



# Competencias en Atención Primaria de Salud

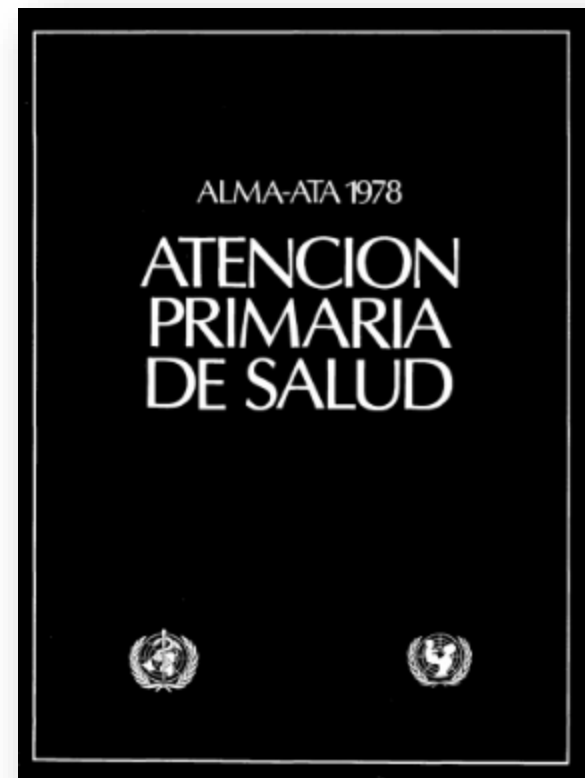
DR. ROSBEL TOLEDO ORTIZ  
DIRECTOR DE LA SECCIÓN TÉCNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA  
SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA



SOCIEDAD MEXICANA  
DE SALUD PÚBLICA

SALUS • VERITAS • LABOR


1978



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

2003

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

2007

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)

Organización Panamericana de la Salud  
 Organización Mundial de la Salud

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

2008

Informe sobre la salud en el mundo 2008

La atención primaria de salud

Más necesaria que nunca

Organización Mundial de la Salud

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

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

SERIE  
 La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 1

Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud

Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS

Organización Panamericana de la Salud  
 Organización Mundial de la Salud

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





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

2013

Simposio

REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA

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

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

David A. Tejada de Rivero<sup>1\*</sup>

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

### RESUMEN

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

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

### ABSTRACT

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

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

### UN TESTIMONIO PERSONAL

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

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

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

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

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

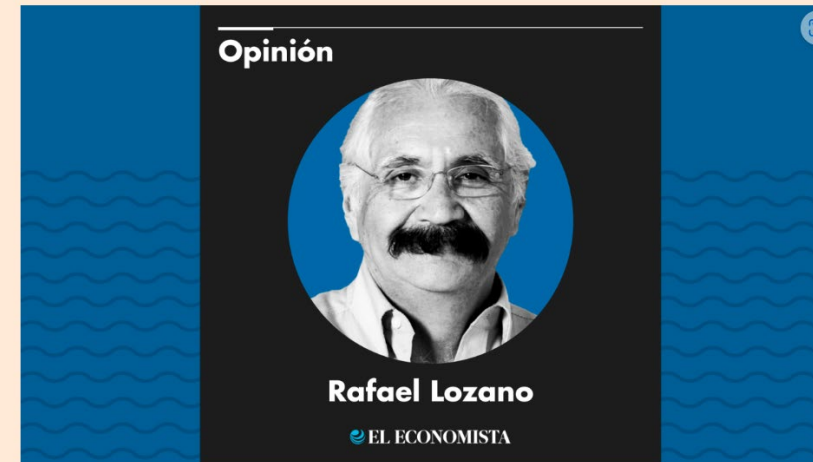
2025

Q BUSCAR

EL ECONOMISTA

OPINIÓN

## Atención o cuidado a la salud



Cuarenta años después, el Dr. David Tejada Rivero, principal organizador de la reunión de Alma-Ata y exsubdirector general de la OMS, reflexionó sobre un error crucial en la traducción del término "Primary Health Care" <https://shorturl.at/Fp7np>.

... "se equivocaron en la traducción al español de "Primary Health Care". El término original (Care) se refería a «cuidado» y no a «atención». El término «Primary» fue mal interpretado. La idea de Alma Ata era considerar la palabra «Primary» como lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario. Pero se interpretó después en su sentido opuesto, como un servicio, todo médico reparativo y barato para atender a los pobres. Es muy claro en la «Declaración de Alma Ata» lo esencial se refiere a «cuidado de la salud» y no a una «atención médica reparativa orientada a la enfermedad» ...

Para mí, las acciones a futuro están en la cancha de las universidades. Su responsabilidad en el corto y mediano plazo es atender con hechos las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los contenidos esenciales y las competencias en la formación de los médicos generales orientados al cuidado primordial de la salud?
- ¿Qué especialidades son propias de estas actividades?
- ¿El cuidado primordial de la salud debe quedar exclusivamente en manos de profesionales de la medicina general o buscar una participación interprofesional?
- ¿Cuál es el papel de las familias y de la comunidad en materia de cuidado primordial de la salud?
- ¿Qué instancias del sistema de salud se podrían hacer cargo de la promoción, protección y prevención, y cuáles de la rehabilitación y cuidados paliativos?

