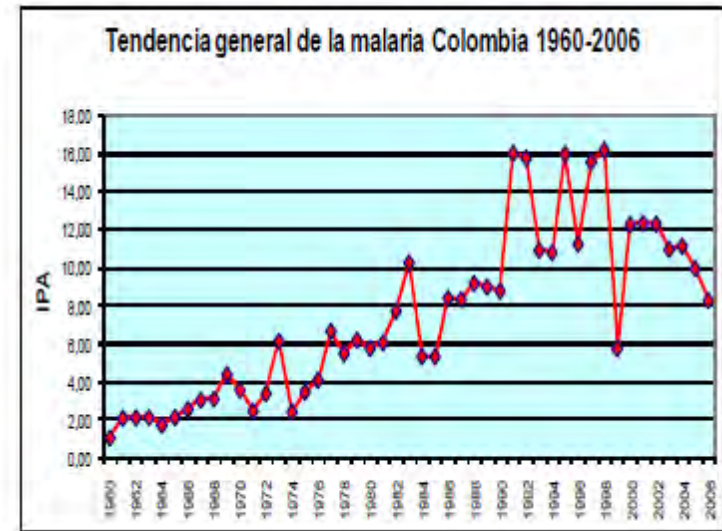
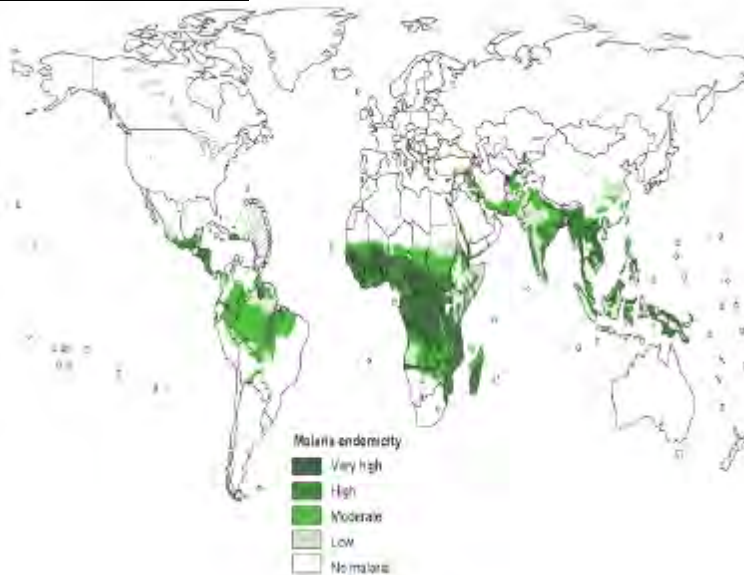
ANO	2003		2004		2005		2006		2007		2008		TOTAL	
REGIMEN	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	CASOS	%
Contributivo	0	-	0	-	1	10	1	14,3	0	-	0	-	2	3,64
Subsidiado	10	90,9	9	75	4	40	4	57,1	4	50	6	85,7	37	67,27
Vinculado	1	9,1	3	25	2	20	1	14,3	4	50	1	14,3	12	21,82
Sin Dato	0	-	0	-	3	30	1	14,3	0	-	0	-	4	7,27
TOTAL	11	100	12	100	10	100	7	100	8	100	7	100	55	100

Fuente: Registro de pacientes. Programa de tuberculosis. Hospital de Inzá. Trabajo de investigación del Autor, 1998 – 2008.

**COMPARATIVO INCIDENCIA, PREVALENCIA, SR
EVALUACION MUNICIPIO PAEZ AÑOS 1998 A 2008**



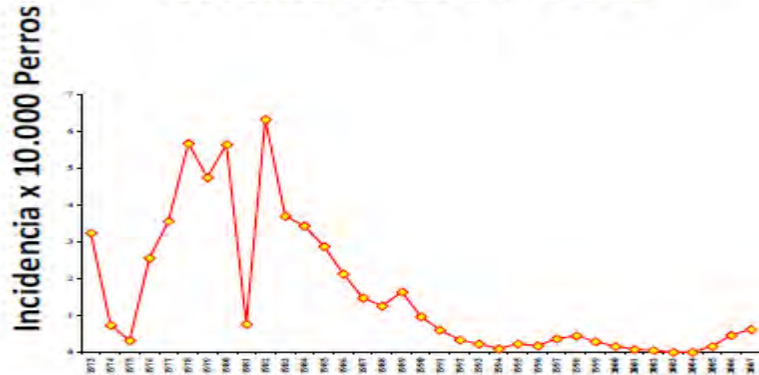
MALARIA



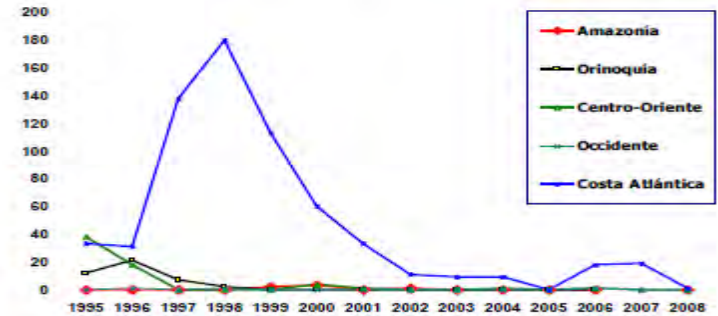
Fuente:

Programa ETV Ministerio de la Protección Social / Instituto Nacional de Salud, 2004.

Incidencia de rabia en perros Colombia, 1973-2007

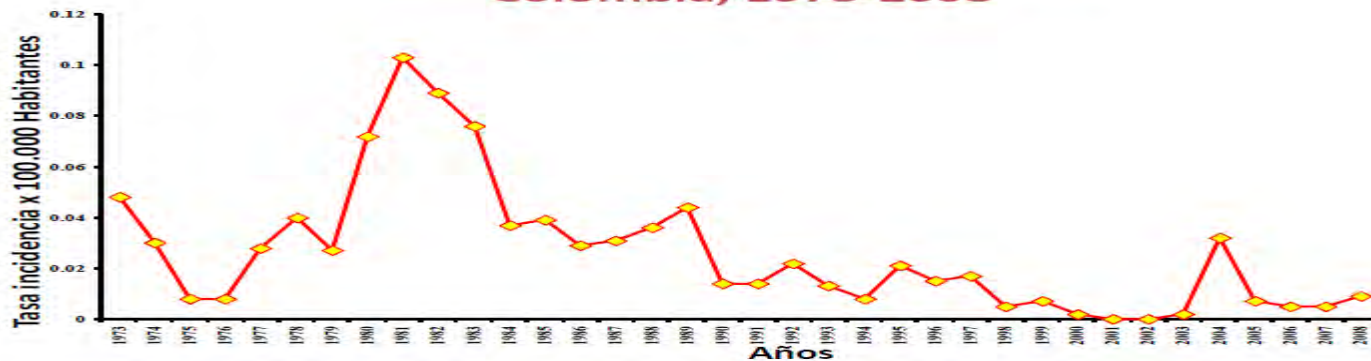


Casos de rabia en perros por regiones Colombia, 1995-2008



Fuente: Sivigila INS, Reportes MPS, RNL

Incidencia de Rabia humana Colombia, 1973-2008



Fuente: Informes anuales-MS/MPS, IQEN, SIVIGILA, INS (Virología y Zoonosis), LDSP e ICA-CEISA.

CAJIBIO FEBRERO DE 2002

Ubicación de áreas focal, perifocal y en riesgo.
Brote de rabia El Tambo - Cauca 2002



- 08.02.2002 – Muerte del felino por ahogamiento, se utilizó un hacha para cortar la cabeza.
- Muestras para laboratorio ICA: cabeza del felino.
- Dx presuntivo: encefalitis rábica.
- 13.02.02 11:30 fax ICA CEISA reporta muestra positiva a encefalitis rábica.
- Desplazamiento 13.02.02 14:00 de médico de la Sección de Vigilancia en Salud Pública, médico veterinario, ecólogo especialista en quirópteros y supervisor técnico área Zoonosis.



Biomédica 2006;26:387-96

ARTÍCULO ORIGINAL

Brotos de rabia humana transmitida por vampiros en los municipios de Bajo y Alto Baudó, departamento del Chocó, Colombia 2004-2005

Jessika Valderrama ¹, Ingrid García ¹, Germán Figueroa ², Edilberto Rico ³, Juliana Sanabria ², Nicolás Rocha ², Edgar Parra ⁴, Cecilia Saad ⁵, Andrés Páez ^{6,7}

¹ Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Bogotá D.C., Colombia.

