



EUROsociAL Salud

LA APS COMO ORDENADORA DEL SISTEMA DE SALUD: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UNA PUERTA PREFERENCIAL

Documento elaborado por Silvana Forti
En el marco del Intercambio EUROsociAL Salud III.2-2.09:
El primer nivel de atención como puerta de al sistema de salud: posibilidades y límites en América Latina

Coordinación Técnica: Ligia Giovanella (ENSP/Fiocruz)

Bajo la responsabilidad de:



FUNDACIÓN PARA LA COOPERACIÓN
Y SALUD INTERNACIONAL DEL
SISTEMA NACIONAL DE
SALUD DE ESPAÑA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Proyecto financiado por:



Enero 2009

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCIÓN	7
1. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL ESTABLECIMIENTO DE UNA PUERTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AL SISTEMA DE SALUD	9
DIVERGENCIAS EN LAS DEFINICIONES DE LA APS	9
DEFINICIÓN	11
ATENCIÓN PRIMARIA.....	11
COINCIDENCIAS EN LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA APS	11
LA SIGNIFICACIÓN DE LA APS DENTRO DE LOS SISTEMAS DE SALUD: EUROPA.....	13
LA SIGNIFICACIÓN DE LA APS DENTRO DE LOS SISTEMAS DE SALUD: AMÉRICA LATINA.....	17
2. LA FUNCIÓN DE PUERTA DE ENTRADA DE LA APS: ELEMENTOS CONCEPTUALES QUE LA JUSTIFICAN	19
ROL DE FILTRO DEL MÉDICO GENERAL EN APS: DIFERENTES PERSPECTIVAS EN ESTADOS UNIDOS Y EUROPA	20
LA FUNCIÓN DE PUERTA DE ENTRADA DE LA APS: LA EXPERIENCIA EUROPEA	22
LA ADSCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS APS	25
RECURSOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	27
REGISTROS E HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS EN APS	29
VENTAJAS DE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD	31
PROBLEMAS CON EL ROL DE FILTRO DE LOS MÉDICOS GENERALES EN APS.....	34
3. LA FUNCIÓN DE PUERTA DE ENTRADA EN LOS PAÍSES PARTICIPANTES: SITUACIÓN ACTUAL Y REFORMAS EN MARCHA	37
ATRIBUTOS DE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA	44
DESAFÍOS Y ESTRATEGIAS PARA FORTALECER A LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD	51
4. EXPERIENCIAS SELECCIONADAS	52
A) LA APS COMO EJE ESTRUCTURADOR DEL SISTEMA DE SALUD: EL CASO DE CUBA.....	52
B) LA APS COMO EJE ESTRUCTURADOR DEL SISTEMA DE SALUD: EL CASO DE COSTA RICA.....	53
C) BARRIO ADENTRO: EL FORTALECIMIENTO DE LA APS EN VENEZUELA EN BASE A LA COOPERACIÓN SUR-SUR.....	54
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento es resultado de: a) una revisión bibliográfica sobre las experiencias europeas que tienen a la APS como puerta de entrada al sistema de salud con objeto de identificar las experiencias que fortalecen a la APS; b) la sistematización de los reportes enviados por los países que participan en el intercambio de experiencias, de la Atención Primaria de Salud (APS) como puerta de entrada preferencial al sistema de salud, como parte de las actividades del proyecto de EUROsocial Salud para la cohesión social y, c) los aportes recibidos de la lectura de la primera versión del documento por parte de los países durante el seminario internacional realizado en Talavera, España, en febrero de 2009.

El trabajo se estructura en tres partes: en la primera se presentan los resultados de la revisión bibliográfica, en la segunda los resultados del análisis de los reportes nacionales y en la tercera se presentan tres experiencias seleccionadas en base a los siguientes criterios: a) experiencias que contemplan a la APS como núcleo estructurante del sistema de salud: Cuba y Costa Rica, b) experiencias innovadoras en relación a la articulación de la APS como eje organizador de un sistema universal de salud, articuladas a un proyecto de desarrollo social participativo, basado en la cooperación Sur-sur: Venezuela. Las tres experiencias muestran diferentes proyectos de cohesión social a través de procesos de fortalecimiento de la APS como núcleo organizador del sistema con atributos de puerta de entrada. Finalmente, se presentan una serie de conclusiones y recomendaciones.

En cuanto a los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica podemos mencionar los siguientes:

1. Diferentes concepciones de la APS pero más allá de la diversidad de enfoques, existen en la actualidad un conjunto de evidencias a nivel internacional que sugiere que los sistemas de salud organizados sobre la base de una fuerte orientación hacia la APS, y provistos de médicos generales o de familia en el primer nivel de atención, alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud.
2. La mayoría de las evidencias de los impactos de la APS son de países con una APS fuerte, pero que cuentan también, con sistemas de protección social fuerte. La reducida evidencia de la APS en países de Latinoamérica revela la importancia de contar con sistemas únicos de salud enmarcados en políticas promotoras de protección social y equidad e implementar la perspectiva de la APS en la organización de la atención a la salud, en lugar de sólo fortalecer el primer nivel de atención o centrar la preocupación en la ampliación de coberturas.
3. La operativización de la APS está dada, en primera instancia por el modelo de protección social y por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial:
 - Para el caso de Europa se observa una heterogeneidad organizativa de la APS. Sin embargo, de manera general, los estudios muestran que en la mayoría de los países con Sistemas Nacionales de Salud (SNS) (escandinavos, Gran Bretaña y sur de Europa) la APS juega el rol de puerta de entrada: se organiza en equipos multidisciplinarios (excepto en Italia) con

el objetivo de prestar una atención integrada y trabaja sobre la base de una población adscrita, lo que facilita la longitudinalidad de la atención. Además el rol y la posición institucional de la APS dentro del sistema sanitario están claramente diferenciados de la atención especializada ambulatoria.

- En Europa continental a excepción de Holanda, se observan Sistemas de Seguro Social (SSS) donde la APS es prestada por profesionales liberales, independientes, concertados con el sector público. Esa situación dificulta la atención longitudinal y debilita el papel de los médicos generales de la APS como coordinadores de otros niveles de atención. Por otro lado, la libertad de acceso directo a la atención especializada, vía competencia entre los médicos generales APS y especialistas, parece contribuir a expandir la cartera de servicios prestada desde la APS, y por tanto la integralidad de la atención.
- En la región latinoamericana desde hace casi tres décadas, los sistemas de salud han experimentado reformas que dieron lugar a diferentes modelos con distintas fuentes de financiamiento: sólo un sistema es totalmente público (Cuba). La mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos enfrentan la segmentación y fragmentación que dificultan el fortalecimiento de la APS y la cohesión social.