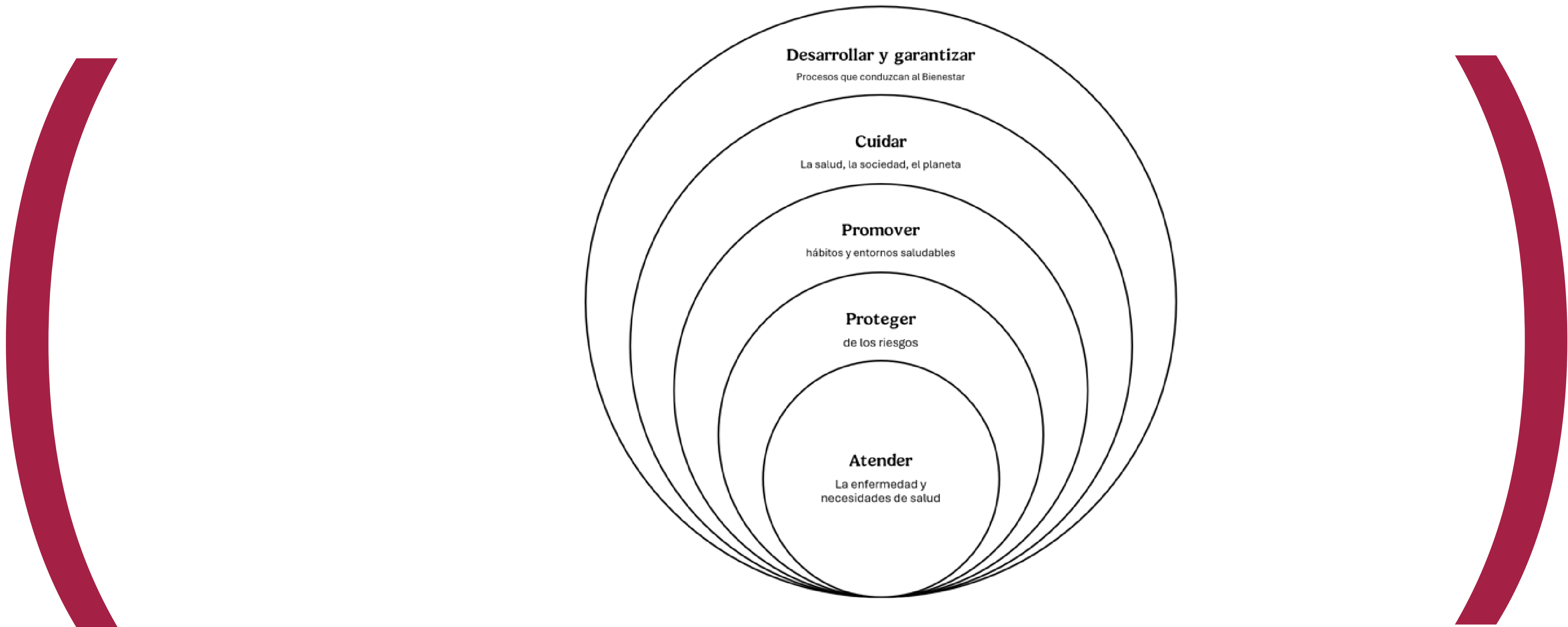


Figura 1. Capas del Desarrollo del Bienestar en Salud. Elaboración propia. Rosbel Toledo-Ortiz

## Diferencia conceptual entre **atención** y **cuidados** en salud

Término	Definición conceptual	Enfoque
<b>Atención</b>	Conjunto de <b>acciones organizadas, técnicas y profesionales</b> destinadas a diagnosticar, tratar, prevenir o promover la salud de una persona o comunidad.	Más <b>clínico-asistencial</b> , basado en la relación paciente-profesional y en intervenciones sistematizadas.
<b>Cuidados</b>	Conjunto de <b>acciones continuas, integrales y generalmente centradas en la persona</b> , orientadas a <b>proteger, acompañar y sostener la vida y el bienestar</b> , muchas veces más allá de la curación.	Más <b>relacional, humano y cotidiano</b> , involucra aspectos afectivos, emocionales, <u>sociales</u> y éticos.

### **Diferencias clave:**

Aspecto	Atención	Cuidados
Finalidad	Resolver un problema de salud específico	Mantener calidad de vida y bienestar
Agente principal	Profesionales de la salud	Profesionales, cuidadores, familia
Duración	Episódica o por evento	Continua, prolongada o permanente
Dimensión	Técnica y biomédica	Humana, ética, social, afectiva
Ámbito	Clínico y asistencial	Clínico y doméstico-comunitario

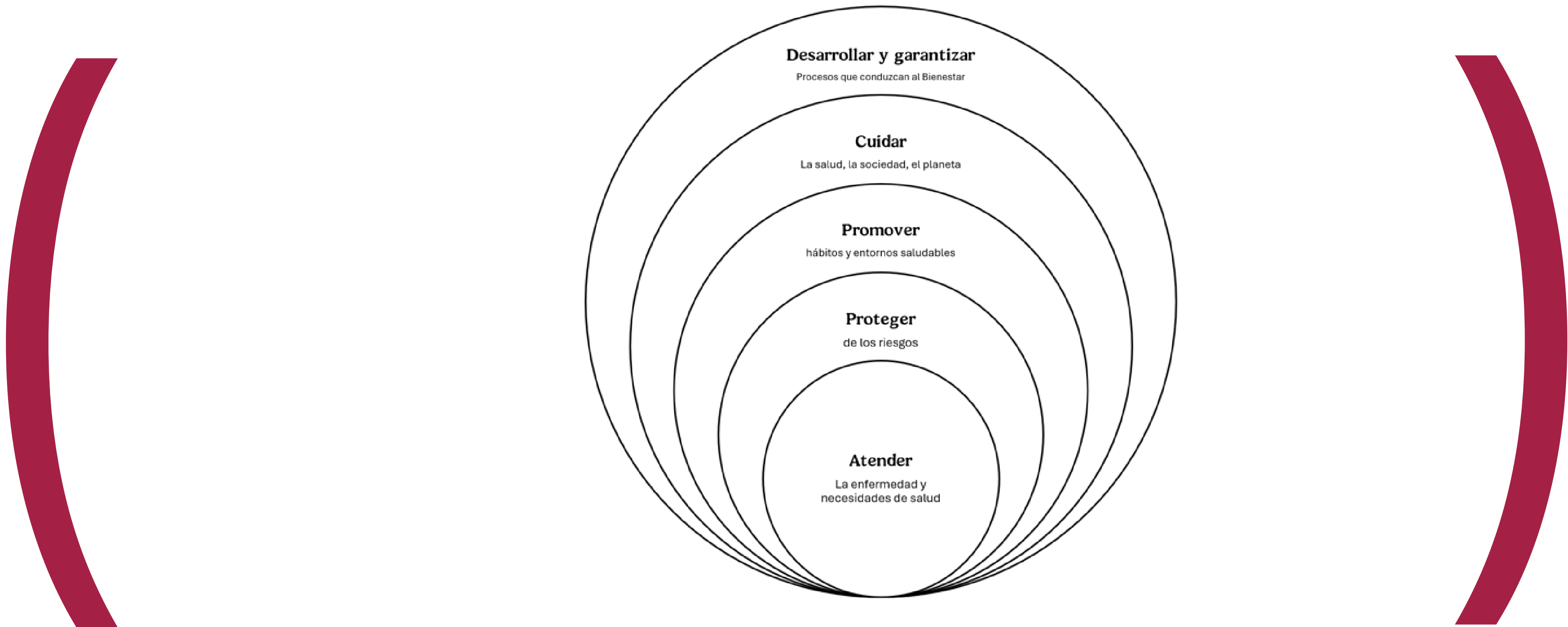


Figura 1. Capas del Desarrollo del Bienestar en Salud. Elaboración propia. Rosbel Toledo-Ortiz



2018

Sección Especial  
REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA

**CUARENTA AÑOS DESPUES DE ALMA ATA: LA ACTUALIDAD DE SUS CONCEPTOS FUNDAMENTALES**

David Tejeda de Rivero <sup>1,2</sup>, Temístocles Sánchez <sup>1,3</sup>, José Ormazabal <sup>1,4</sup>, Fernando Carbono-Campoverde <sup>1,5</sup>

**RESUMEN**  
Al conmemorarse 40 años de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de 1978 en Alma Ata (Kazajistán, ex URSS), la vigencia de sus principios fundamentales se mantiene, siendo importante recordarlos como un referente para el futuro médico, y proyectarlos a la salud para todos, pendiente de construir con todos.

**Palabras clave:** Alma Ata, Atención Primaria de la Salud, Cuidado Integral de la Salud, Salud para Todos, Planear DeCS (BIREME).

**FORTY YEARS AFTER ALMA-ATA: CURRENCY OF ITS FUNDAMENTAL CONCEPTS**

**ABSTRACT**  
As we commemorate 40 years of the International Conference of Primary Health Care celebrated in Alma Ata (Kazakhstan, ex USSR) in 1978, the currency of its fundamental principles holds strong, and it is important to remember them as a referent for the near future, and to project them to every individual's health, to be built by all.