² Secretaría de Salud del Departamento del Chocó, Chocó, Colombia.

³ Dirección Nacional de Zoonosis, Ministerio de la Protección Social, Bogotá D.C., Colombia.

⁴ Laboratorio de Patología, Instituto Nacional de Salud, Bogotá D.C., Colombia.

⁵ Subdirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud, Bogotá D.C., Colombia.

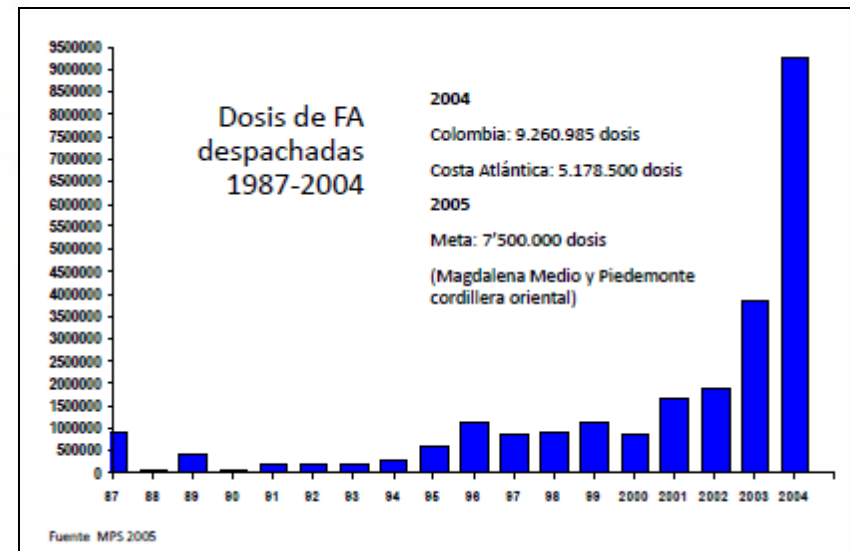
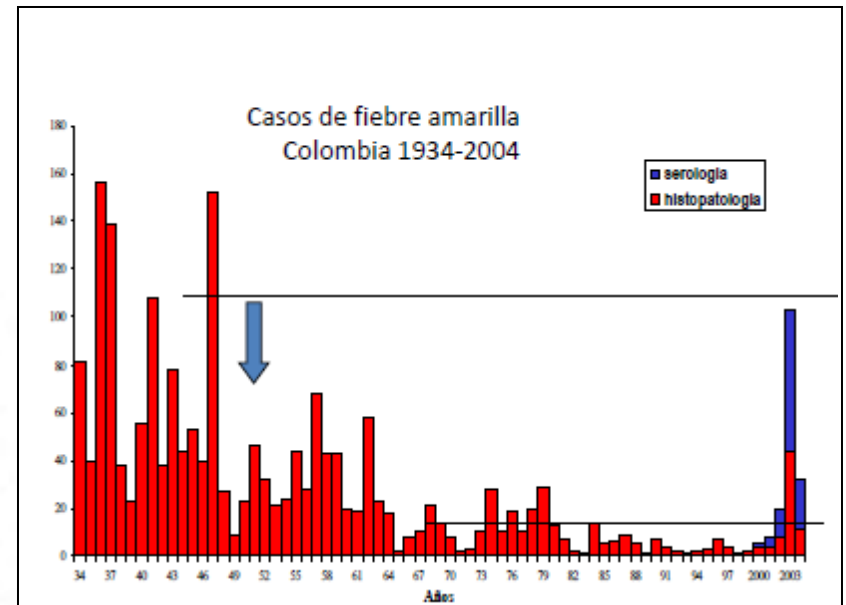
⁶ Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud, Bogotá D.C., Colombia.

⁷ Departamento de Ciencias Básicas, Universidad de La Salle, Bogotá D.C., Colombia.

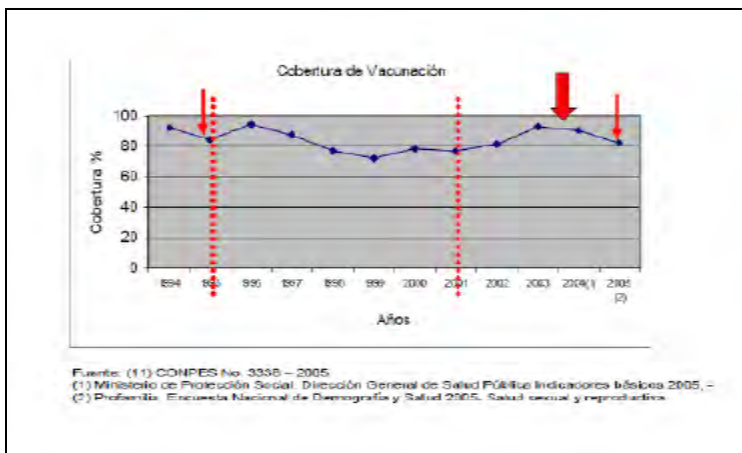
Este estudio se realizó en el Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia.

fiebre amarilla

Un ejemplo, en el año de 1978, me tocó vivir la epidemia de Fiebre Amarilla en el pie de monte de la Sierra Nevada. Fue el despertar de mis inquietudes hacia las enfermedades infecciosas. Realizamos una necropsia a un niño que falleciera con una enfermedad inicialmente febril pero complicada con la presencia de orinas oscuras, coloración amarillenta y presencia en la piel de manifestaciones hemorrágicas. Con el fallecido patólogo, Rafael García, se pensó en la posibilidad de Fiebre Amarilla. No podíamos divulgarlo hasta no estar seguros. García viajó a Bogotá con las muestras y se confirmó en el INS el diagnóstico sospechado, un caso de fiebre amarilla es una epidemia. Los casos pasaron de cien en menos de un mes y la mortalidad fue más del 80% de los que alcanzaban a llegar a los hospitales, pocos se salvaron. El INS producía la vacuna, e inmediatamente se organizó un vasto plan de atención de pacientes, vacunaciones y establecimiento de medidas de control. La reaparición de la Fiebre amarilla en Colombia es un terrible ejemplo de lo mal que estamos en salud pública, ahora ya ni producimos la vacuna y tenemos que importarla. Los municipios y departamentos no están preparados y han sido dejados en forma irresponsable para que respondan a situaciones de imposible solución con sus dilapidados presupuestos. No hay



INMUNIZACIONES



Coberturas de vacunación en el Valle del Cauca, 2002

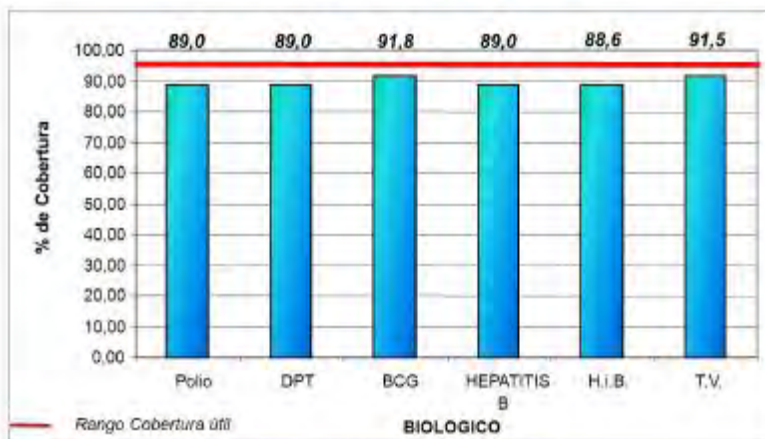
Luis Fernando Cruz, M.D., Mag. Epidemiol.¹, Luz Nelly Girón, Lic. Enf., M.S.P.², Rodrigo Velásquez, M.D., M.S.P.², Lina María García, Odontol., M. Epidemiol.¹, Alberto Alzate, M.D.²

RESUMEN

Para determinar las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en niños con edades entre los 12 y 23 meses, residentes en los municipios más grandes del Departamento del Valle, se realizó un muestreo por conglomerados en Buenaventura, Palmira, Buga, Tuluá y Cartago. Se realizaron 754 encuestas con una cobertura de 72% para los cinco municipios. En 97.2% de los hogares se encontró el carné de vacunación actualizado; 51.5% de los niños encuestados no tenían afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al momento de la encuesta, 40.5% estaban afiliados al régimen contributivo y sólo 61 (8.1%) niños estaban afiliados al régimen subsidiado. Para cada uno de los biológicos las coberturas en los municipios estudiados fueron superiores a 95% en BCG, con excepción de Buenaventura (87.6%) y 90% para polio, con Buenaventura nuevamente con 73%. Para DPT las coberturas también fueron superiores a 90% menos en Buenaventura con 77.5%. En hepatitis B y triple viral las coberturas llegaron a 80% con la excepción de Buenaventura (triple viral 68.5%). Para Haemophilus influenzae tipo B (HIB) las coberturas llegan a 70% en Palmira, Buga y Tuluá, pero Cartago (58.4%) y Buenaventura (52.4%) quedan muy por debajo. Tienen esquema completo 67.5% de los niños de Buga, 63% los de Palmira, 61.2% los de Tuluá, 51.2% los de Cartago y sólo 44.3% de los de Buenaventura. Las variables asociadas con tener el esquema de vacunación completo, fueron la afiliación a la seguridad social y la escolaridad de la madre. Mientras que el sector público obtiene coberturas completas de 60% (119/196) entre los 196 afiliados al SGSSS que vacuna, su cobertura con esquema completo entre los 531 niños no afiliados al sistema que vacuna es de 27% (143/531).