Con respecto a las atribuciones de la APS como puerta de entrada al sistema de salud la revisión bibliográfica muestra lo siguiente:

- a) Una de las características de la APS es ser el primer contacto, es decir la puerta de entrada al sistema de salud; se define también por el tipo de profesional que provee el servicio. En la mayoría de los países de Europa es el médico general (MG) el que se asocia a la APS.
- b) En los países en que los médicos generales tradicionalmente tienen la función de filtro para la atención especializada, habitualmente se adscribe la población a un equipo APS o médico general y se utiliza una "lista de pacientes" o cupo, agrupado por familias y comunidades, que tienen un médico general de APS.
- c) La existencia de la lista de pacientes va asociada a la función de filtro (gatekeeping) del médico de APS para el acceso al especialista y esto - que se ha utilizado en algunos países para el control de costos- ha sido motivo de un debate que se refleja en la literatura sobre todo en las perspectivas americana y europea sobre el gatekeeping.
- d) Sin embargo, si bien por un lado no hay suficientes pruebas de que el fortalecimiento del rol del médico de cabecera como filtro sirva para reducir los gastos en la atención a la salud, por otro, las evaluaciones internacionales muestran que los países donde los médicos generales disponen de una lista de pacientes y son el punto de referencia para la consulta inicial a todo nuevo problema de salud, son más efectivos y eficientes que los que permiten una libre circulación de pacientes dentro del sistema.
- e) La razón básica fundamental para usar los servicios sanitarios en niveles y dar una respuesta escalonada a las necesidades de los pacientes en respuestas concatenadas de médicos generales y especialistas, es epidemiológica. La función de filtro (personal, familiar y del médico general) permite ir concentrando la morbilidad, en el sentido de prevalencia, complejidad y gravedad.

APS como ordenadora del sistema de salud

- f) En esta perspectiva se asume que la función de filtro del médico general conjugada con la adscripción de una población, permite: 1) conocer el problema e identificar las necesidades de atención (acceso); 2) ir acumulando y mejorando el conocimiento sobre las personas y familias que atiende a lo largo del tiempo donde ocurren distintos problemas de salud (longitudinalidad); 3) desarrollar una capacidad de toma de decisión ante situaciones complejas, sobre todo en casos de comorbilidad; 4) identificar los casos de verdaderos positivos y aumentar la prevalencia en la atención especializada (referencia); 5) seguimiento de problemas concretos de salud en los diferentes ámbitos (continuidad-integralidad); 6) protección del paciente en relación a sobre-diagnósticos y sobre-tratamientos; 7) uso racional de los recursos y, 8) ampliación de la capacidad de respuesta y de resolutivez de la APS.
- g) Diferentes experiencias europeas muestran una multiplicidad de formas organizativas de formación de redes de APS por fuera de los sistemas de salud colaborando con la coordinación y continuidad de la atención. Tales redes pueden generarse a través de una integración efectiva *vertical* o bien virtual fundada sobre relaciones contractuales. En este contexto el rol de filtro del médico general se modifica parcialmente, al rol de proveedor de atención se agrega el de coordinador entre los niveles de atención o vinculador cuando se trata de buscar apoyo fuera del sistema de atención médica.

En relación a las brechas identificadas entre los resultados de la revisión bibliográfica y del análisis de dossiers encontramos lo siguiente:

- En los diferentes modelos de sistemas de salud latinoamericanos la APS tiene significados concretos e inserciones distintas. Encontramos tres grupos de países: a) países que están organizando al sistema de salud con base en la APS y que están en una etapa de consolidación: Brasil, Chile, Costa Rica, b) países que están transitando de sistemas fragmentados a sistemas integrados basados en APS y que tienen diferentes problemáticas y grados de avance: Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela y, c) países con problemas en la cobertura, segmentación y fragmentación: Honduras, Perú y Panamá.

En cuanto a la APS como puerta de entrada:

- Brasil, Chile, Costa Rica y Venezuela trabajan con equipos multiprofesionales y utilizan mecanismos de adscripción de la población. Los equipos se integran por el médico general y otras profesiones del área salud y social, casi todos introdujeron un recurso humano para el enlace cultural, sea como traductor, intérprete o con liderazgo en la comunidad.
- El resto de países no tiene adscripción obligatoria a la población, excepto los seguros sociales que adscriben sólo a la población asegurada o los programas materno-infantil, por ejemplo, donde se registran a los beneficiarios. La demanda es espontánea y algunos países presentan considerables porcentajes de población excluida de la atención a la salud debido a barreras de diferentes índoles.

APS como ordenadora del sistema de salud

En cuanto al rol de filtro en la APS

- El requerimiento de referencia médica APS para acceder a la atención especializada se da en los países del primer grupo, y en Venezuela por el segundo grupo. Sin embargo, los mecanismos de coordinación entre los niveles de atención aún son débiles: a) falta de protocolos, guías e instrumentos que normaticen y hegemonicen criterios; b) una combinación entre la baja resolutivez de la APS y el insuficiente acceso a la atención especializada, y c) la valoración que hace el médico especialista de los médicos de APS. Todo lo cual ocasiona problemas de integración vertical y pérdida de continuidad e integralidad en la atención.

En relación a las dificultades que enfrentan para la implementación de la APS:

- Segmentación y fragmentación de los sistemas de salud
- Problemas en la comprensión de lo que es el modelo APS
- Falta de recursos humanos con competencias en APS y sensibles a la APS
- Baja valoración social y de los médicos especialistas de la APS
- Sistemas de referencia inadecuados
- Inexistencia de sistemas integrados de información

En relación a los desafíos:

- Lograr legitimación de la APS
- Lograr apoyo político y económico para la APS
- Aumentar la capacidad resolutivez de la APS
- Conectar los servicios y programas de atención primaria con la atención especializada
- Lograr que la APS sea el núcleo estructurante y organizador del sistema sanitario

Introducción

El objetivo de este trabajo fue identificar en las experiencias europeas de sistemas de salud orientados por la Atención Primaria de Salud (APS) las ventajas y límites que tiene la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud. El segundo objetivo fue sistematizar la información presentada por los responsables de la APS de los ministerios de salud de Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela e identificar las brechas entre lo que reporta la literatura y lo que reportan los informes, concluyendo con una serie de sugerencias para fortalecer la APS en los países de la región latinoamericana.

El documento es resultado de: a) una revisión bibliográfica sobre las experiencias europeas que tienen a la APS como puerta de entrada al sistema de salud y en su rol de coordinación de la atención entre los diferentes niveles, y b) del análisis de los reportes enviados por los ministerios de salud de 10 países que participan en el intercambio de experiencias en el proyecto de EUROsocial para fortalecer la cohesión social.

