

SIMPOSIO A 40 AÑOS DE ALMA ATA, CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

SYMPOSIUM 40 YEARS FROM ALMA- ATA INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE

1. Médico, Coordinador de Proyectos de Medicus Mundi Navarra Aragón Madrid; ex Ministro de Salud del Perú; Master en Gestión de Centros y Servicios de Salud; Diplomado en Salud Internacional; Diplomado en Administración de Servicios de Salud. Vicepresidente de la Sociedad Peruana de Medicina Centrada en la Persona
2. Enfermera, Coordinadora del proyecto Salvando la vida de los niños en Loreto y Ucayali; especialista en interculturalidad. Master en Gestión Pública.

Contribución de los autores: al conjunto del artículo.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: declaramos que no existe relación, condición o circunstancia que pueda afectar la objetividad en la interpretación del artículo; ni económica, ni institucional.

Recibido: 1 setiembre 2018

Aceptado: 13 setiembre 2018

Correspondencia:

Fernando Ignacio Carbone Campoverde

📍 Calle Ing. Luis Montero 198, oficina 203,
San Borja, Lima, Perú

☎ 4761842 / 996776869

✉ fernando.carbone@medicusmundi.pe

Citar como: Carbone Campoverde FI, Palomino Flores Y. La atención primaria de salud. La experiencia peruana. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):367-373. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2099>

La atención primaria en salud. La experiencia peruana Primary health care. The Peruvian experience

Fernando Ignacio Carbone Campoverde¹, Yely Palomino Flores²

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2099>

ABSTRACT

Alma Ata is still in force in those experiences of comprehensive health care from all and for all that some countries have managed to implement, especially in the rural areas with populations affected by exclusion and poverty. Peru has several of them that find their roots in experiences previous to the 1978 Conference. It is interesting to confirm that many of these were initially dedicated to the care of pregnant women and newborns, and then they have translated their lessons learned to the care of the whole population.

Key words: Alma Ata, Primary Health Care, Comprehensive Health Care, Intercultural, Social Participation, Intercultural Relevance, Family Health, Health for All, Health in All Policies, Maternal - Perinatal health.

RESUMEN

Alma Ata sigue vigente en aquellas experiencias de Cuidado Integral de la Salud por todos y para todos que algunos países han logrado implementar, sobre todo en zonas rurales con poblaciones afectadas por la exclusión y la pobreza. El Perú detenta varias de ellas, que incluso encuentran sus raíces en experiencias previas a la Conferencia de 1978. Es interesante confirmar que muchas de estas se abocaron primero a la atención de las gestantes y recién nacidos, y luego han trasladado sus lecciones aprendidas al cuidado de toda la población.

Palabras clave. Alma Ata, Atención Primaria de la Salud, Cuidado Integral de la Salud, Interculturalidad, Participación Social, Pertinencia Intercultural, Salud Familiar, Salud para Todos, Salud en Todas las Políticas, Salud Materno - Perinatal.



INTRODUCCIÓN

Agradecemos a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología la oportunidad de participar en un Simposio que 'A los 40 años de Alma Ata' examina el que consideramos el corazón de la Conferencia Mundial de Salud de 1978 'La Atención Primaria de la Salud', en su acepción original, reivindicada en los últimos años como 'El Cuidado Integral de la Salud Por Todos y Para Todos'.

Durante los últimos 40 años han surgido y se han afirmado situaciones que le dan la razón a los postulados de la Conferencia de 1978, sobre todo a la urgente necesidad de su implementación técnico / política (actualizada evidentemente) en algunos países y regiones.