Palabras clave: Coberturas, PAI, Vacunación, BCG, DPT, Polio, HIB, Hepatitis B, Sarampión.

Coberturas alcanzadas, Colombia 2004



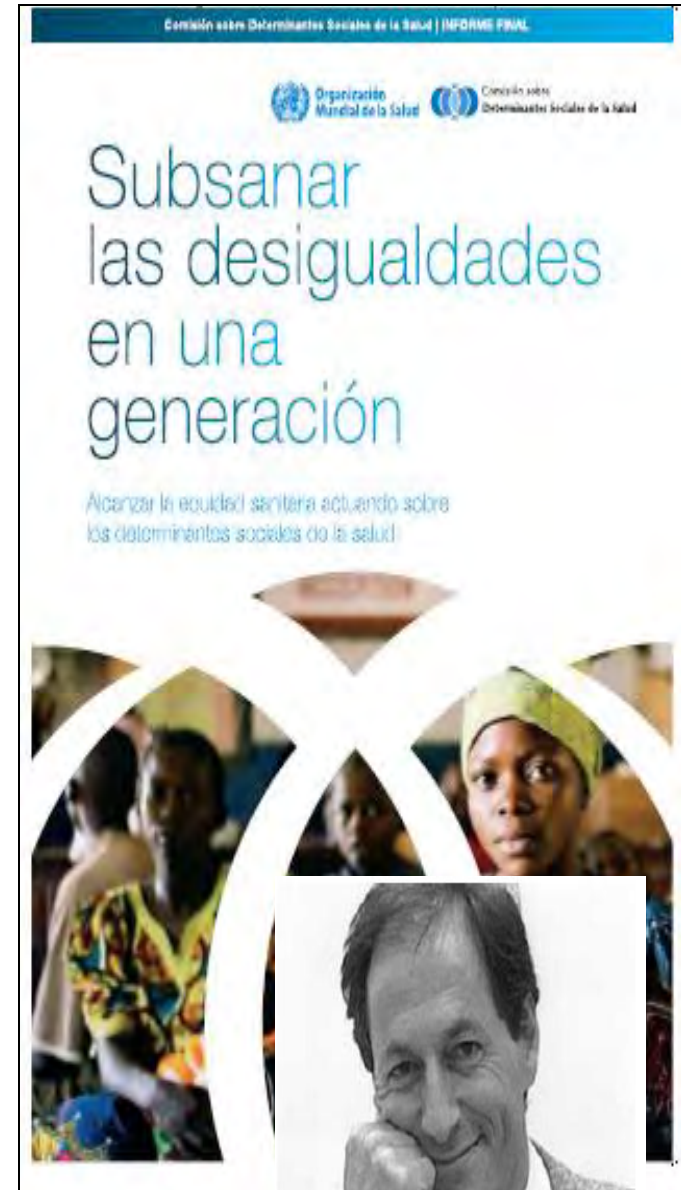
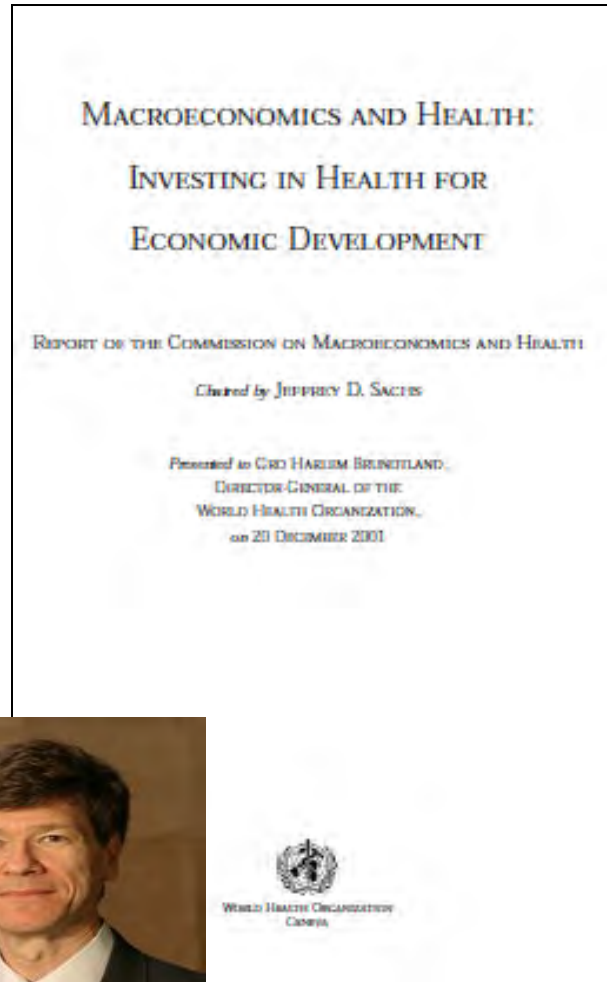
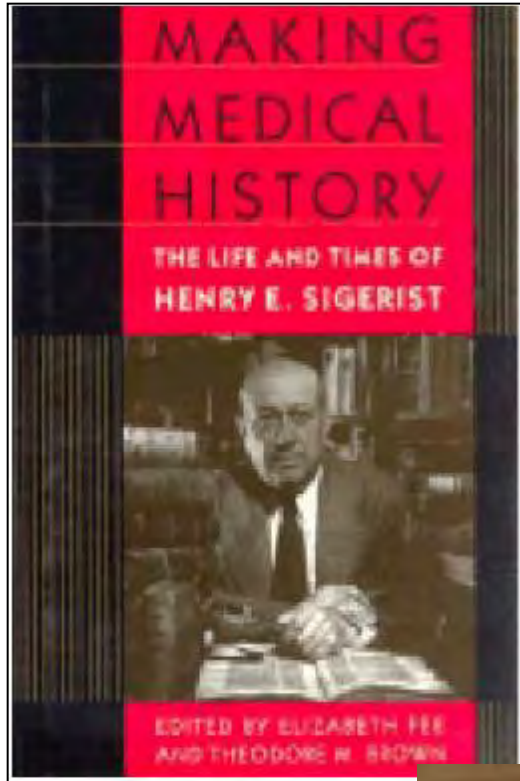
*Fuente numerador: Reportes suministrados por Los Departamentos.
 --Fuente Denominador: Población Ajustada por MPS

Asignación de recursos al PAI millones de pesos 1994 - 2005

Años	Presupuesto Nacional	Fosyga	Total
1994	10.919	0	10.919
1995	16.824	0	16.824
1996	19.308	0	19.308
1997	18.563	0	18.563
1998	33.765	15.377	49.142
1999	16.464	24.278	40.741
2000	19.171	0	19.171
2001	18.593	38.279	56.872
2002	45.614	26.901	72.515
2003	64.682	0	64.682
2004	73.000	24.000	97.000
2005	81.183		81.183

Fuente: Ministerio de la Protección Social 2005

CONCLUSIONES



PUBLIC POLICY

Health policy: breaking the problem down into more manageable segments

H. L. Laframboise

Mr. Laframboise is Director-General of the Long Range Health Planning Branch, Health and Welfare Canada. However, the opinions expressed herein are his own personal views and not necessarily those of the Ministry.

A basic problem in analyzing the health field, and the main barrier to the fruitful development of relations, both short and long term, is the absence of an agreed framework for subdividing the field into its principal elements. Without such a framework it is difficult to communicate properly or to break up the whole field into pieces which are both amenable to analysis and fit for allocation to the many units whose objectives are to promote improvement.