Se realizó una primera versión del documento que circuló entre los participantes del proyecto para recibir comentarios y sugerencias. Con el objetivo de incluir las sugerencias de los participantes del proyecto se realizó una presentación de los resultados de la revisión bibliográfica y sistematización de los reportes de los países bajo la forma de un taller en torno a las dificultades y estrategias para que la APS sea la puerta de entrada preferencial del sistema de salud en el marco del Seminario Internacional “Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención” realizado en Talavera de la Reina (España) del 9 al 12 de febrero 2009. Por lo tanto este documento es también resultado de los aportes de los participantes en el seminario así como de las sugerencias realizadas por la Dra Ligia Giovanella y de Gabriela Ruiz, a quienes agradecemos sus aportes.

La revisión bibliográfica se orientó a la literatura científica utilizando las siguientes palabras : “first contact”, “primary health care”, “primary care”, “primary medical care”, “general practitioner”, “family physician”, “delivery of health care”, “gatekeeper”, “gatekeeping”, “longitudinality”, “gatekeeping arrangements”, “continuity of patient care”, “coordination”, “referral-consultation”. El período de búsqueda fue de 1995 al 2008 y se realizó en inglés, español y portugués.

La revisión se realizó en: 1) Plataforma de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) que incluye las bases de MEDLINE, LILACS, Cochrane Library y Scielo, 2) Pubmed, 3) Sitios webs oficiales de los ministerios de salud de diferentes países de América Latina. Otras fuentes utilizadas fueron las referencias incluidas en los artículos seleccionados, así como aquellos documentos referenciados pero no indexados en las bases de datos electrónicas biomédicas habituales. Finalmente se utilizó GOOGLE para una búsqueda general en Internet.

La sistematización de la información de los reportes se realizó en base a los ejes que estructuraron la guía para recabar la información: la APS en su rol de puerta de entrada y el rol de la APS en la coordinación de los diferentes niveles.

APS como ordenadora del sistema de salud

La primera parte del trabajo presenta los resultados de la revisión bibliográfica sobre la experiencia de la APS europea. La segunda parte, presenta los resultados de la sistematización de la información de los reportes de los países latinoamericanos; en la tercera presentamos la selección de casos donde la APS se constituye como núcleo organizador del sistema de salud: Cuba, Costa Rica. En tanto experiencia innovadora que se enmarca en un proceso de transformación, de un modelo convencional de atención básica de primer nivel a un modelo de APS integral y con participación ciudadana y resultado de la cooperación Sur-Sur, se presenta el caso de Venezuela. Finalmente, presentamos las conclusiones y sugerencias para el fortalecimiento de la APS en los países latinoamericanos participantes del intercambio de experiencias orientadas para fortalecer la APS y con ello, la cohesión social.

1. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL ESTABLECIMIENTO DE UNA PUERTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AL SISTEMA DE SALUD

Divergencias en las definiciones de la APS

Si bien no existe una definición única de la Atención Primaria en Salud (APS)(Vuori H 1984; Gervas J., Pérez Fernandez M. et al. 1994; Starfield B. 1998); (Starfield B. 1998; OPS 2007), actualmente existe consenso a nivel internacional sobre la importancia de la APS para enfrentar las desigualdades de salud y mejorar los resultados de salud. Sin embargo, este acuerdo no se prolonga -ni en Europa ni en América Latina- a la cuestión de los alcances, rol y modalidad de la APS, ni a los mecanismos organizativos más adecuados para la consecución del objetivo común.

En los países de Europa la APS aparece mencionada como Atención Primaria (primary care) y está orientada a la atención de primer nivel y primer contacto. Es decir, servicios no especializados que funcionan como puerta de entrada al sistema de salud y con una capacidad de resolución mayor.

El énfasis de esta APS está en la clínica y en los cuidados individuales, sean preventivos y/o curativos (Giovannella 2006). La APS orienta la organización del sistema como un todo (Rico A. and Saltman Richard B. 2002) y el médico de familia o médico general tiene un rol central (Gérvas and Fernández 2006).

La definición más usada en Europa, según Rico et al. (2002), es la de Starfield quien la define, entre otras cosas, como el nivel de un sistema de servicios de salud que funciona como puerta de entrada al sistema atendiendo las necesidades y problemas de la persona, es decir, no está orientada sólo por las enfermedades (Starfield B. 1998).

En su marco conceptual vincula estructura, procesos y resultados a través de las dimensiones fundamentales de capacidad, rendimiento y estado de salud. Entre los elementos estructurales, cuatro definen el potencial de la APS: acceso, cartera amplia de servicios, población adscrita y atención continua. Los elementos procesuales incluyen la utilización de los servicios y el reconocimiento de las necesidades de salud de la población. Finalmente, la autora identificó como atributos del primer nivel: la prestación de servicios de primer contacto y puerta de entrada (acceso), el vínculo (longitudinalidad) en la relación clínico-paciente, elenco de servicios, coordinación de las acciones y servicios necesarios, enfoque familiar y orientación a la comunidad.

En Latinoamérica, el acceso a la atención sanitaria sigue planteando desafíos importantes y se encuentran consideraciones divergentes con respecto a la definición de la APS como mostramos en el cuadro más adelante.

Desde algunas posturas economicistas se promovió una visión reducida de APS a través de las reformas sectoriales (Almeida, 2000), iniciadas en los años 90 y lideradas por una red global con orientaciones del Banco Mundial y la cooperación técnica de USAID en diversos países latinoamericanos (Lee and Goodman, 2002). Actualmente en la literatura, aparecen con el nombre y calificación de APS selectiva (APSs), un conjunto

APS como ordenadora del sistema de salud

de programas focalizados y de baja resolución, introducidos en varios países en desarrollo e inscrita en el marco de reformas sectoriales.

La APS selectiva se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo o para extender la cobertura de atención como en los programas materno-infantil y enfermedades infecciosas (OPS, 2005). Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar (OPS, 2005).

El énfasis de este modelo de APS selectiva está en un conjunto limitado de actividades de los servicios de salud o de programas enfocados a la población pobre, y no a toda la población, lo cual limita las posibilidades de cohesión social. Estos programas, en muchos casos verticales, en general son de baja resolutiveidad y utilizan personal con baja capacitación técnica. En algunos casos, como en Centroamérica, son implementados por ONGs con apoyos de agencias de cooperación internacional o enmarcados en convenios de préstamos con agencias multilaterales de financiamiento (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y con cooperación técnica de USAID) (Flores, 2004).

La APS selectiva, que encontró aceptación durante la década de los 80, se centró en los retos técnicos inherentes a la ejecución de intervenciones básicas limitadas en las zonas pobres, alentando las estructuras de programas verticales. Si bien estos programas hicieron posible algunos progresos en lo relativo a la inmunización y la reducción de la mortalidad infantil, no encajaron con la perspectiva integral de la APS desarrollada en Alma-Ata, en particular sobre la necesidad de abordar los determinantes socio-económicos de las inequidades en salud.