**Keywords:** Alma Ata, Comprehensive Healthcare, Health for all, Primary Health Care. (source: MEDSH NLM).

**INTRODUCCIÓN**  
No es la primera vez que escribimos sobre Alma Ata. David Tejeda de Rivero (Figura 1), en el 2003 por la celebración de 25 años de la Conferencia Internacional de Salud de 1978 y a solicitud de la doctora Mirna Rivera Penayo, entonces directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fue invitado a hacer un relato <sup>1</sup> de todos los procesos históricos y políticos que se dieron antes de la misma hasta su realización en Alma Ata.

Esta conferencia «de Alma Ata» ha sido sin duda el evento de política de salud internacional más importante en la década de los 70 y marcó un hito en la salud en el mundo. Asistieron a la misma 134 países, 67 organismos internacionales y más de un centenar de organizaciones no gubernamentales. Debemos destacar que la declaración final de la conferencia <sup>2</sup> se alcanzó por consenso y se aprobó por unanimidad. Adicionalmente hubo recomendaciones recogidas de todos y cada uno de los países en un segundo documento <sup>3</sup>. El proceso previo fue una construcción descentralizada y participativa <sup>4</sup> (5).

1. Asesoría de Consultores Internacionales en Salud y Desarrollo Social, Lima, Perú.  
2. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora de OPS.  
3. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora de OPS.  
4. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora de OPS.  
5. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora de OPS.  
DOI: https://doi.org/10.1186/1745-2875-13-12018

675

**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**

**La historia de la Conferencia de Alma-Ata**  
The history of Alma-Ata Conference

David A. Tejeda de Rivero <sup>1</sup>

DOI: https://doi.org/10.1186/1745-2875-13-12018

**ABSTRACT**  
The historical account of the International Conference on Primary Health Care of Alma-Ata (Kazakhstan, ex USSR) (1978) is presented. It was attended by 134 countries, 67 international organizations and many non-governmental organizations. Unanimously, China was the big absentee. At the end of the historical account, the Declaration of Alma-Ata 1978 is presented.

**KEYWORDS:** Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, History.

**RESUMEN**  
Se presenta el relato histórico de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata (Kazajistán, ex URSS) en el año de 1978. Asistieron a la misma 134 países, 67 organismos internacionales y más de un centenar de organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente, China fue el gran ausente. Al final del relato histórico, se presenta la Declaración de Alma Ata 1978.

**Palabras clave:** Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud Alma-Ata, Historia.

1. Director de Salud Pública

2. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Coordinadora General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata (Kazajistán, ex URSS)

3. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Coordinadora General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata (Kazajistán, ex URSS)

4. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Coordinadora General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata (Kazajistán, ex URSS)

5. Mirna Rivera Penayo, entonces Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Coordinadora General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata (Kazajistán, ex URSS)

DOI: https://doi.org/10.1186/1745-2875-13-12018

2018



Declaración de Astaná



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

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



Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud  
Américas

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR, 2018

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD HA LLEGADO EL MOMENTO**

- **Políticas y Acción Multisectorial**
- **Sistemas Integrados de Salud**
- **Población y Comunidades Empoderadas**

2018

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: HA LLEGADO EL MOMENTO** **OPS**

La atención primaria de salud es mucho más que el primer nivel de atención para la OPS. Es un enfoque estratégico del desarrollo, la organización y el financiamiento de sistemas y servicios de salud equitativos y centrados en la persona, su familia y su comunidad. El enfoque de la atención primaria de salud implica un **compromiso de toda la sociedad**, en el cual se manifiesta plenamente el derecho a la salud y se insta a **aumentar la capacidad del primer nivel de atención** dentro de redes de servicios integradas, la **acción intersectorial** para abordar los determinantes sociales de la salud y la participación social. El enfoque de la atención primaria de salud requiere también gobernanza y voluntad política; recursos humanos para la salud capacitados debidamente y distribuidos equitativamente; mecanismos de financiamiento justos, equitativos y basados en la solidaridad; sistemas de información para la salud, y acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias que sean eficaces, seguros, apropiados y asequibles.

- Define
- **APS**
  - **AP (PNA)**
  - **Sistemas de salud orientados a APS**



- Crítica a la mala traducción del término **“care”** como **“atención”** en vez de **“cuidado”**. Esta confusión conceptual ha **limitado la implementación de APS como estrategia integral de cuidado de salud.**