It is quite possible that such a framework has already been developed and published; if such is the case apologies are in order for attempting to re-invent the wheel. There is a need, nevertheless, and it is so more keenly felt than in the long range health planning branch of the Department of National Health and Welfare, to organize the thousands of pieces into an orderly pattern that is both intellectually acceptable to those who work at the frontier of change and sufficiently simple to permit a quick location, in the pattern, of any idea, problem or activity related to health.

The division and sub-division of

research is one of the most neglected aspects of health. It consists of the agglomeration of decisions taken by individuals which have a significant effect on their health. These decisions are taken within a framework of social values, many of which have been inherited from the past but some of which are shaped by contemporary society.

The environmental element, as defined for the purposes of this framework, includes all the circumstances under which an individual lives and which do or do not have little or no personal choice in avoiding such as the air breathed.

The health care organization element, in the proposed framework, is limited to the quantity, quality, arrangement, nature, and relationships of people and resources in the field of health care services.

Finally the basic human biology and clinical application element is limited to basic biological research underlying the whole field of health and the application of medical research findings to personal health care.

The foregoing principal divisions of the health field have been chosen because of their relative clarity and integrative effect by comparison with more traditional divisions such as mental health, public health, clinical medicine and research. These traditional divisions have had the unfortunate effect of creating barriers to the development of integrated thinking and have resulted in the creation of parallel, and sometimes competitive health systems.

Finally, the divisions chosen for the framework permit the ready use of functional markers to depict relationships. For example, the research function can be shown as touching on all four principal divisions named above. This shows the present research which seeks to give research into the biological and clinical element only and departs the other elements of their just share of attention.

Lifestyle

The clue to many, if not most, of our health problems, not only among the young but the middle-aged, appears to be lifestyle. This is true in at least partly related to research. The principal areas of

the subject of health will not break things up into straight compartmenting; it will have, rather, an opposite effect. Organized thinking permits a more rapid identification of inter-relationships and simplifies the assessment of their importance. Without some kind of map of the health territory the network of connections can only be seen one link at a time and many long routes are taken where shorter ones are available. The distillation of intellectual energy is wasteful; there is friction and uncertainty, duplication and gaps, and altogether too many false starts or paths that lead to nowhere. In the development of a conceptual framework in this paper, sufficient examples will be given to amply support the view that the whole must first be broken into pieces before an efficient (economic, effective, timely) use can be made of ideas and resources.

The basic framework

Four primary divisions are proposed:

- Lifestyle
- Environment
- Health care organization, and
- Basic human biology and clinical application

The personal, or lifestyle, ele-

MAKING THE LALONDE REPORT

Thomas, A. Historical Approaches of the Medical Task from "Medical History and Medical Care", Oxford University Press, 1971.

By (Lalonde) Ministry
October 2000

Government of Canada / Gouvernement du Canada

A NEW PERSPECTIVE ON THE HEALTH OF CANADIANS

a working document

Marc Lalonde

Minister of National Health and Welfare

References

1. Paik, William, *Natural Theology*, R. Foulke, London, 1902, republished by Gregg International Publishers, Farnborough, England, 1970 - p. 498.
2. McIsaac, Thomas, *A Historical Approach of the Medical Task from "Medical History and Medical Care"*, Oxford University Press, 1971.
3. McIsaac, Thomas, *The Major Influence on Man's Health*, unpublished paper, August, 1973.
4. McIsaac, Thomas, *An Interpretation of the Modern Rise in Population in Europe*, Population Studies, Vol. XXVII, No. 3, p. 245, November 1972.
5. Collins, R., *Drinking on the Job*, Imperial Oil Review, 1973, No. 2.
6. Laframboise, Hubert L., *Health Policy: Breaking it Down into More Manageable Segments*, Journal of the Canadian Medical Association, February 3, 1973.
7. Tamplin, John S., *Ricore Increase in Adolescent Cigarette Smoking*, Archives of General Psychiatry, Vol. 29, Jan. 1973, pp. 116-119.
8. Glaser, William H., *The Talk of Medicine*, Scientific American, Vol. 228, No. 4, April, 1973.
9. Main Estimates, Government of Canada, 1973-74.
10. Report of the Commission on the Healing Arts, Ottawa, Vol. 2, 1970, p. 148.

METAS MINIMAS

- La esperanza de vida al nacer no habrá de ser inferior a 70 años en ningún país de la Región.
 - La tasa de mortalidad infantil no habrá de ser superior a 30 defunciones por 1.000 nacidos vivos en ningún país de la Región.
 - La tasa de mortalidad no habrá de ser superior a 2,4 defunciones por 1.000 para niños de 1 a 4 años en ningún país de la Región.
 - Para 1990 se habrán de prestar servicios de inmunización al 100% de los niños de menos de un año contra las principales enfermedades de la infancia, y esa cobertura se mantendrá durante el último decenio del siglo.
- El acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y de evacuación de desechos se extenderá al 100% de la población.
 - Por último, el acceso a los servicios de salud se ampliará al 100% de la población.

Investigación original / Original research

Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina

Jeannie L. Haggerty,¹ Natalia Yavich,² Ernesto Pablo Báscolo³
y Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación
de la Atención Primaria en América Latina⁴

Forma de citar Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(5):377-84.

El Impacto de la Política en la Salud

The Impact of Politics on Health

Vicente Navarro¹, Carme Borrell², Carles Muntaner³, Joan Benach⁴, Agueda Quiroga⁵,
Maica Rodríguez-Sanz⁶, Jordi Gumà⁷, Núria Vergés⁸, María Isabel Pasarín⁹.

¹ Director del Programa en Políticas Públicas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra, España. Profesor del Departamento Políticas Públicas de Salud, Escuela de Salud Pública, The Johns Hopkins University, EE.UU. vicenc.navarro@upf.edu

RESUMEN El objetivo de este artículo es presentar los resultados principales del estudio que analizó el impacto que tiene el poder político sobre la mortalidad infantil y la esperanza de vida en la mayoría de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico desde 1950 hasta 1998.

Los países se agruparon según la tradición política que los había gobernado durante más

1. Estrategias de atención primaria_

1.1 Desarrollo del programa: Areas prioritarias_

1.2 Desarrollo de la infraestructura de salud_

2. Mecanismos interpaíses y regionales de apoyo a las estrategias_

2.1 Areas prioritarias de cooperación entre países_

2.2 Cooperación técnica y económica entre países en desarrollo

2.3 Orientación y coordinación de la cooperación internacional_

2.4 Incremento de la capacidad operativa de la OSP_

3. Sistema de evaluación y monitoría_

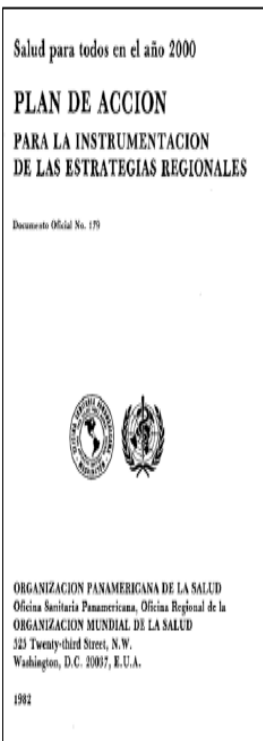
3.1 Antecedentes_

3.2 Algunas consideraciones de concepto y de método_

3.3 Diseño del sistema regional de evaluación y monitoría_

3.4 Los sujetos de evaluación y monitoría_

3.5 Plan de acción del sistema regional de evaluación y monitoría_



1.1.1 Protección y promoción de la salud de grupos especiales_

A. Mujeres y niños_

B. Salud de los trabajadores_

C. Salud de las personas de edad avanzada_

D. Salud de las personas impedidas_

A. Alimentación y nutrición_

B. Salud dental_

C. Prevención de accidentes_

D. Salud mental_

1.1.2 Protección y promoción general de la salud_

A. Agua potable y disposición de excretas_

B. Administración de desechos sólidos_

C. Protección de alimentos_

D. Control sanitario de la vivienda_

E. Control de la contaminación física y química_

F. Prevención de efectos adversos de los proyectos de desarrollo hidroeléctrico, agrícola e industrial en la salud y la ecología humana_

G. Salud pública veterinaria_

1.1.3 Protección y promoción de la salud ambiental_

A.1 Enfermedades prevenibles por vacunación_

A.2 Control de enfermedades diarreicas_

A.3 Enfermedades respiratorias agudas_

A. Enfermedades transmisibles: A.4 Tuberculosis_

A.5 Lepra_

A.6 Enfermedades de transmisión sexual_

A.7 Otras enfermedades transmisibles_

1.1.4 Prevención y control de enfermedades_

B. Erradicación de la malaria, control de otras enfermedades parasitarias y erradicación del vector de la fiebre amarilla urbana_