Otras perspectivas se inscriben en las orientaciones de Alma-Ata y en la conceptualización de Vuori (Vuori H., 1984). La APS integral o ampliada (APIS), se ubica en el primer nivel de atención, con un carácter amplio e integrado de elementos como participación comunitaria y coordinación intersectorial. Descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de medicinas tradicionales (Movement Peoples Health, 2000). Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.

El énfasis de esta APS está en la noción de estrategia para organizar los sistemas de atención y la sociedad, para promover la salud. Desarrolla actividades de salud pública y de atención médica y comunitaria. La participación comunitaria tiene centralidad (OPS, 2005). Este enfoque se ha desarrollado a nivel local en algunos países de América Latina.

Finalmente, desde el Enfoque de Derechos y Determinantes se define a la APS como una estrategia para garantizar el derecho a la salud y responder a los determinantes sociales y políticos más amplios (Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria, 2008).

APS como ordenadora del sistema de salud

Este enfoque difiere de la Declaración de Alma-Ata más por su énfasis en las implicaciones sociales y políticas que por sus principios. Defiende la idea de que si se quiere que el contenido social y político de Alma-Ata logre mejoras en la equidad en salud debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad (Vuori, 1984). Se propone como una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales. Esta perspectiva se expresa en los movimientos sociales por el derecho a la salud en América Latina, algunas regiones de Asia y África (People Health Mouvement, 2005).

ENFOQUES QUE ORIENTAN LAS PRACTICAS DE APS			
	Definición	Énfasis	Proveedores
Atención Primaria	Puerta de Entrada Lugar para la prevención y atención curativa de forma continuada	Nivel de atención	Médicos de atención primaria
Atención Primaria Selectiva	Número limitado de servicios;paquetes de servicios materno-infantil en países en desarrollo	Conjunto de servicios de salud	Médicos generalistas y otros trabajadores de salud
Alma-Ata	Primer nivel de atención, integrada, integral, continuada, participación comunitaria, coordinación intersectorial	Estrategia para organizar los sistemas de salud	Médicos, trabajadores de salud y comunidad
Atención Primaria Salud-Enfoque Derechos Humanos-Determinantes Sociales de Salud	Maximización de la salud como Derecho Humano: se orienta a los Determinantes Sociales de la Salud	Filosofía incluye a los actores sociales y trabajadores de salud	Trabajadores de salud, comunidad y sociedad civil

Coincidencias en las evidencias científicas sobre la importancia de la APS

Más allá de la diversidad de enfoques de la APS, existen en la actualidad, un conjunto de evidencias a nivel internacional que sugiere que los sistemas de salud organizados sobre la base de una fuerte orientación hacia la APS, y provistos de médicos generales o de familia en el primer nivel de atención, alcanzan resultados mejores y más equitativos de salud.

Entre las ventajas de una APS fuerte algunas evidencias muestran lo siguiente:

- ✓ La APS tiene el potencial de reducir los costos mientras mantiene la calidad de la atención (Kruzikas, 2004). Mientras más fuerte es la APS, menores son los costos del sistema de salud en su totalidad (Stardfield & Shil, 2002)
- ✓ Los sistemas de salud orientados por la APS tienen tasas más bajas de bajo peso al nacer, tasas más bajas de mortalidad neonatal y post-natal y tasas menores de mortalidad infantil (Stardfield & Shil, 2002)

APS como ordenadora del sistema de salud

- ✓ Los países con sistemas de salud más orientados a la APS tienen menos años de vida perdidos por causas de suicidio y otras causas tratables a través de las intervenciones de los servicios de salud (Stardfield & Shil, 2002)
- ✓ En Costa Rica el fortalecimiento de la APS con diversos componentes impactó en la reducción de la mortalidad infantil en un 13% y en la mortalidad de los adultos en un 4%, con independencia de las mejoras en otros determinantes (Rosero-Bixby, 2004).
- ✓ En general, países que alcanzan mejores niveles de salud tienen sistemas de salud orientados por la APS y muestran una distribución más equitativa de los recursos; tienen servicios de salud o de seguro provistos por el gobierno; tienen poco o no tienen seguro de salud privados, y no tienen o son bajos, los copagos de los servicios de salud (Stardfield B. & Shil, 2002).
- ✓ Un estudio de series temporales (1985-95) con 18 países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) examinó la relación entre la fortaleza de la APS y la mortalidad, controlando la influencia del PIB por persona, total de médicos por 1000 habitantes, porcentajes de ancianos, promedio de visitas de atención ambulatoria, ingreso por persona y consumo de alcohol y tabaco. Los resultados muestran que mientras más fuerte es la APS en el país más baja es la mortalidad por causas, y la mortalidad específica por causa de asma, bronquitis, neumonía, enfermedad cardiovascular y enfermedad cardíaca (Macinko J, Stardfield B. et al. 2003).
- ✓ En Estados Unidos, los estados que tienen mayor proporción de médicos en APS en relación a la población, presentan mejores resultados de salud incluida la reducción de la mortalidad por cáncer, enfermedades del corazón o derrame cerebral (Shi L. 1994). Los habitantes de esos estados son más propensos a mostrar mejor salud que aquellos que viven en estados con menor proporción de médicos (Shi L and Starfield B. 2000).
- ✓ El suministro de los médicos en APS está asociado a un aumento en la esperanza de vida (Vogel RL and Ackermann RJ. 1998). La esperanza de vida es más alta en los estados de EUA que tienen mayores proporciones de médicos de atención primaria/población (Stardfield B. and Shil. 2002).

Finalmente, una exhaustiva revisión de los impactos de la APS en los resultados de salud y en las inequidades de salud realizada por Starfield (Starfield B, Shi Leiyu et al. 2006), señala que el énfasis puesto en responder a la demanda de servicios de salud, sin una preocupación por la reorganización de los mismos ha sido una dificultad para proporcionar los servicios de salud en los lugares más apropiados para responder a las necesidades de salud.

En este punto, podríamos concluir diciendo que grosso modo se observan dos amplias perspectivas de APS que no son excluyentes: la de Alma Ata que la asume desde un enfoque de salud vinculado al desarrollo y la participación comunitaria (enfoque en la población) y, la de Starfield, que pone de relieve la importancia de una continua atención de primer contacto y que es capaz de coordinar la atención a las personas en todo el sistema de salud (atención de pacientes).

Se podría decir que la APS es una perspectiva amplia sobre el sistema de salud, vinculado al desarrollo equitativo, que orienta el diseño de los servicios de salud basados en la atención primaria. Por su parte, la AP (primary care, Starfield) es una modalidad de materialización de la APS en el nivel de la clínica. En todo caso, lo importante a resaltar es que los resultados de los estudios llevan a considerar que el

APS como ordenadora del sistema de salud

enfoque de APS es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud. Se observa que la mayoría de las evidencias de los impactos de la APS son de países con una AP fuerte, que a su vez, cuentan con sistemas de protección social fuertes, como es el caso de Europa.