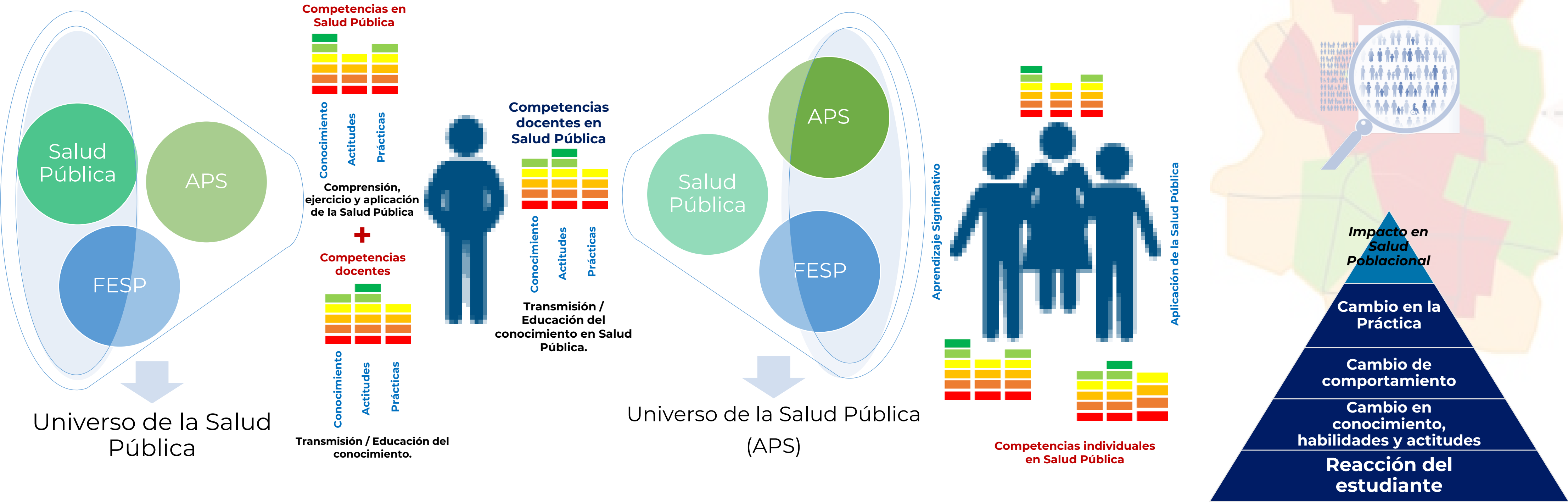


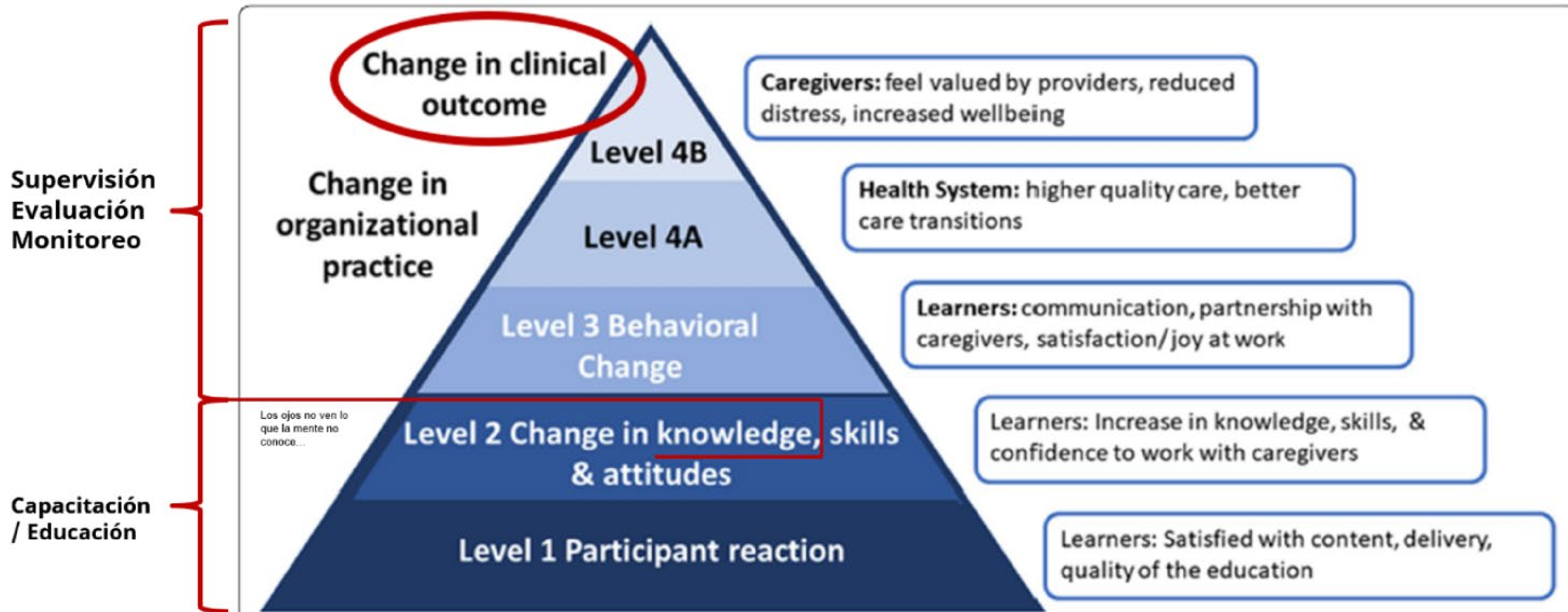
Eje Conceptual	Salud Pública	APS (OMS 2018)	Similitud
Enfoque poblacional	Se centra en la salud colectiva, no solo individual.	Aborda las necesidades de salud de comunidades y poblaciones enteras.	Ambas priorizan la salud como un bien colectivo y orientado al bien común.
Prevención y promoción	Promueve la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar.	Uno de los tres componentes centrales de la APS es la promoción de la salud y prevención.	Coinciden en que prevenir es más justo, eficaz y sostenible.
Determinantes sociales de la salud	Reconoce y actúa sobre factores sociales, económicos y ambientales que afectan la salud.	La APS plantea un abordaje multisectorial que incluye determinantes sociales.	Ambas buscan modificar las condiciones estructurales que generan enfermedad.
Participación comunitaria	Involucra a la comunidad en la identificación y solución de sus problemas de salud.	La participación y el empoderamiento de las personas es uno de los pilares de la APS.	La salud no se impone, se construye con la comunidad.
Equidad en salud	Tiene como meta reducir las inequidades en salud.	La APS se define como un camino hacia la equidad y la justicia social.	Comparten una ética de redistribución, inclusión y justicia.
Intersectorialidad	Requiere colaboración entre sectores más allá del sanitario.	La APS promueve la "salud en todas las políticas" y la  n intersectorial.	Ambas comprenden que la salud es una responsabilidad de todo el Estado y la sociedad.