C.1 Enfermedades cardiovasculares_

C. Enfermedades no transmisibles: C.2 Cáncer_

C.3 Enfermedades respiratorias crónicas_

C.4 Otras enfermedades no transmisibles_

3. Sistema de evaluación y monitoría_

3.1 Antecedentes_

3.2 Algunas consideraciones de concepto y de método_

3.3 Diseño del sistema regional de evaluación y monitoría.

3.3.1 Propósitos_

- 3.3.2 Componentes del sistema
- A. El nivel regional_
 - B. El nivel de país_

3.4 Los sujetos de evaluación y monitoría_

- 3.4.1 El estado de salud_
- 3.4.2 El sistema de servicios de
- 3.4.3 Los factores condicionan
- 3.4.4 Las estrategias_

3.5 Plan de acción del sistema regional de evaluación y monitoría.

3.5.1 Contenido de la evaluación y monitoría_

3.5.2 Selección de indicadores y criterios de taxonomía.

3.5.3 La recolección de los datos.

3.5.4 Procesamiento, análisis y presentación.

3.5.5 Actividades complementarias.

3.5.6 Calendario de actividades_

- A. Las metas mínimas_
- B. La cobertura y el sistema de servicios de salud_
- B.1 La oferta_
- B.2 La demanda_
- C. Análisis de las estrategias_
- D. Los factores condicionantes y los niveles de bienestar_

- A. Los sistemas nacionales de información_
- B. Investigación metodológica_
- C. Preparativos para la primera evaluación_
- D. Evaluación del sistema_

A mitad del camino hacia la Salud Para Todos en el Año 2000 Informes de diversos países

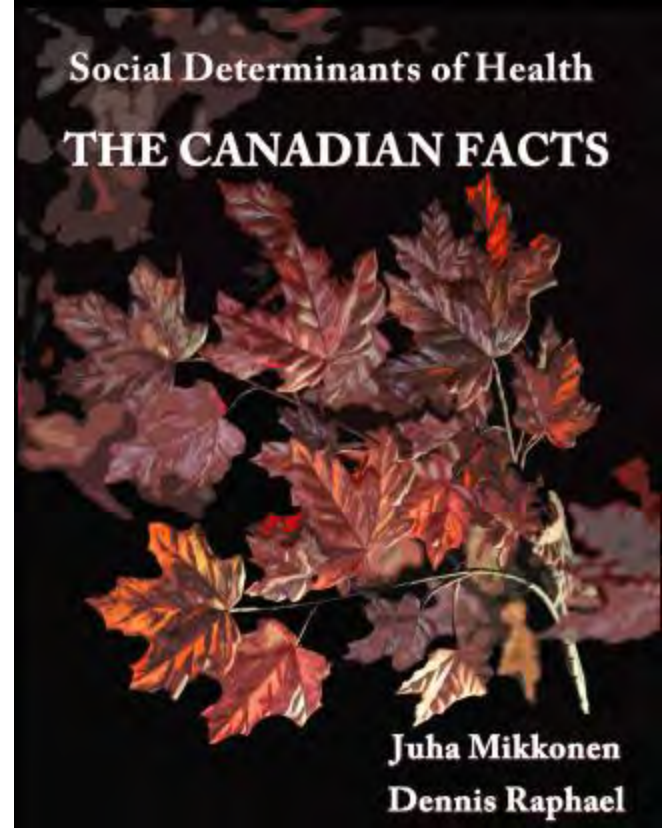
Editado por E. Tarimo y A. Creese
División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud,
Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza



Organización Mundial de la Salud
Ginebra
1991

Caso de Canadá

- Saskatchewan Sigerist
- Años 70
- Años 80
- Años 90s
- HEALTH POPULATION APPROACH
- Health Canada. The social determinants of health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector. Ottawa: York University;2002.



Aboriginal status
disability
early life
education
employment and working conditions
food insecurity
health services

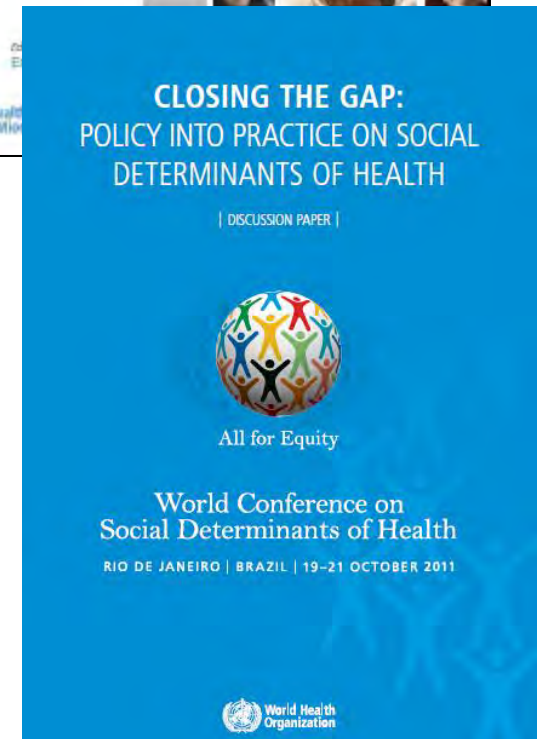
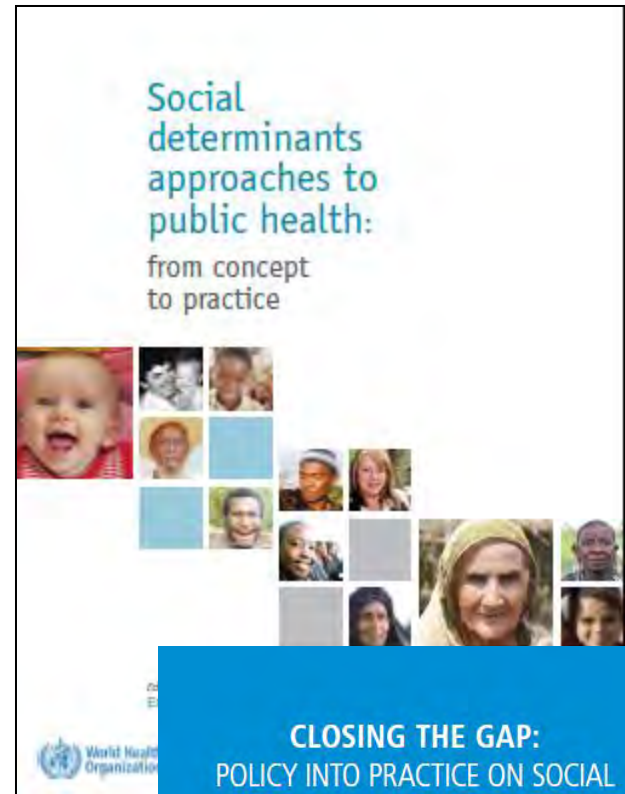
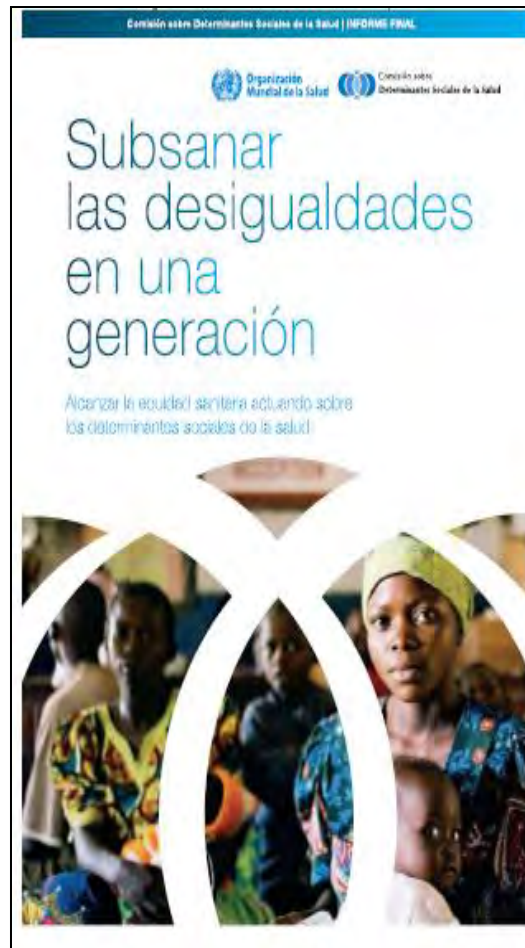
gender
housing
income and income distribution
race
social exclusion
social safety net
unemployment and job security