Permítannos de forma arbitraria enfocarnos de un lado en las experiencias peruanas que alimentaron junto con otras en el mundo, la convocatoria a la Conferencia. El Dr. David Tejada de Rivero ha señalado en diversas ocasiones que ante la crisis de los modelos y servicios de salud de los 70 camino a los 80, llamaba la atención las experiencias de China con los llamados 'médicos descalzos' (China no concurriría a Alma Ata lamentablemente por razones de orden político), de Tanzania y de Perú en la Región Puno; en esta última, el trabajo de muchos años de Manuel Núñez Butrón⁽¹⁾ coincidía en mostrar que países con brechas económicas y sociales grandes, sin embargo podían mostrar experiencias y avances en la salud pública colectiva que atendía a la mayoría de sus poblaciones.

Y de otro, reconociendo que dos etapas de vida han mostrado los mayores impactos de las acciones de la Atención Primaria de la Salud (las gestantes y los niños recién nacidos), abordar tres ejes temáticos relacionados que destacan para este logro: la interculturalidad, la pertinencia cultural y la participación social.

UN TESTIMONIO⁽²⁾

"Familias y comunidades estaban atentas, promotores y parteras estaban listos. Como llovía a raudales no habían podido llevar a Paulina, según lo planeado, a la casa materna del puesto de salud. Cuando empezaron los dolores actuaron rápidamente: promotores y partera llegaron con la Chacana (camilla), pusieron a la gestante en la misma y

partieron con la familia de Paulina hacia el centro poblado de Occopampa. A la mitad camino el sol se abrió paso entre las nubes y se asomó dando calidez al camino hacia la vida. Tras dos horas de caminar subiendo y bajando cerros con Paulina postrada en la camilla, con dolores de parto, llegaron al puesto donde, avisados, les esperaba el personal del centro de salud y el presidente de la comunidad.

El expulsivo aún no estaba cerca, así que llevaron a Paulina a la casa de espera, junto al puesto de salud, una construcción adecuada por la población a sus usos y costumbres, pocos colores fríos, nada de muebles metálicos, ambiente cálido y un equipamiento propio de la comunidad en que se inserta. La familia ayuda a la partera a preparar mates y dar masajes a Paulina, la cual ya ha disipado todos sus temores, ¡está como en casa, está en su casa!

Y llega el momento, Paulina pasa a la sala de partos del puesto de salud. Paulina ya había identificado semanas atrás con el personal de salud, en su plan, que quería tener un parto vertical. Paulina no mudó sus ropas, la faja y el chumpi tradicionales, por los batines médicos que se ofrecen a los pacientes. También la sala de espera era su casa, estaba acompañada de su familia y la comunidad. Su esposo la sostenía, la partera la calmaba y el personal de salud la atendía de forma cálida, hablándole en su quechua natal. Paulina se agarró a una soga pendiente del techo, y mediante las naturales maniobras de expulsión, un dulce llanto llenó la sala; un llanto que alegró a la Pachamama y a toda la comunidad, no era un llanto de dolor, sino de una nueva criatura que se abre a la vida."

LA DECLARACIÓN ORIGINAL DE ALMA ATA, COMO PUNTO DE PARTIDA PARA LA REFLEXIÓN EN TORNO A LA MISMA

Sin quitarle integralidad a la riqueza de la declaración, permítannos centrarnos en estos pocos campos seleccionados.

La decisión de convocar a la conferencia en 1976, el largo camino de dos años para construir el desarrollo de la misma y consensuar la propia declaración, fue un proceso técnico y político, donde lo segundo estuvo al servicio de lo primero. Resulta pertinente recalcar para efecto de nuestro análisis, los siguientes contenidos de la misma⁽³⁾:

III. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo



económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial (Sustento para Promoción de una Cultura de la Salud y la Prevención de conductas de riesgo).

- IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (Sustento para la Participación Social).
- V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas... La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (Sustento para la responsabilidad del Estado y la preeminencia de la APS).
- VI. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Sustento para la preeminencia de la APS y de la determinación de tres sujetos, objeto de dicha atención: persona, familia y comunidad).

VII. La atención primaria de salud:

2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas (Sustento para los componentes de la APS).
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades:...; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia;... (Sustento para el énfasis en las dos etapas de vida mencionadas).
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y

campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario,... y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores (Sustento para la Intersectorialidad y la Participación Intersectorial).