# Competencias docentes en Salud Pública (APS)

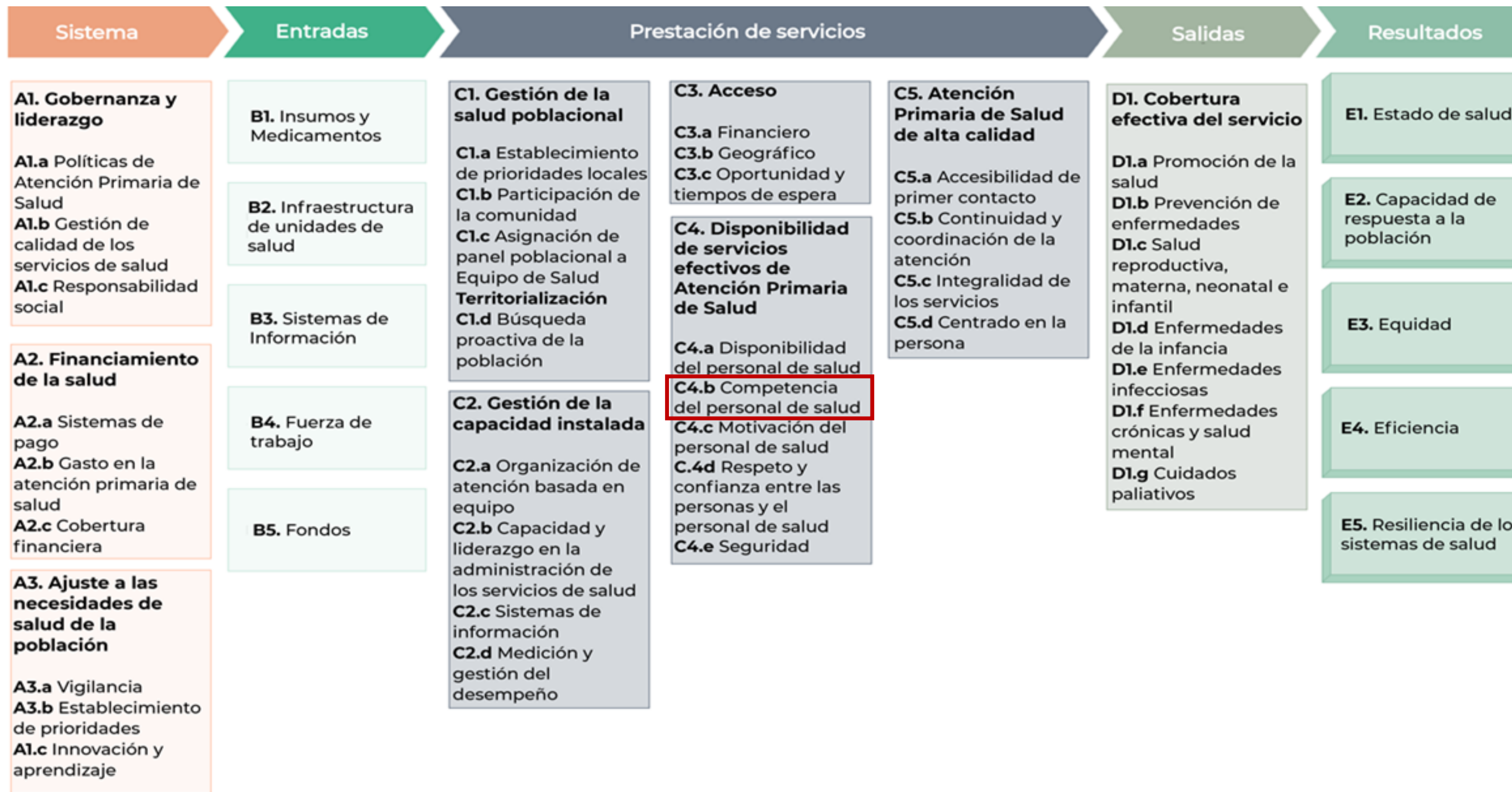




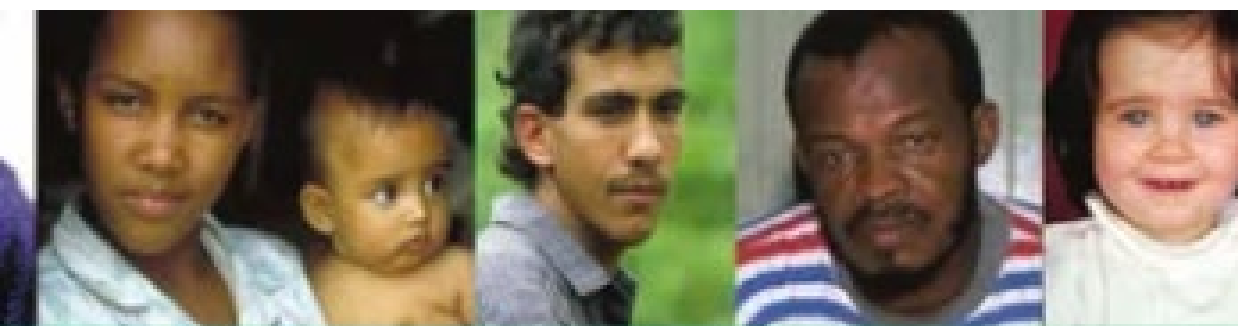
**Fig. 1** Impacts of Caregiver-Centered Care Mapped to Kirkpatrick-Barr Framework adapted from [68, 69]



# Marco conceptual de la Atención Primaria de Salud







SERIE

## La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 1

### Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud

Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS

Definición de competencias para los equipos de APS  
 ¿Por qué las competencias?  
 Concepto de competencias  
 Clasificación de las competencias  
 Competencias genéricas  
 Competencias específicas  
 Competencia nística  
 Matriz de competencias para los equipos de APS



## Matriz de Competencias para los Equipos de APS

Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias	
		Conocimientos	Habilidades para:
1. Acceso y cobertura universal	Eliminar barreras de acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las barreras de acceso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Geográficas</li> <li>✓ Económicas</li> <li>✓ Organizacionales</li> <li>✓ Socioculturales</li> </ul> </li> <li>De género, étnicas, etarias, grupos sociales</li> <li>Reconocer y analizar los actores para el diálogo social de la comunidad.</li> <li>Conocer estrategias que permitan extender la protección social en salud hacia una cobertura universal.</li> <li>Accesibilidad organizacional (emergencias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las poblaciones que tienen barreras de acceso.</li> <li>Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura.</li> <li>Interactuar, facilitar el diálogo, negociar y lograr consensos para eliminar barreras y reducir las inequidades.</li> </ul>
2. Atención Integral e Integrada	Proporcionar atención integral e integrada a la población.  Longitudinalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer conceptos básicos sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.</li> <li>Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en la comunidad.</li> <li>Conocer las técnicas y procedimientos para la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.</li> <li>Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural.</li> <li>Conocer la red funcional de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para todos sus niveles de atención.</li> <li>Conocer el ciclo vital individual y familiar.</li> <li>Conocer concepto básico sobre atención continuada.</li> <li>Conocer las políticas alternativas de cuidado de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Captar necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia.</li> <li>Ampliar la capacidad de resoluntividad en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad.</li> <li>Aplicar los conocimientos de cada disciplina (campos del saber), para el abordaje del ciclo vital individual y familiar y utilizar adecuadamente las evidencias para resolver los problemas</li> <li>Promover en la comunidad el auto cuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes.</li> <li>Promover en la comunidad el autocuidado de la salud.</li> </ul>

3. Énfasis en promoción y prevención de la salud	Promoción de la salud y prevención de las enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer la situación de salud de la comunidad, su distribución y sus determinantes.</li> <li>Conocer conceptos básicos y diferencias sobre la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud.</li> <li>Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar las estrategias de promoción y prevención de la enfermedad con base en la evidencia.</li> <li>Facilitar el aprendizaje conjunto del equipo de salud y la comunidad.</li> <li>Establecer compromisos y/o alianzas intersectoriales para la producción social de la salud.</li> <li>Participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con otros componentes del sistema de salud y otros actores.</li> <li>Diseñar programas locales de promoción y prevención basadas en las necesidades de su comunidad.</li> </ul>
4. Atención apropiada	Atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer las buenas prácticas para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas).</li> <li>Conocer, identificar y aplicar las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales.</li> <li>Conocer como aplicar las buenas prácticas de la gestión clínica.</li> <li>Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud. (autonomía, participación en las decisiones clínicas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural).</li> <li>Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud.</li> <li>Integrar los conocimientos de la situación de salud de la comunidad con las prioridades de atención y la asignación y disponibilidad de recursos.</li> <li>Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención apropiada.</li> <li>Realizar la coordinación de los cuidados.</li> </ul>

1. Acceso y cobertura universal
2. Atención integral e integrada
3. Atención apropiada
4. Orientación familiar y comunitaria [observatorioph.org](http://observatorioph.org)
5. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades
6. Uso apropiado y efectivo de recursos tecnológicos
7. Intersectorialidad
8. Participación activa de la comunidad [Buenos Aires](#)
9. Sostenibilidad
10. Responsabilidad y rendición de cuentas