La reducida evidencia de la APS en países de Latinoamérica revela la importancia de implementar la perspectiva de la APS en la organización de la atención a la salud y del sistema de salud, en lugar de fortalecer sólo el primer nivel. Si bien, no existe una definición uniforme y aplicable universalmente de la APS, conviene entenderla como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto de actividades básicas que se inscriben en los siguientes fundamentos:

- Acceso universal a la atención y a la cobertura en función de las necesidades
- Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado por la justicia social
- Participación de la comunidad en la definición y aplicación de la agenda de salud
- Enfoques intersectoriales de salud

La literatura señala factores clave para fortalecer un sistema de salud, tanto en los países desarrollados como en desarrollo, que presentamos a continuación:

Factores Claves para Fortalecer Sistemas de Salud Efectivos

- ✓ Financiamiento estatal o bajo regulación estatal de la cobertura universal
- ✓ Esfuerzos sostenidos para la distribución de los recursos orientados por la equidad (según grados de necesidad)
- ✓ Ausencia o bajos co-pagos
- ✓ Integralidad y amplio rango de los servicios
- ✓ Cobertura de inmunización
- ✓ Atención al embarazo y parto

(Starfield & Shi, Health Policy 2002; Gilson et al. 2007)

La significación de la APS dentro de los sistemas de salud: Europa

La valoración de la APS está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial (Testa 2004).

Siguiendo a Testa (2004), la APS puede tener un significado concreto (el que le otorga su inserción en el sistema de salud) y un significado abstracto (el que corresponde a su definición ideológica), como lo que se observa en innumerables documentos de políticas de salud. Desde los diferentes ángulos en que puede considerarse la APS, se destacan: el que corresponde a su inserción en el sistema de salud y el que la asume como un elemento aislado.

APS como ordenadora del sistema de salud

Para el caso de Europa se observa una heterogeneidad organizativa de la APS. Sin embargo, de manera general, se identifica que en el inicio de los años 90 los tres modelos principales de organización de la APS se corresponden en gran medida con los tres grandes tipos de sistemas sanitarios europeos (Starfield 1991; Gervás J., Pérez Fernández M. et al. 1994; Rico et al 2002; Gervás and Fernández 2006; Giovanella 2006).

Los sistemas de salud europeos se caracterizan por: a) su universalidad (la cobertura de la población es del 100%) (Gervás 2004), y b) actualmente los sistemas de salud europeos presentan variaciones adaptadas a los contextos nacionales de los dos modelos de protección que básicamente se identificaban en los 80: bismarkiano, en base a seguros sociales (Social Health Insurance-SHI) y el modelo Beveridgiano de servicios nacionales de salud (National Health Services-NHS) financiados por recursos fiscales (Marr-e et al, 1997).

Si bien las modalidades de financiamiento de la APS son indisociables de las modalidades del sistema de salud (Giovanella 2006), en muchos casos la atención es gratis en el punto de prestación de servicios como en España y Gran Bretaña, pero en otros existe co-pago para la atención médica -Finlandia- o hay un sistema de reembolso como en Bélgica y Francia (Gervás 2004); las funciones relacionadas con la APS incluyen además, los procesos de movilización y distribución de recursos para la APS, la modalidad organizativa de la provisión de los servicios de APS y el tipo de servicios APS que son otorgados.

Los estudios muestran que en la mayoría de los países con Sistemas Nacionales de Salud (SNS) (escandinavos, Gran Bretaña y sur de Europa) la APS juega el rol de puerta de entrada: se organiza en equipos multidisciplinarios (excepto en Italia), con el objetivo de prestar una atención integrada, y trabaja sobre la base de una población adscrita lo que facilita la longitudinalidad de la atención. Además, el rol y la posición institucional de la APS dentro del sistema sanitario, están claramente diferenciados de la atención especializada ambulatoria (Rico et al 2002; Gervás & Fernández 2006; Giovanella 2006).

En Europa a excepción de Holanda, se observan Sistemas de Seguridad Social (SSS) donde la APS es prestada por profesionales liberales, independientes concertados con el sector público. Esa situación dificulta la atención longitudinal y debilita el papel de los médicos de cabecera (MC) como coordinadores de otros niveles de atención (Rico et al. 2002). Por otro lado la libertad de acceso directo a la atención especializada, vía competencia entre los MC y los especialistas, parece contribuir a expandir la cartera de servicios prestada desde la APS, y por lo tanto la integralidad de la atención (Boerma & Fleming, 1998, En: Rico et al 2002). Sin embargo, un estudio conducido en los países de la OCDE encontró que los sistemas con médicos generales en el rol de filtro tenían mejor control de costos en sus servicios ambulatorios (Delnoij et al 2000).

En los países del este europeo, después de las reformas implementadas, la APS es considerablemente más débil que en los otros dos grupos, tanto en términos institucionales (integración en policlínicas lideradas por especialistas, fragmentadas entre ellas y en relación a las redes paralelas de salud escolar y de empresas), como funcionales (ejercicio de funciones propias de la APS por parte de personal paramédico de baja formación combinado con un rango limitado de servicios provistos en este

APS como ordenadora del sistema de salud

primer nivel). La excepción es la ex-Yugoslavia con rasgos organizativos similares a los de SNS (Rico et al. 2002).

En los últimos años los sistemas de salud europeos han tenido reformas organizacionales que se orientaron a ampliar el papel de la APS como coordinadora de otros niveles, como por ejemplo en Gran Bretaña con los Primary Care Trust, o introduciendo mecanismos jerárquicos y de red que fortaleció el rol de puerta de entrada de la APS y al mismo tiempo la función de filtro de la demanda de otros niveles de atención asignándole un rol central al médico de cabecera.

En el caso de Gran Bretaña, las reformas fortalecieron a la APS con la introducción de los Primary Care Trust que funcionan como unidades efectivas de gestión de los servicios de APS controlando el 80% de los gastos del NHS. Como entidades locales garantizan la existencia y accesibilidad a todos los servicios sanitarios en el área y su coordinación con los servicios sociales. Además, son responsables directos de los servicios de APS y comunitarios y tienen la responsabilidad de la contratación de los servicios especializados.

En Portugal, por ejemplo, el SNS tiene cobertura universal y está basado en la APS. A través de la reforma implementada para fortalecerla están reestructurando los Centros de Salud a través de la creación de Unidades de Salud Familiar siguiendo los principios de: a) pequeños grupos multiprofesionales y auto-organizados, b) autonomía organizativa funcional y técnica, c) contractualización de una cartera básica de servicios, y d) la introducción de un sistema retributivo que premie la productividad, accesibilidad y calidad.