5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud,... y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (Sustento para la Participación Social).
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud,... y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional,... para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad (Sustento para la Participación Comunitaria, la Interculturalidad y la Pertinencia Cultural).

Una declaración de tan solo dos páginas, reunió en pocas frases el común sentir de experiencias que hace 40 años no solo evidenciaban que sí era posible hacer salud de una forma diferente, sino que era y entonces evidente que era necesario abordar la salud de forma audaz e innovadora⁽⁴⁾.

POR QUÉ MAYORES AVANCES EN TORNO A LAS ETAPAS DE VIDA DE LA GESTANTE Y DEL RECIÉN NACIDO

Siempre hemos señalado que las gestantes y los recién nacidos son, en términos de vulnerabilidad, quienes más riesgos corren dentro de un sistema de salud excesivamente hospitalario, medicalizado y biologicista, que no acompaña cercanamente sus necesidades; peor aún en un país con tantas barreras geográficas, comunicacionales, sociales y tan diverso culturalmente (55 pueblos indígenas según el Ministerio de Cultura). Esto nos ha llevado a afirmar que quien resuelve la atención de salud de las gestantes y los recién nacidos es capaz de resolver la atención de salud para toda la población. La experiencia de Manuel Sánchez Butrón en el mundo rural de Puno era probablemente la que mejor identificaba este paradigma⁽¹⁾.



En la transición del siglo XX al siglo XXI, dos experiencias (entre muchas otras ciertamente) trataron de llevar al mayor grado posible una atención integral a estas dos etapas de vida de la población. Primero, la experiencia ayacuchana de San José de Secce, provincia de Huanta, región Ayacucho, la cual serviría años más tarde para el trabajo del Consorcio Madre Niño (Calandria, Kallpa, Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites) en la provincia de Churcampa, Huancavelica, entre el 2005 y 2008, que fuera recogido en una sistematización del año 2009⁽³⁾. Permítannos concentrarnos en esta segunda, cuya continuidad a cargo del personal con responsabilidades obstétrico perinatales de la Red de Salud Churcampa continúa al presente y se ha proyectado a un posterior trabajo con toda la población⁽⁵⁾.

El trabajo surgió en 2004, con el objetivo de reducir la mortalidad materna y perinatal en el contexto andino peruano. La intervención se propuso desarrollar una estrategia de salud materno perinatal que apostara por la integralidad del cuidado y la inclusión (pertinencia) cultural de las madres gestantes, parturientas y puérperas, así como de los recién nacidos, con calidad y calidez, promoviendo la accesibilidad, la adecuación cultural, el enfoque de género y sobre todo la implicación y la participación de las familias y la comunidad, como agentes básicos de la salud del individuo. Todo ello dentro del propio sistema de salud público del país, en este caso desde la Red de Salud de Churcampa y la Dirección Regional de Salud de Huancavelica.

Los socios locales peruanos (Kallpa, Calandria y Salud Sin Límites Perú) promovieron un diálogo participativo entre la propia población (usuarias de los servicios y sus familias) y los prestadores de salud: personal sanitario de los establecimientos, los agentes comunitarios de salud, y los terapeutas tradicionales, principalmente parteras. Todos estos actores involucrados en la salud materno y perinatal compartieron sus saberes y la evidencia práctica de su día a día, desde sus creencias y saberes ancestrales o académicos; pero, también lo hicieron las familias y las comunidades, escuchando cómo viven y sienten las mujeres los procesos relacionados con la gestación, el parto y puerperio y el cuidado del recién nacido.