# Competencias para la APS



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. 2008



## Perfil por Competencias del Médico General Mexicano



### Índice

Introducción	3
Competencia genérica 1. Dominio de la atención médica general	9
Unidad 1.1 Promoción de la salud individual y familiar	9
Unidad 1.2 Diagnóstico	9
Unidad 1.3 Manejo terapéutico	10
Unidad 1.4 Pronóstico, plan de acción y seguimiento	11
Unidad 1.5 Manejo de pacientes con enfermedades múltiples	11
Unidad 1.6 Habilidades clínicas	12
Unidad 1.7 Comunicación con el paciente	12
Competencia genérica 2. Dominio de las bases científicas de la medicina	13
Unidad 2.1 Dimensión biológica	13
Unidad 2.2 Dimensión psicológica	14
Unidad 2.3 Dimensión social	14
Unidad 2.4 Pensamiento complejo y sistémico	14
Competencia genérica 3. Capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades	15
Unidad 3.1 Método científico	15
Unidad 3.2 Método epidemiológico	16
Unidad 3.3 Método clínico y toma de decisiones médicas	16
Unidad 3.4 Método bioestadístico	17
Unidad 3.5 Método de las humanidades	17
Unidad 3.6 Manejo de la tecnología de la información y comunicación	18
Unidad 3.7 Gestión del conocimiento	18
Unidad 3.8 Desarrollo humano	19
Competencia genérica 4. Dominio ético y del profesionalismo	20
Unidad 4.1 Compromiso con el paciente	20
Unidad 4.2 Compromiso con la sociedad y el humanismo	21
Unidad 4.3 Compromiso con la profesión y con el equipo de salud	22
Unidad 4.4 Compromiso consigo mismo	23
Unidad 4.5 Compromiso con la confianza y el manejo ético de los conflictos de interés	23
Competencia genérica 5. Dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo	24
Unidad 5.1 Calidad en la atención y seguridad para el paciente	24
Unidad 5.2 Trabajo en equipo y liderazgo	25
Unidad 5.3 Gestión de los recursos	26
Competencia genérica 6. Dominio de la atención comunitaria	26
Unidad 6.1 Planificación de acciones comunitarias en salud	27
Unidad 6.2 Desarrollo comunitario en salud	27
Competencia genérica 7. Capacidad de participación en el sistema de salud	28
Unidad 7.1 Planes y políticas nacionales de salud	28
Unidad 7.2 Marco jurídico	28
Unidad 7.3 Marco económico	29
Agradecimientos	30
Bibliografía	31
Declaración de Zacatecas	36



# FORMACIÓN MÉDICA ORIENTADA A LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA SALUD



Juan Víctor Manuel Lara Vélez  
Ramón Ignacio Esperón Hernández  
Luis Felipe Abreu Hernández  
René Cristóbal Crocker Sagastume  
(Coordinadores)



## Capítulo 2

# Dominios de competencias básicas para la atención primaria de la salud

Luis Felipe Abreu Hernández  
Serafín Castañeda Cedeño  
Ramón Ignacio Esperón Hernández  
José Luis García Galavíz  
Joaquín Ricardo Gutiérrez Soriano  
Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

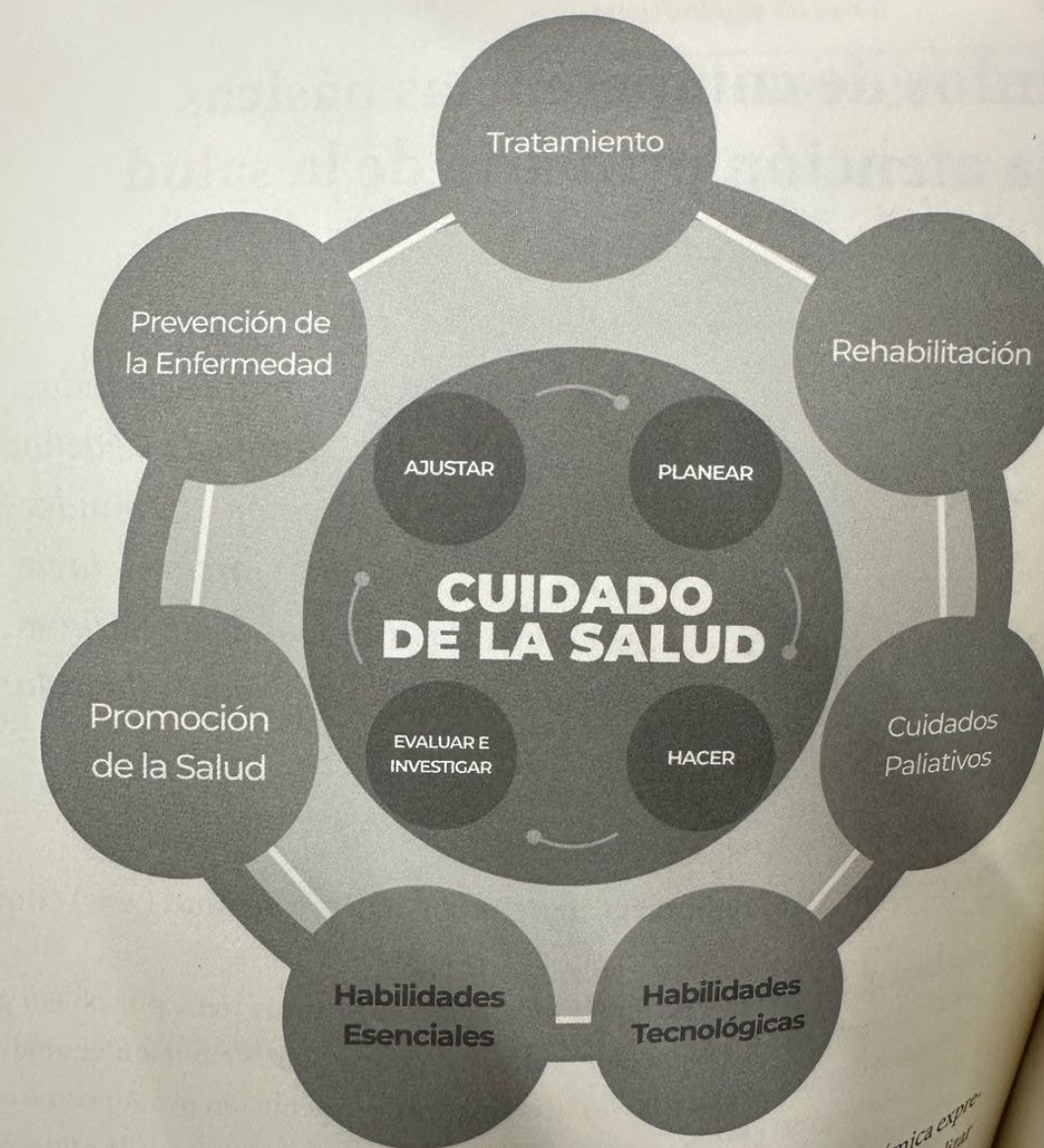
La OMS y el UNICEF (2018) definen la atención primaria a la salud (APS) como:

un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante el cuidado centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la *promoción de la salud* y la *prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos*, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

A partir de esta definición se establecieron cinco dominios de competencias, a saber:

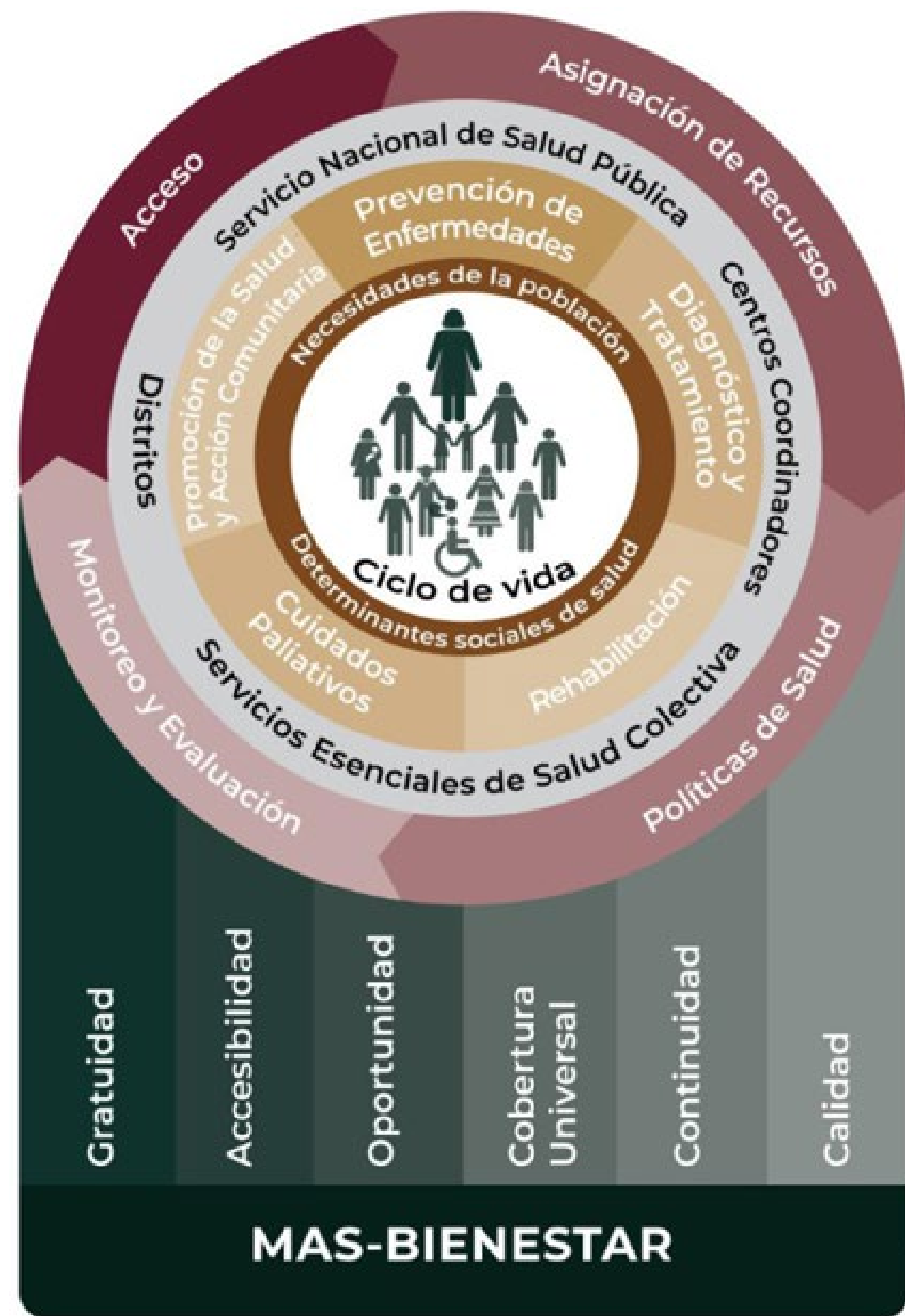
1. Promoción de la salud
2. Prevención de las enfermedades
3. Tratamiento
4. Rehabilitación
5. Cuidados paliativos

Abreu Hernández L.F. • Castañeda Cedeño S. • Esperón Hernández R.I.  
García Galavíz J.L. • Gutiérrez Soriano J.R. • Sepúlveda Vildósola A.C.



Un dominio de competencias es una capacidad abierta y dinámica expresada como una tarea compleja que el profesional egresado es capaz de realizar de forma autodirigida, comprometida, cuidadosa, reflexiva, adaptativa y con supervisión, la cual es reproducible en variados contextos y situaciones. Lo anterior se complementó aplicando sus cuatro fases: *planear* (hacer un plan), *verificar* (evaluar el plan), *establecer* (hacer un plan) y *revisar* (evaluar el plan).







**I.- Datos Generales**

Código	Título
EC1555	Promoción de Estilos de Vida Saludable

**Propósito del Estándar de Competencia**

Ser un marco de referencia para la evaluación y certificación de las personas que se desempeñan en prestar los servicios para la promoción de estilos de vida saludable con la finalidad de procurar elevar y mejorar la calidad de vida y salud de acuerdo a sus determinantes sociales.

Asimismo, puede ser referente para el desarrollo de programas de capacitación y de formación basados en Estándares de Competencia (EC).

El presente documento refiere únicamente a funciones para cuya realización no se requiere por disposición legal, la posesión de un título profesional. Por lo que para certificarse no deberá ser requisito el poseer dicho documento académico.

**Descripción general del Estándar de Competencia**

Expresa la competencia de las personas que se desempeñan en la promoción de estilos de vida saludable con la finalidad de identificar hábitos, conductas y comportamientos de las personas y de la población mediante la aplicación del cuestionario de Monitoreo de Estilos de Vida Saludable y con ello obtener evidencias que permitan identificar prácticas de riesgo y situaciones complejas en la salud, brindando orientación a la persona para que busque la atención con los profesionales de la salud en la disciplina que corresponda.

El EC se fundamenta en criterios rectores de legalidad, competitividad, libre acceso, respeto, trabajo digno y responsabilidad social.

**Nivel en el Sistema Nacional de Competencias: Dos**

Desempeña actividades programadas que, en su mayoría, son rutinarias y predecibles. Depende de las instrucciones de un superior. Se coordina con compañeros de trabajo del mismo nivel jerárquico.

**Comité de Gestión por Competencias que lo desarrolló**  
Atención Primaria de Salud.

**Fecha de aprobación por el Comité Técnico del CONOCER:**  
19 de junio del 2023

**Periodo sugerido de revisión /actualización del EC:**  
5 años

**Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación:**  
04 de agosto de 2023



**Datos Generales**

Código	Título
EC1573	Promoción de Entornos Saludables

**Propósito del Estándar de Competencia**

Ser un marco de referencia para la evaluación y certificación de las personas que se desempeñan en la asistencia, orientación y asesoría técnica sobre las medidas necesarias para restablecer o mejorar las condiciones sanitarias en los diferentes entornos.

Asimismo, puede ser referente para el desarrollo de programas de capacitación y de formación basados en el Estándar de Competencia (EC).

El documento refiere únicamente a funciones para cuya realización no se requiere por disposición legal, la posesión de un título profesional. Por lo que para certificarse no deberá ser requisito el poseer dicho documento académico.

**Descripción del Estándar de Competencia**

Expresa la competencia que una persona debe demostrar al desempeñarse en la promoción de entornos saludables, función que va desde la identificación de las condiciones en que se encuentra el entorno, la elaboración del plan de trabajo en el entorno a intervenir, la verificación respecto al cumplimiento del plan de trabajo implementado en el entorno y la elaboración del informe con los resultados alcanzados en el entorno.

El presente EC se fundamenta en criterios rectores de legalidad, competitividad, libre acceso, respeto, trabajo digno y responsabilidad social.