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

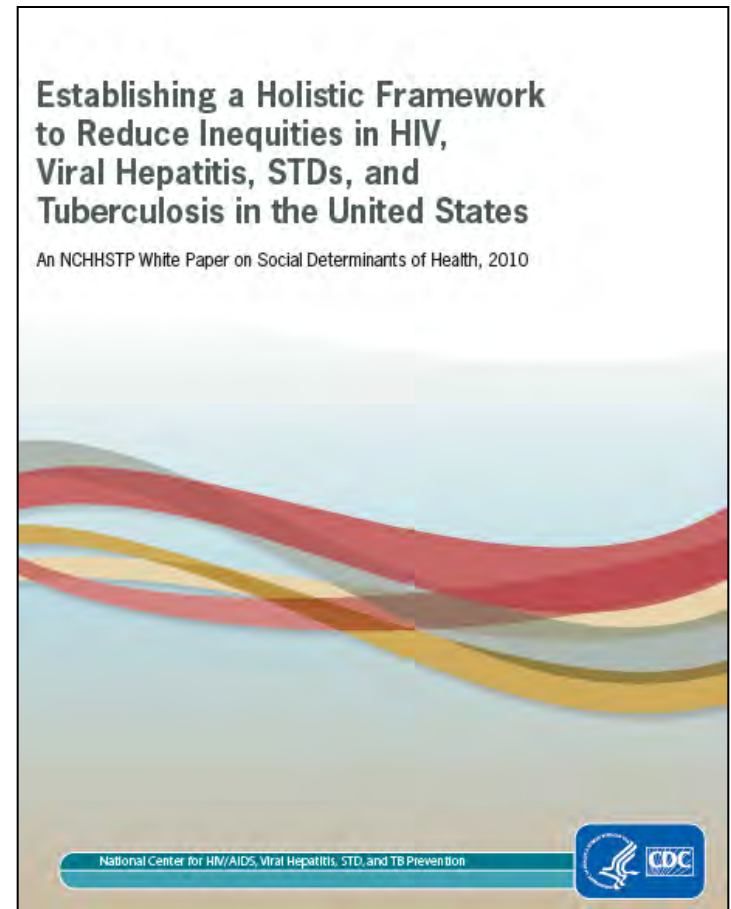
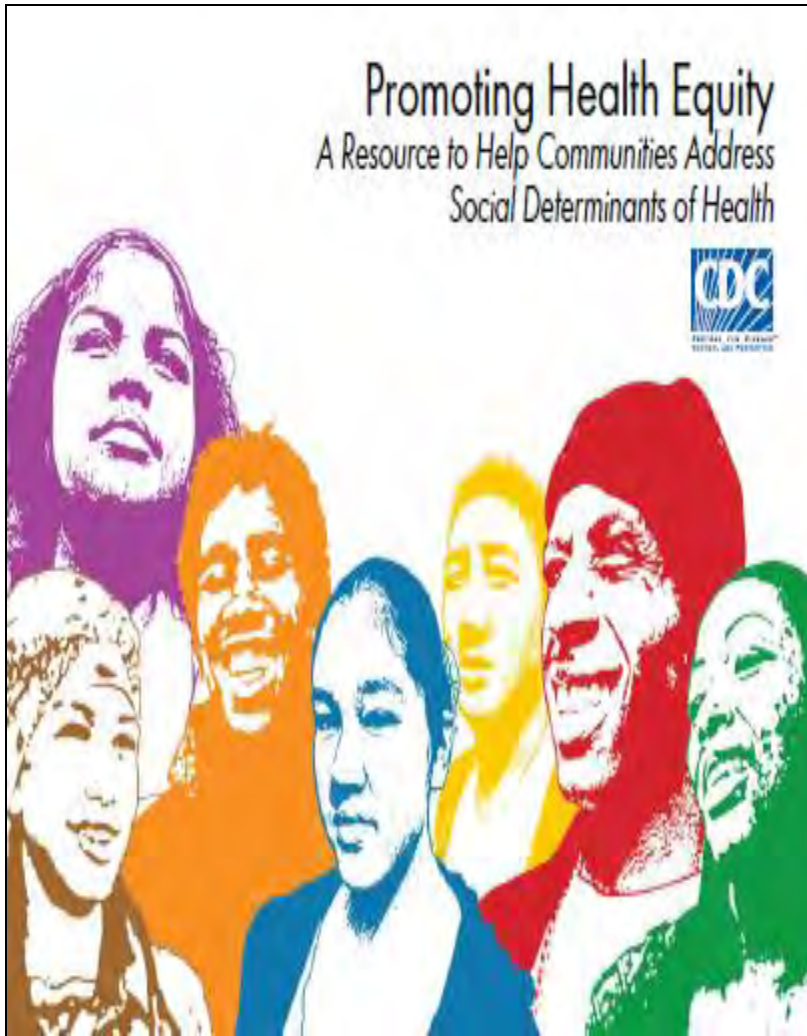
MICHAEL MARMOT 1970s

LEONARD SYME SOCIOLOGO

GEOFFREY ROSE



CDC Y DETERMINANTES SOCIALES

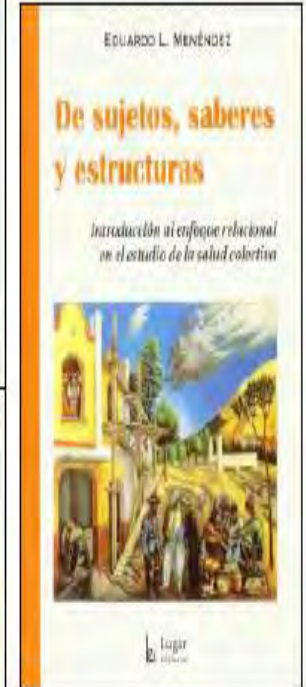
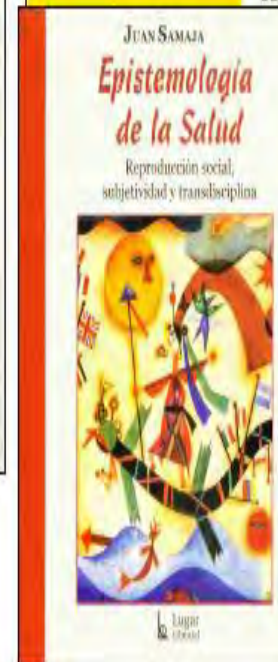
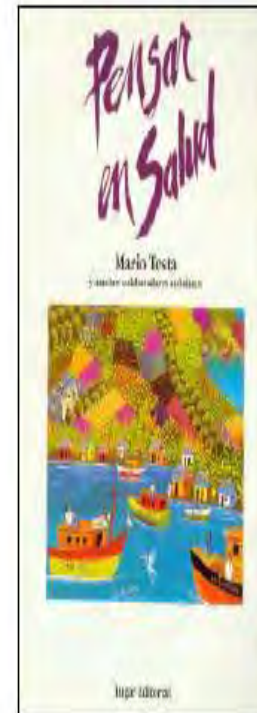


En otros lugares...