Es desde este diálogo de respeto mutuo, de donde sale la adecuación y pertinencia intercultural de la atención al parto, y surge una nueva forma de cuidar la salud de las gestantes, parturientas, puérperas y recién nacidos. Esta forma, avalada por los propios prestadores de salud que trabajaron en la misma, es la que se llevó a través de protocolos y procedimientos a los servicios de salud. Convertir las normas de funcionamiento en un trato de calidad, pero también de calidez y adecuada a la población, es lo que permitió restablecer la confianza entre los establecimientos y trabajadores de salud y la población a la que atienden. Se incluyeron las casas de espera adecuadas a los usos y costumbres de la zona, las salas de parto ofreciendo diferentes posibilidades, tanto para el parto vertical como horizontal, el papel de la familia, la comunidad y sobre todo el acompañamiento del terapeuta tradicional (partera/partero) fue reconocido activamente en todo proceso. El personal de salud cambió / adaptó / mejoró muchas de sus tácticas operativas aprendidas en el ámbito académico, para adaptarlas al paciente al que acompañaban y cuidaban.

Esto se tradujo sobre todo en una mayor confiabilidad de la población en los servicios de salud, lo que aumenta la satisfacción de los y sobre todo las usuarias de dichos servicios, pero también genera un aumento en la motivación y la dedicación de los profesionales de salud de los establecimientos. La satisfacción de usuari@s y prestador@s de los servicios se situó (2008) por encima del 92% conforme a las encuestas anuales de satisfacción⁽²⁾.

A nivel de números, que siempre parece que son los que marcan los resultados, o al menos los miden, esta nueva forma de 'hacer salud' permitió entre otros cambios:

- Una disminución del 50% en la incidencia de embarazos adolescentes, lo que colocó a la Red Churcampa por debajo de los promedios regionales y nacional.
- Cero muertes maternas la mayor parte de los años transcurridos desde el 2005.

Esta estrategia de salud materno y perinatal ha sido adoptada (y adaptada) desde 2008 por



otras redes de salud del país, y se ha recogido sus aportes en normas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido.

Churcampa se ha convertido, gracias a la divulgación de la experiencia, en un centro de pasantías nacionales e internacionales, donde diferentes profesionales e instituciones viajan para aprender y conocer más de esta forma de atender la salud materna perinatal.

Al cierre del proyecto de cooperación externa (2008), el personal de salud de la Red y de la Dirección Regional quedó al cargo de la estrategia, y han seguido promoviéndola e incluso avanzando en la calidad y calidez de esta nueva forma de hacer. A modo de sistematización la experiencia se recogió en un documento llamado, muy al caso, 'Cerrando Brechas Aproximando Culturas'⁽²⁾.

TRASLADO DE LA EXPERIENCIA MATERNO PERINATAL AL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE LAS PERSONAS. LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

El año 2002, en la reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica en Antigua Guatemala, se expresa: 'Si nuestros problemas de Salud son parecidos, las soluciones, sin ser iguales, no son muy diferentes'. Hay un reconocimiento de largos años de intentos de mejorar los sistemas y modelos de salud de nuestros países, y la sensación de no terminar de lograrlo, en especial para los colectivos más grandes, pobres, vulnerables y excluidos de la población. Y la intuición de tener pistas comunes a todos los países, sobre por qué nos ha venido sucediendo esto.

El 2010, la Organización Panamericana de la Salud - OPS da a conocer su propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS⁽⁶⁾, nacida del estudio de los diversos esfuerzos de los países de las Américas desde los 70 por encontrar una forma diferente de construir y hacer sociedades y países saludables, de articular componentes y atributos operativos y de gestión en torno a las personas, las familias y las comunidades, y de partir de la Atención Primaria de la Salud - APS, como eje conductor de las RISS. Ese mismo año en el Perú se perfecciona el Modelo de Atención Integral de Salud, basándolo en la Familia y la Comunidad - MAIS BFC⁽⁷⁾.