**Nivel en el Sistema Nacional de Competencias: Tres**

Desempeña actividades tanto programadas, rutinarias como impredecibles. Recibe orientaciones generales e instrucciones específicas de un superior. Requiere supervisar y orientar a otros trabajadores jerárquicamente subordinados.

**Comité de Gestión por Competencias que lo desarrolló**  
Atención Primaria de Salud

**Fecha de aprobación por el Comité Técnico del CONOCER:**  
25 de agosto de 2023

**Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación:**  
3 de octubre de 2023

**Periodo sugerido de revisión /actualización del EC:**  
5 años

**Ocupaciones relacionadas con este EC de acuerdo con el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO)**

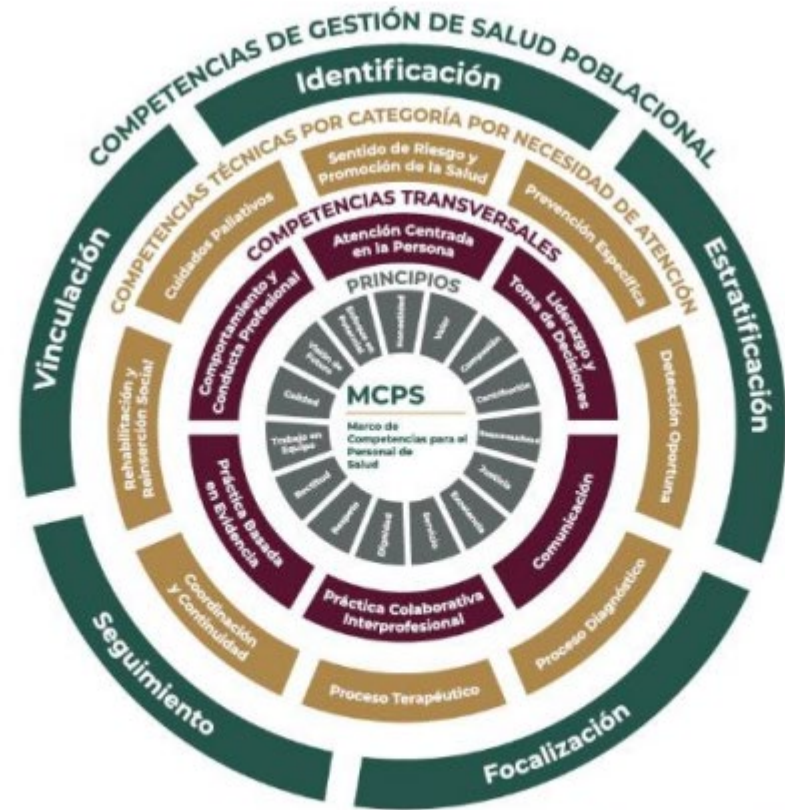




**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**INSABI**  
INSTITUTO DE SALUD PARA  
EL BIENESTAR

## Atención Primaria de Salud en los Planes de Estudios de las Ciencias de la Salud



Fuente: INSABI-CFCPS-2023



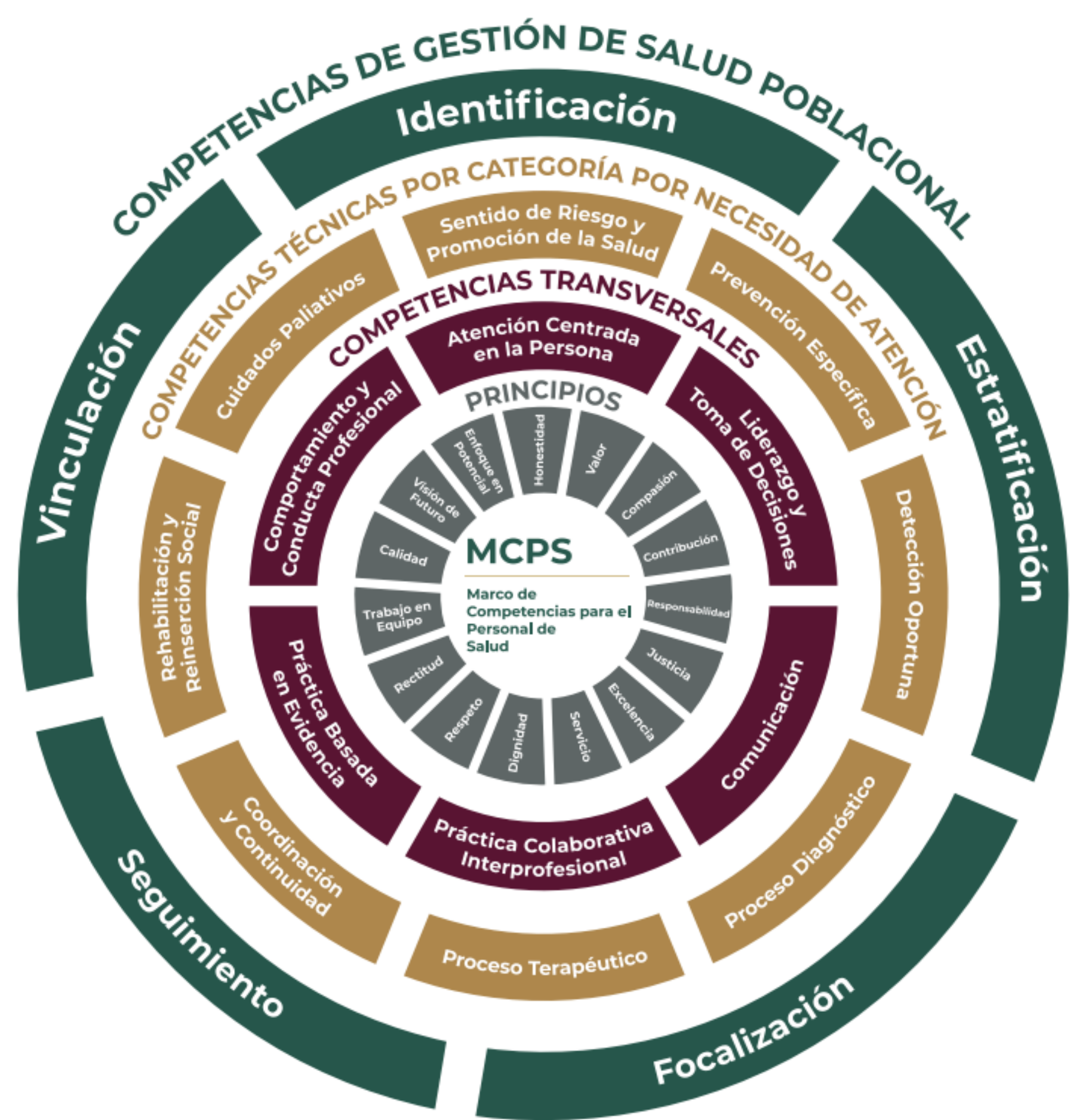
**GOBIERNO DE MÉXICO**

**SALUD** SECRETARÍA DE SALUD | **INSABI** INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR

### MODELO EDUCATIVO BASADO EN COMPETENCIAS

En el marco del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar)

2023





# Competencias docentes en Salud Pública (APS)