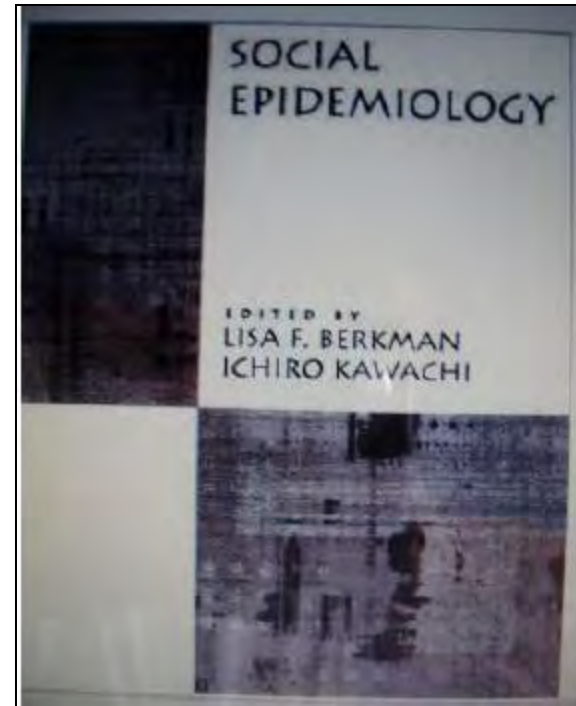
SALUD COLECTIVA

- SALUD
- DEMOCRACIA Y EQUIDAD



Salud, ciencias social y epidemiología

- a. La de la Universidad de Columbia, con la presencia de Marvin Susser y su esposa Zena (Sudafricanos colaboradores de Sidney y Emily Kark).
- b. La de la Universidad de Carolina del Norte, destacándose John Cassel (también sudafricano y estrecho colaborador de Kark), pionero de la integración biológico-social y es la escuela donde llegó a realizar su doctorado uno los personajes latinoamericanos más destacados de la epidemiología y la salud pública, Naomar Almeida Filho y el inglés Michael Marmot.
- c. La Universidad de California en Berkeley, con la participación de Leonard Syme, formado en Sociología Médica en la Universidad de Yale, heredero de la tradición de Sigerist luego de su salida de Johns Hopkins. Son discípulos de Syme: Marmot, Berkman, Kawachi y Nancy Krieger, entre otros, hoy destacados investigadores de epidemiología social, en la que Syme está ampliamente reconocido y sus publicaciones son numerosas incluyendo artículos y libros. Realizo la presentación del libro editado por los profesores Berkman y Kawachi²⁷⁴ de Epidemiología Social de Universidad de Harvard que ya cumplió 10 años desde su primera publicación y en 2005 Syme²⁷⁵ relató su experiencia personal de una disciplina ya solida fundada en la sociología médica de la que es precursor Sigerist.



No menos importante fue la importancia que le dio a trabajos de antropología médica desarrollados por George Foster, Benjamin David Paul, Richard Adams, Eduard Welling e Isabel Kelly. Fue sumamente satisfactorio encontrar en el principal libro de Paul a los trabajos de Cassel sobre la experiencia de Suráfrica y a Eduard Welling con las experiencias sobre el acceso al agua potable en Perú cuyos trabajos han sido muy importantes tanto en las ciencias sociales como en la salud pública. Sin duda en los años 50s existía un gran interés participación de las ciencias sociales en los programas de salud pública. Se logro una importante de recopilación de publicaciones de la época³⁹⁹ que servirán para el desarrollo de investigaciones futuras.

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 16, No. 1

Marzo 1995

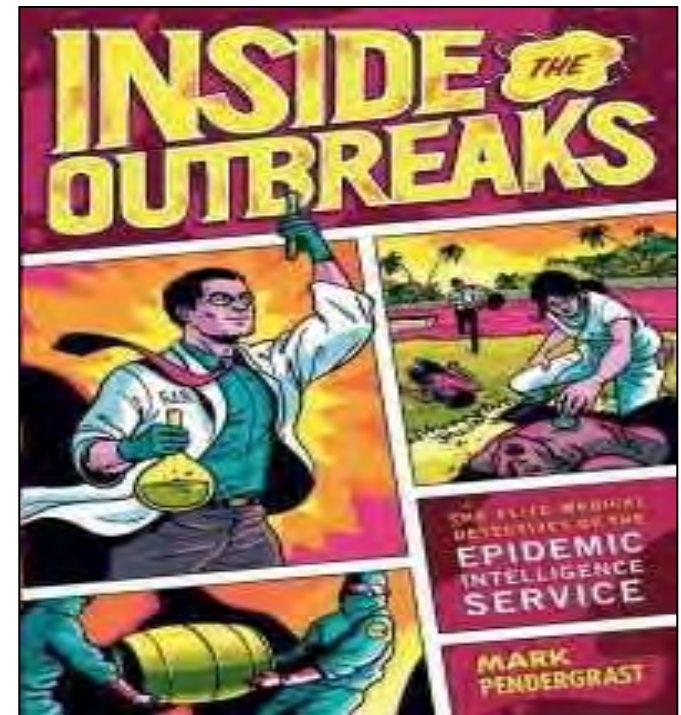
Planificación de un sistema de vigilancia en salud pública

Steven M. Teutsch, M.D., M.P.H.
Stephen B. Thacker, M.D., M.Sc.

*Oficina del Programa de Epidemiología
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
Atlanta, Georgia - E.U.A.*



Stephen Thacker



NATIONAL SERVICE IN RURAL AREAS: THE CASE OF COLOMBIA^{1,2}

Stephen B. Thacker,³ and H. David Banta,⁴

Many countries in this Hemisphere and in other parts of the world now require a period of rural service after graduation from medical school. This paper examines the case of Colombia, presents a model developed from experience in Colombia and Kenya, and suggests ways in which the contribution of rural interns in Colombia might be improved.

Introduction

Many countries require a period of national service in rural areas for medical graduates. Kenya and Tanzania in Africa, Yugoslavia in Europe, and a majority of the Latin American countries have such a requirement. To help coordinate experience in this field, the Pan American Health Organization sponsored an international conference⁵ on this subject in December 1974 (7); participants from 11 Latin American countries attended the meeting. Rising interest in the subject was also reflected in health manpower legislation considered by the United States Congress in 1974, which included a requirement that each U.S. medical graduate spend at least two years

performing national service in an underserved area (S. 3585, U.S. Senate). The rationale for such programs is clear: Rural areas are underserved and medical graduates owe society a debt for their education, which is partially subsidized in many cases. Therefore, it is felt that medical graduates should serve those areas most in need for some specified period of time.

The authors do not advocate establishing such a program. Whether or not to have one should obviously be decided by the particular country involved. All they are concerned with here are some of the ways optimum benefits can be obtained through rational planning, in accord with each country's needs, once the decision to adopt such a program has been made.

Colombia requires that every medical graduate serve a one-year "internship" in a rural area. In 1971, one of the authors (H. D. Banta) visited that country (2). In 1972, a visit to Kenya brought another model for organizing a rural internship to the authors' attention. In 1973 the authors visited Colombia together to learn from its experience and to examine that experience in terms of the Kenya model. This paper is the result of observations made on those three trips.

Primary Health Care in an Academic Medical Center

STEPHEN B. THACKER, MD, EVA J. SALBER, MD, DPH,
CAROLEE OSBORNE, AND LAWRENCE H. MUEHLBAIER, MS

Abstract: In 1975-76 a one-year longitudinal study of the delivery of primary care services was carried out at all ambulatory institutional facilities in Durham County, North Carolina and in 47 of 50 community private practices covering the broad fields of surgery (including urology and orthopedics), medicine, pediatrics, and ob/gyn. The present paper focuses on the private and public clinics of Duke University Medical Center. Data were analyzed to document differentials in sociodemographic characteristics of patients attend-

ing these two systems of care. Results showed that patients attending the private clinics are predominantly white and covered by private insurance, while patients attending the public clinics are predominantly black and heavily dependent on Medicaid coverage. The potentially detrimental effects of a two-class system of care on the health of patients, as well as on the education of students, is discussed in the context of a scant medical literature on this subject. (Am. J. Public Health 68:853-857, 1978.)

Introduction

Hospitals have been criticized for the maintenance of a two-class system of care within their own institutions.¹ Critics underscore the difference in the quality of care delivered to persons in two groups drawn along lines of economic and social class. Prodded by the increasing quantity of ambulatory services, public and congressional pressures for primary care, and increasing costs of each, the Association of American Medical Colleges has sponsored workshops to develop models in the provision of one-class ambulatory care in university teaching hospitals.² It is of interest, however, that there is little descriptive or analytic study of the effect of this two-tiered system of care. Studies of the medical student experience may note the differences between public and private clinics, but they fail to analyze their impact on the learner.³ At the same time, the presumed leadership role of the academic medical center in the evolution and reform of the health-care system⁴ includes the responsibility for the development of the "finest of attitudes in the care of the sick."⁵ While there have been several important attempts to integrate the outpatient department into the medical school experience in a more meaningful fashion and to provide a better learning experience for the student and house officer, the impact of such programs remains speculative.⁶⁻⁹ Although

From the Department of Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC. Dr. Thacker is currently with the Center for Disease Control, Atlanta, GA. Address reprint requests to Dr. Eva J. Salber, Box 2914, Community and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC 27710. This paper, submitted to the Journal November 23, 1977, was revised and accepted for publication March 13, 1978.

several good studies of the quality of ambulatory care exist, they do not specifically compare public and private clinics.¹⁰⁻¹²

This paper is the second report of a study on primary care in Durham County, North Carolina. The first report described the whole primary care system of Durham County and demonstrated the effects of race, sex, age, and insurance status on utilization behavior in specific institutional facilities and types of practice.¹³ The present paper is confined to Duke University Hospital only. Although Duke renders some primary care through its Private Diagnostic Clinic (PDC), its Public Outpatient Clinics (OPC), its Emergency Room (ER) and its Family Practice Center (located about one mile from Duke Hospital), the results reported here are based on data collected from the PDC and the OPC only. The characteristics of patients attending these two clinic systems are contrasted and discussed in the light of possible implications for quality of health care and medical education.