La Red de Salud Churcampa primero y luego las de Tayacaja y Huancavelica (y en general las otras 4 redes huancavelicanas), a la hora de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad para el primer nivel de atención (el MAIS-BFC) encuentran las similitudes con la experiencia del trabajo materno - perinatal, ya que se aboga por la integralidad de los servicios, la inclusión cultural, la participación social, la intersectorialidad, entre otros. Es más, se encuentra cercanía con experiencias en Bolivia, El Salvador y Guatemala, donde se desarrollan proyectos similares y que se ha sintetizado en 12 claves⁽⁵⁾.

Se trató pues de hacer un abordaje promoviendo la participación - corresponsabilidad en salud, la integralidad de los servicios, la adecuación cultural, la integración de los diferentes actores abarcando todo el primer nivel de atención. Y sobre todo haciendo énfasis en la salud preventiva y la promoción de la misma, enfrentando determinantes no solo bio-fisiológicos de la salud, sino también los sociales y ambientales, así como implicando no solo al individuo como sujeto paciente, sino a la familia y la comunidad como actores principales de la misma.

El Perú es un país diverso; actualmente es habitado por 55 pueblos indígenas. Estos pueblos mantienen sus propias formas de entender el mundo, y han desarrollado sus propios sistemas médicos, los que interactúan con el sistema médico oficial. Además, mantienen sus percepciones sobre el proceso salud - enfermedad - muerte, sus propios itinerarios terapéuticos para atender sus necesidades y problemas en salud. En las comunidades, la medicina tradicional es vigente y práctica por los agentes de la medicina tradicional, parteras tradicionales que se encargan de atender no solo el parto, sino brindan un cuidado tradicional integral desde el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido.

Se debe tener en cuenta que las prácticas y costumbres para el cuidado de la salud tienen diferencias en cada contexto comunitario, especialmente si pertenecen a diferentes pueblos indígenas. Estas prácticas podrían ser favorables para todos los usuarios de los servicios de salud; sin embargo, generalmente son poco conocidas y en varios casos ignoradas por el personal de salud.



En Churcampa se identificó la importancia de adaptar la normativa nacional de atención del parto vertical a la realidad local, caracterizada por uso de distintas posiciones para dar a luz, el consumo de plantas locales y el uso de diversos repertorios terapéuticos de la medicina tradicional durante la gestación, parto y puerperio. Asimismo, se debía ampliar el alcance de la normativa nacional para que esta no quede resumida al aspecto de la posición en que se da a luz. Asimismo, se identificó que se requería incorporar un enfoque intercultural en la atención del recién nacido en parto vertical, pues una vez se producía el nacimiento los servicios dejaban de implementar la interculturalidad. La incorporación del recién nacido en este proceso no solo permite brindar una atención de salud más integral a la madre y al niño, sino que integra el trabajo del equipo de salud del médico, obstetra y enfermera.

La participación de los municipios, del sector educación (el trabajo con los especialistas de la UGEL, docentes, las escuelas para padres), los comunicadores sociales, las autoridades comunales y otros actores ha sido clave para la sostenibilidad de una forma diferente de hacer salud en el primer nivel de atención. Algunos componentes / atributos que en años recientes se han perfeccionado para operativizar el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad - MAIS BFC^(7,8) son:

- La mejora de la planta física y el equipamiento para atender adecuada, oportuna y dignamente a los usuarios.
- Las visitas extramurales a las familias, tanto estén o no en situaciones de riesgo. El abordaje de los determinantes sociales de la salud.
- La mejora del manejo de la información en cartas familiares, organizadas sectorialmente en el marco de un reordenamiento territorial y la informatización adecuada de la data familiar.
- La construcción y adecuación dialogada de los servicios. Población y prestadores de salud dialogaron compartiendo pareceres y evidencias desde sus creencias y saberes ancestrales unos y académicos otros; construyeron una forma de cuidar la salud, que animó al uso de los servicios y restableció la confianza en los establecimientos y trabajadores de salud.