En el caso de España, a partir de la reforma iniciada en la década de los 80, se fortalece la APS como núcleo organizador de los servicios de salud y puerta de entrada al sistema de salud. La estrategia consistió en seleccionar lo que ya funcionaba, como el cupo o lista de población adscrita a un médico, introduciendo cambios como por ejemplo, la generalización de la Tarjeta Individual Sanitaria (antes tarjetas familiares), el trabajo en equipo (médico, enfermera trabajadores sociales y auxiliares), la jornada de trabajo de dedicación completa, la introducción de un componente de pago capitolativo a los médicos, la incorporación de programas de promoción y prevención en el quehacer de los equipos APS, la implementación de la cartera de servicios de APS, la informatización de la consulta y la Historia Clínica, el farmacéutico de APS a nivel de área/distrito, la introducción de la Carrera Profesional en la AP, un aumento considerable del acceso a medios de diagnósticos por parte de los médicos de APS y el desarrollo de indicadores comunes para el Sistema de Información de AP.

En Holanda, se introdujeron estrategias similares con el objetivo de fortalecer la APS entre las que se observan la introducción de incentivos para promover el médico de cabecera, la integración de equipos de trabajo de AP, actividades dirigidas al empoderamiento del paciente, el uso de guidelines y los records médicos electrónicos.

La APS en estos países europeos enfrenta desafíos variados como por ejemplo:

- ✓ En España, entre otros: favorecer la figura del “médico personal”, haciendo posible mayor autonomía individual del médico para organizar su consulta y actividades dotándole de todo el apoyo que precise (administrativo y profesional); aumentar resolutiveidad en la práctica médica; mejorar la conexión

APS como ordenadora del sistema de salud

- con los especialistas; fortalecer los cuidados de enfermería continuados (24h) domiciliarios y comunitarios.
- ✓ En Portugal, entre otros, fortalecer la formación del médico de familia, aumentar la calidad en la AP y mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la AP.
 - ✓ En Holanda, entre otros, resolver la fragmentación en el financiamiento y en la provisión de la AP.
 - ✓ En el sistema británico la AP enfrenta, entre otros desafíos, la fragmentación de los servicios, las fallas en la continuidad del personal de AP, la proliferación de alternativas de atención y las constantes reformas del sistema.

Lo importante a retener es que la evidencia científica a nivel internacional indica que:

Los sistemas de salud basados en atención primaria efectiva se caracterizan por:

- ✓ Tener profesionales altamente entrenados en AP y que están ejerciendo en la comunidad,
- ✓ prestan cuidados con mayor efectividad, tanto en términos en costos como en términos clínicos, en comparación con los sistemas con una débil orientación de APS (Starfield 2008)

Cada vez más se asume a la APS como organizadora del sistema de salud y a partir de estudios de la experiencia europea (Saltman et al 2006) se recomienda para su fortalecimiento orientar los esfuerzos hacia:

- Un trabajo en equipo
- El registro de la población y uso de la lista de pacientes
- Una mayor accesibilidad
- Una cartera amplia de servicios
- Un pago diferenciado de los trabajadores de salud
- La informatización de los servicios de APS

La significación de la APS dentro de los sistemas de salud: América Latina

Para el caso de América Latina, una región con profundas desigualdades sociales e inequidades en salud (Medrano et al. 2006) y con altos porcentajes de exclusión social y de salud (Acuña 2005) presenta una heterogeneidad de modelos de sistemas de salud que configuran diferentes valoraciones y modalidades de la APS. De inicio, uno de los desafíos que se presentan para los sistemas de salud de la región, y que configura también los marcos donde se inscriben los desafíos para la APS es garantizar la protección social universal en materia de salud para todos los ciudadanos.

Durante las últimas tres décadas los sistemas de salud de la región han experimentado reformas que impactaron, en algunos casos negativamente, en los sistemas de salud. Uno de los problemas que presentan los sistemas de salud de la región latinoamericana refiere a la segmentación y fragmentación (Mesa-Lago, 2005) ambas son barreras para la cohesión social y un desafío para el fortalecimiento de la APS.

A diferencia de las reformas europeas, en América Latina las reformas sectoriales lideradas por el Banco Mundial tuvieron mayor intensidad por las condicionalidades de la implementación y por la situación de fragilidad previa de los sistemas de salud de la región. Dichas reformas regresivas (Homedes and Ugalde 2001) han impactado negativamente en los sistemas de salud; no sólo no lograron los objetivos planteados, sino que además se incrementaron los problemas estructurales de los sistemas (Almeida 1995), se introdujeron nuevos modelos de provisión de servicios que funcionan como cuasi mercados (Homedes Nuria and Ugalde 2005) y se incrementaron -en muchos casos- las inequidades (Flores 2006).

A pesar de lo antedicho, actualmente en la región latinoamericana, el paisaje de los sistemas de salud está cambiando y además de los países que implementaron reformas para fortalecer el sistema de salud universal y dieron una fuerte valoración a la APS, como el caso de Cuba, Brasil y Costa Rica, están emergiendo nuevas experiencias orientadas hacia el ordenamiento del sistema en base a la APS. Algunos de esos casos son los siguientes:

A) Cuba que tiene un sistema de salud público con cobertura universal y la APS es financiada por el Estado. En la actualidad en el centro del programa de salud cubano aparece el médico y la enfermera de familia y el equipo del policlínico, los cuales atienden a la comunidad siendo el punto de primer contacto y entrada al sistema de salud; trabaja con población adscrita y es en el primer nivel donde se resuelve el 80% de los problemas de salud (García y Álvarez, 2005).

b) Costa Rica con un Mecanismo de financiamiento tripartito de los servicios públicos gestionados y administrados por la Caja Costarricense de Seguridad Social con cobertura universal. Los Equipos Básicos de Atención (EBA) con perfil multiprofesional funcionan como puerta de entrada y trabajan con población adscrita (Ministerio de Salud, 2004).

c) Brasil con un Sistema Único de Salud (SUS), con acceso universal y 25% de la población con doble cobertura pública y privada. La red pública APS funciona como puerta de entrada preferencial con la Estrategia de Salud de la Familia enfocada a la

APS como ordenadora del sistema de salud

comunidad y la familia con equipos multidisciplinares responsables de una población adscrita de entre 3000-4500 personas (Ministerio da Saúde).

d) Chile con un sistema mixto, tanto en el financiamiento como en la prestación. En el financiamiento, combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros de carácter competitivo. Sin embargo, estos dos componentes comparten una fuente de financiamiento que es el aporte obligatorio de los trabajadores. Existen dos modalidades: una de naturaleza pública que gestiona el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Otra constituida por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), aseguradoras privadas de salud que administran la cotización obligatoria de quienes opten por adscribirse a ellas (OPS, 2007). La APS se provee con equipos multiprofesionales.