Study Background

The PDC

When Duke Medical Center was formed in the early 1930s, the faculty were among the very few specialists in the area. These individuals were often called upon to serve as consultants to the local general practitioners with arrangements for these consultations being handled by each individual faculty member on an *ad hoc* basis. After about a year of this type of operation, several individuals in the faculty agreed to pool resources and to hire an administrative staff

¹ Also appearing in Spanish in *Bol. Of Sanit. Paises 81*, 1976.

² The authors are grateful to the Milbank Memorial Fund, whose support made this study possible.

³ Clinical Scholar and Resident, Family Medicine Program, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina 27710.

⁴ Robert Wood Johnson Health Policy Fellow, Institute of Medicine, United States National Academy of Sciences, Washington, D.C. 20418.

⁵ The First PAHO/WHO Meeting on Rural Service Programs in Latin America, which was held on 15-18 December 1974 at PAHO Headquarters in Washington, D.C.

EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA



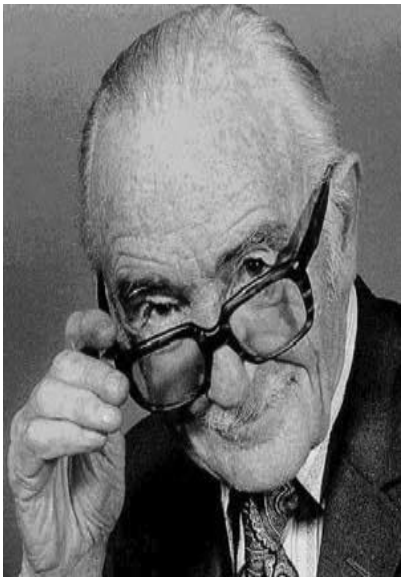
MANUAL DE EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA

Gianni Tognoni
(editor)

Edición CECOMET
1997


- La epidemiología comunitaria considera que salud debe ser un desarrollo de la autonomía de las comunidades.
- Los datos deben ser en el conocimiento de las comunidades, las comunidades deben ser sujetos de salud. Por eso que la salud es un indicador de la vida, de la autonomía, de la democracia de las comunidades.
- Las comunidades deben poder describirse y expresarse a través del conocimiento de los datos de sus necesidades, de sus deseos y los efectos que se producen con las intervenciones.
- Es decir, que la epidemiología comunitaria es un poco la mirada del otro lado de la mirada convencional de la epidemiología que integra la planificación central con un conocimiento, una autonomía y con una participación local.
- Los protagonistas de la epidemiología comunitaria son las comunidades y no los epidemiólogos.
- Desarrollar esta epidemiología comunitaria significa desarrollar una medicina que es una herramienta de democracia y no solamente una manera de distribuir tecnología e intervenciones a través de un conocimiento centralizado.
- GIANNI TOGNONI

PERSPECTIVA TRANSDISCIPLINAR



JESÚS ARMANDO HARO
ORGANIZADOR

Epidemiología sociocultural
Un diálogo en torno a su sentido,
métodos y alcances

 Lugar
Editorial

Published by Oxford University Press on behalf of the International Epidemiological Association *International Journal of Epidemiology* 2005;34:721-722
© The Author 2005; all rights reserved. doi:10.1093/ije/dyl149

EDITOR'S CHOICE

Allende, Cochrane, war and terrorism

This year is probably the 50th anniversary of the International Epidemiology Association (IEA). In 1955 the International Corresponding Club, which later became the IEA, was established and a bulletin was produced. However, it was not until 1957 that an international meeting was held. So in this issue we have reflections on the history and development of the best seller *Baby & Child Care*, continued to recommend sleeping on the front up to 1988. Surprisingly, published data on the Gulf War syndrome has only examined the experience of US, British, and other troops foreign to the Gulf region. In this issue we provide the first attempt to examine the health problems of coalition forces from

IEA © International Epidemiological Association 2004; all rights reserved. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:1-6
DOI: 10.1093/ije/dyh195

REPRINTS AND REFLECTIONS

Medical issues in historical demography

Thomas McKeown

For the demographer and economic historian all movements of population are important and deserve, so far as possible, to be explained; but for the student of social and medical history the modern rise of population is a unique event whose interpretation is not only of the greatest historical interest but is also essential to an understanding of some of the most formidable contemporary problems. The population history of population and the modern rise is of particular significance in the eighteenth century. The methods as well as the aims of

It is therefore desirable to begin by examining post-registration data and to consider the uncertainties in the eighteenth century in the light of conclusions concerning the later period. Some of the most important questions which arise are medical in character. In the pre-registration period, the issue which has preoccupied demographers and biostatisticians has been the importance of changes in birth and death rates, which are less significant than the question what disturbed either rate.

(a). Eighteenth-century data

FINALMENTE



ROBERTO COCHETEUX

Tabla No.24. Jerarquización de la equidad en el World Health Report 2000.

	Resultado	Receptividad	Financiamiento	Total
1	Chile	Argentina	Colombia	Colombia
2	Cuba	Uruguay	Cuba	Cuba
3	Colombia	República Dominicana	Uruguay	Costa Rica
4	Costa Rica	Jamaica	Costa Rica	Chile
5	Paraguay	Brasil	Bolivia	Uruguay
6	Argentina	Costa Rica	Panamá	Argentina
7	México	Panamá	Ecuador	Venezuela
8	Uruguay	Venezuela	Argentina	México
9	Venezuela	Colombia	Venezuela	Panamá
10	Jamaica	Cuba	Jamaica	Jamaica
11	Panamá	Chile	México	República Dominicana
12	Nicaragua	Ecuador	República Dominicana	Paraguay
13	República Dominicana	México	Guatemala	Guatemala
14	Perú	El Salvador	Haití	El Salvador
15	Guatemala	Paraguay	Nicaragua	Bolivia
16	Brasil	Nicaragua	Chile	Nicaragua
17	El Salvador	Guatemala	El Salvador	Perú
18	Bolivia	Perú	Paraguay	Ecuador
19	Honduras	Honduras	Honduras	Honduras
20	Ecuador	Haití	Perú	Haití
21	Haití	Bolivia	Brasil	Brasil

MIERCOLES 27 DE MARZO 2008

BOLIVAR VEREDA BAJO LLANO



- Experiencias en Colombia Colmbo-Holades
- ¿Cómo murió Héctor Abad Gómez?
- ¿Cómo murió Leonardo Betancourth?
- ¿Cómo murió Emiro Trujillo?
- ¿Donde murió Alberto Vasco?





1957
1987



HISTORIA Y SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA: (Selecciones)

Henry Sigerist
Editado y traducido por
Gustavo Molina Guzmán



Una selección de las ilustraciones de la obra de Sigerist, publicadas en 1957.



HISTORIA Y SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA

HENRY SIGERIST
SELECCIONES

Editado y traducido por el DR. GUSTAVO MOLINA G.



Editorial Universitaria, Valparaíso



HISTORIA Y SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA

Gustavo Molina Guzmán.
Nacido en Santiago el 27 de octubre de 1916, cursó medicina en Chile, se graduó de la UPCh. Comenzó su carrera profesional en el Hospital de la Universidad de Chile, en 1942, luego en el Dr. Barros. Sus estudios se centraron en la historia de la medicina, en la fundación y desarrollo del Departamento de Salud Pública del Hospital de Chile entre 1950 y 1952, y finalmente, presidente de la Sociedad Chilena de Epidemiología (1956/1957), a partir de 1967, después de haber servido a la Organización Internacional de Historia de la Medicina y Sociología de la Medicina en San Francisco de Yerba, de 1957 hasta 1960. Tras el golpe de Estado de 1973, se retiró de la medicina y se dedicó a la enseñanza y a la investigación. Falleció el 15 de agosto de 1973.

La edición chilena del «Historia y Sociología de la Medicina: (Selecciones)» de Henry Sigerist, coordinada por Gustavo Molina Guzmán en Santiago de Chile (1957), es un primer aporte a la historia y sociología de la medicina, orientada a la salud de los pacientes y a la historia de la medicina. Esta primera edición estuvo impresa entre el 27 de agosto de 1957 y el 15 de agosto de 1973.





Sidney L. and Emily Kark.