- La formación y el entrenamiento del personal de salud y la formación de formadores para dar continuidad a estos procesos en el propio ámbito local, reconociendo desde las Redes y la DIRESA los conocimientos y competencias adquiridas, e incorporando las mismas a la currícula de pre y posgrado de la universidad local.
- El trabajo intersectorial, multidisciplinario y con participación social: docentes y especialistas del ministerio de educación; comunicadoras sociales, autoridades municipales y comunitarias, organizaciones de base de la población, terapeutas tradicionales, agentes comunitarios de salud, comunicadores, entre otros.

La experiencia desarrollada no solo en el Perú, sino también en Bolivia, El Salvador y Guatemala, ha merecido diversos reconocimientos nacionales e internacionales: Primer lugar en el Concurso de Buenas Prácticas en Salud de la OPS el 2012 (Churcampa); Premio como Institución Excepcional del Instituto Carlos Slim de la Salud 2014 (los 4 países); Premio a la Mejor Experiencia en Gestión Pública Intercultural 2015 (Churcampa); Premio Sasakawa de la OMS a la Mejor Experiencia de APS 2016 (los 4 países); Finalista al *United Nations Public Awards* 2018 (Churcampa y Tayacaja). Desde hace varios años se recibe pasantes y becarios de Europa y las Américas, amén de todo el país, que vienen a conocer el trabajo en el primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

Alma Ata nos interpela avanzando en el primer cuarto del siglo XXI para construir un mundo diferente, un mundo saludable:

- Construir una salud integral; no solo de las dimensiones biopsicosociales, sino culturales, espirituales y energéticas, debidamente armonizadas y equilibradas, basadas en el derecho a la salud y con la participación intersectorial de todo el Estado (texto relacionado al Punto I de la Declaración de Alma Ata, Definición de Salud)⁽³⁾.
- Construir la salud de las personas, las familias y las comunidades, de los llamados intangibles que constituyen la reserva de nuestra humanidad, de tres sujetos que deben ser objeto de nuestro cuidado⁽⁵⁾.



- Construir la salud desde un inicio de forma participativa y consensuada, entre cuidadores y cuidados, buscando el bien común, con respeto irrestricto a las ideas de todos, es decir con una perspectiva de lo que es el auténtico ejercicio de la política y no la perversión de la misma unida al utilitarismo y la corrupción que es origen y fin del mismo (texto relacionado al Punto IV de la Declaración de Alma Ata, el acercamiento al Derecho a la Salud⁽³⁾).
- Del 2000 al 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM recogen de forma parcial y focalizada las metas sanitarias a alcanzar en este siglo; ello a pesar de haber sido todos los ODM objeto de críticas justificadas de muchos países. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible recogen este guante y plantean objetivos globales del 2016 al 2030 más de acuerdo con los cambios en salud que precisan los países⁽⁹⁾.
- Las experiencias de cambio y transformación precisan de un largo plazo para afirmarse. Los modelos hegemónicos han dispuesto de décadas para hacerlo y no van a cambiar de la noche a la mañana. Por lo tanto, los modelos innovadores merecen la oportunidad

y el mismo esfuerzo y respaldo político que han tenido los modelos que no han logrado resolver los problemas sanitarios que afectan a nuestros países.

REFERENCIAS

1. Salinas Flores D. Manuel Núñez Butrón: Pionero de la Atención Primaria en el Mundo. *Rev Med Chile*. Dic 2014;142(12).
2. *Medicus Mundi Navarra*. Cerrando Brechas Aproximando Culturas, 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. 1978.
4. Organización Mundial de la Salud. Health in All Policies. Salud en Todas las Políticas. 2015.
5. *Medicus Mundi Navarra*. Claves para la Transformación de los Modelos de Salud de América Latina. 2013.
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Serie de Atención Primaria de Salud Renovada. 2010.
7. Ministerio de Salud, Perú. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. 2010.
8. *Medicus Mundi Navarra*. Primeros Avances de la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC) en la Provincia de Churcampa, Huancavelica, Perú. 2013.
9. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015.