e) En la región centroamericana, como es el caso de Honduras, es donde se observan los sistemas más segmentados y con menor cobertura (entre 57 y 73%), carecen de coordinación entre los tres subsectores y algunos servicios de atención primaria son dados por las ONGs o agencias de cooperación internacional (Flores, 2004). En estos casos la provisión de los paquetes básicos se realiza utilizando una lista de beneficiarios; el sentido de esta lista es chequear la distribución de los paquetes-servicios y no como un modo para entrar al sistema de salud.

f) Los cambios políticos actuales de la región, están favoreciendo procesos orientados a transitar hacia un sistema universal donde se pretende que la APS sea la puerta de entrada al sistema, como es el caso de algunos países como Bolivia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela, con el modelo de Barrio Adentro. Los grados de avance son variados, pero algunos de esos países ya realizaron cambios en la legislación y están implementando acciones dentro de un proceso de construcción de legitimidad para un servicio universal de salud organizado por una estrategia APS.

Lo importante a retener es que, para el caso de la región latinoamericana es aún un desafío el desarrollo de un Sistema Sanitario que asuma el *derecho a la salud* en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso con disfrute de este derecho por parte de todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.

Actualmente existe la oportunidad de fortalecer la APS en la región ya que existe el reconocimiento y la constatación internacional de la importancia de la APS para la organización y fortalecimiento de sistemas universales de salud así como para la reducción de inequidades en salud.

Esa constatación se ve expresada en el consenso de las orientaciones para el fortalecimiento de la APS, tanto como parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y eje coordinador del proceso de atención, como del desarrollo social y económico global y de la comunidad.

Representa además, el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Constituyéndose así en puerta de entrada al sistema y en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

(OMS 2008; OPS 2008; CDSS 2007)

2. La Función de Puerta de entrada de la APS: elementos conceptuales que la justifican

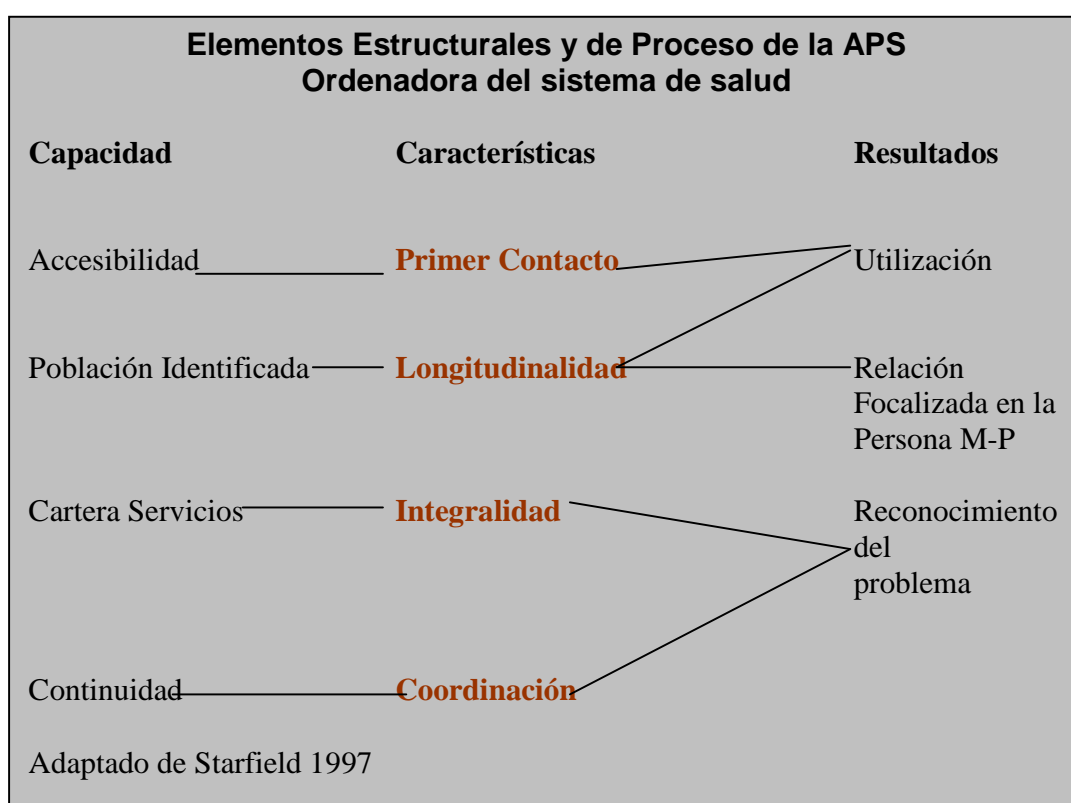
Como mencionamos anteriormente en la definición de Starfield, la APS se caracteriza por cuatro elementos esenciales que influyen para conseguir mejores resultados en el estado de salud de la población, en la disminución de inequidades y en la eficacia y eficiencia del sistema de salud.

Dichos elementos se presentan de manera individual, pero en la práctica se mezclan indisolublemente para definirla como puerta de entrada al sistema de salud y también para definirla tanto respecto a la estructura como al proceso y a los resultados. A su vez, estas características del servicio que se presta son organizadoras del sistema de salud y condicionan las características del trabajo que se realiza en APS, distinguiéndolo claramente de la atención hospitalaria. Los elementos esenciales de la APS son los siguientes (Starfield 1998, Gervas 2006, 2008):

- ✓ **Accesibilidad:** primer contacto de la población con el sistema sanitario. Supone la provisión eficiente de servicios que se utilizan como primer contacto con el sistema sanitario siempre que surge una necesidad de atención. Asegurar la accesibilidad implica identificar las barreras (geográficas, económicas, culturales, organizacionales) y valorar las estrategias adecuadas para la consecución de la accesibilidad
- ✓ **Longitudinalidad:** es una característica que depende tanto de la existencia y persistencia de una institución de salud (centro, profesional o equipo multiprofesional de APS), como de la decisión de la población de utilizar regularmente dicha institución. Para que se de la longitudinalidad es preciso definir la población atendida, de lo contrario, no se puede identificar a aquellos que no utilizan la atención primaria; y, éstos últimos, pueden ser la población que más la necesita. Definir la población atendida contribuye a mejorar la salud comunitaria a través de aquellas actividades que no son propiamente las de relación médico-paciente. La adscripción de la población a un centro, profesional o equipo multiprofesional de APS, sirve para conocer a la población atendida.
- ✓ **Integralidad:** es la capacidad de la APS de resolver la casi totalidad de los problemas de la población atendida (alrededor del 90%). Conseguir la integralidad en la práctica supone superar el vacío entre las necesidades de los usuarios y las respuestas de los proveedores. Para ello la APS debe ofrecer servicios variados y completos que incluyan actividades de promoción, prevención y atención curativa para las enfermedades agudas habituales y la casi totalidad de las crónicas, ayuda a los discapacitados y ayuda para morir con dignidad. La atención integral exige registrar en cada visita el problema que trajo el paciente a la consulta, pero también la información acerca de otros problemas de salud, incluyendo factores de riesgo. Esto permite realizar cuidados anticipatorios tratando todos los problemas en su conjunto. Por otra parte, la integralidad supone la colaboración entre el individuo, la familia, la comunidad y los servicios sanitarios para modificar los determinantes socio-económicos de los problemas de salud detectados.

APS como ordenadora del sistema de salud

- ✓ La coordinación: exige la suma de las acciones y los esfuerzos de los servicios de atención sanitaria. Requiere la existencia de continuidad y el reconocimiento de problemas. La continuidad es la existencia ininterrumpida de sucesos, o la existencia de un mecanismo que una los distintos eventos. Se requieren dos tipos de continuidad, una que se extiende en el tiempo (uniendo los eventos sucesivos a lo largo de los días) y otro que se extiende en el espacio (uniendo los eventos que se extienden en los distintos niveles y distintos servicios). La continuidad es diferente a la longitudinalidad, mientras esta última supone la presencia continua de una institución de APS (individual o colectiva) la primera supone la presencia del mismo proveedor de salud y de registros que permitan unir eventos en el tiempo y en el espacio. La longitudinalidad es condición necesaria, pero no suficiente para la continuidad. Para esto es crucial la existencia de registros con información pertinente.



Rol de filtro del Médico General en APS: diferentes perspectivas en Estados Unidos y Europa

El desarrollo de una APS de alta calidad forma parte de los cimientos donde se apoyan casi todos los sistemas de salud que priorizan efectividad, eficiencia y equidad en los servicios que brindan. En consonancia con una organización eficiente de los servicios de salud por niveles de cuidado, parece natural que haya una puerta de entrada común

APS como ordenadora del sistema de salud

y accesible cuando se requiere atención médica y que esa puerta sea controlada por un médico de APS.

En los sistemas europeos, los argumentos que justifican que sea un médico de APS son de índole técnica y social. Los de índole técnica se justifican entre otras cosas, en que las personas en general, carecen de conocimiento suficiente para tomar una decisión apropiada sobre qué tipos de cuidados y tipo de médico necesitan para cada problema de salud. Los argumentos de tipo social se justifican en que cualquier modelo de atención médico orientado a la especialización, donde cada usuario elige una puerta distinta por donde ingresar -aún ante un padecimiento similar sin una coordinación entre los diferentes niveles- presenta un claro problema de equidad ya que ningún sistema cuenta con recursos ilimitados para proveer servicios de salud. Dado que los especialistas son más caros que los generalistas, son también, menos accesibles a las personas con menos recursos.

Con la llegada del *managed care* en los 70' en Estados Unidos, se introdujo la figura del médico de APS en su rol de portero (*gatekeeper*) enfatizando los atributos que hacen a la característica del profesional de APS: primer contacto y coordinación de la referencia a los especialistas.

Sin embargo, en la definición americana el rol de filtro (*gatekeeping*) refiere al proceso de autorización de las derivaciones por un médico de atención primaria designado para cumplir esta función. La mayoría de los seguros pagan al médico de atención primaria por capitación y como uno de los pilares del *managed care* el *gatekeeping* ha sido considerado esencial como estrategia de contención de costos.

Un ejemplo de esto son las Health Maintenance Organisations (HMO) que utilizan médicos generales como puerta de entrada al sistema y el acceso al especialista tiene que ser autorizado por ellos sin embargo, ante la demanda creciente por parte de los ciudadanos de mayor libertad de elección, las HMOs comenzaron a ofertar un nuevo servicio denominado "Point-Of-Service" (POS), con coste adicional para el paciente, pero sin restricción de acceso al especialista. En el año 2000 casi la mitad de los trabajadores estaban incluidos en planes tipo POS y sin embargo, sólo entre un 4 % y 7% ejercen su derecho al libre acceso al especialista (Forrest et al, 2001).

Los pacientes incluidos en HMOs, en comparación con aquellos incluidos en planes en los que no existe puerta de entrada, tienen un 66 % más de riesgo de ser derivados, la tasa de derivación se incrementa el doble, las auto-derivaciones se reducen un 5 % y los pacientes derivados tienen problemas más graves (Forrest et al, 1997). Cuando se compara los dos modelos con puerta de entrada al sistema, uno con pago capitativo y otro con pago por acto, y un modelo sin puerta de entrada al sistema, el porcentaje de visitas derivadas es similar en los dos sistemas con puerta de entrada y un 40 % más elevado que el modelo que no la tiene (Forrest et al 2003).

La comparación entre cinco HMOs y el servicio nacional de salud británico pone de manifiesto que la derivación es 2,5 veces más elevada en Estados Unidos que en el Reino Unido, después de ajustar por el estado de salud de los pacientes (Forrest et al 2002). Entre las causas que explican estas diferencias se pensó en la mayor disponibilidad de especialistas y la existencia de demoras de atención más cortas.

En el marco de estos análisis comparados, fue polémica la comparación entre la HMO Kaiser Permanente y el servicio nacional de salud británico (Forrest et al 2002, 2003). En algunos trabajos se menciona la insatisfacción del paciente al no poder acceder directamente al médico especialista como una desventaja del rol de filtro (Forrest 2003); en este marco el gatekeeper también ha sido identificado por el público americano sólo como un instrumento que utilizan los seguros comerciales de ese país para restringir el acceso a los especialistas por parte de los usuarios y no como el coordinador de la atención para mejorar la accesibilidad y calidad de los cuidados.

El rol de los gatekeepers está siendo crecientemente cuestionado en la medida en que se los identifica cada vez más como sirviendo a los intereses de los seguros comerciales para maximizar su renta. Si bien los pacientes valoran muy positivamente el primer contacto accesible así como el rol de coordinador para el médico de APS, rechazan claramente las políticas de las organizaciones de atención gerenciada que enfatizan el rol de portero para el médico de atención primaria (Grumbach et al, 1999). Por el contrario, en Europa el médico general de APS es una institución respetada y con prestigio (Gervás 2008, Boerma et al. 1997).

Por otro lado, el significado tan distinto que tiene el rol de filtro en Europa y Estados Unidos, quizás pueda relacionarse, entre otras cosas, a que en Europa el concepto de primer contacto tiene una larga tradición y predominan los sistemas de salud públicos de cobertura universal que asumieron a la salud como un derecho social. Dichos sistemas son caracterizados también por niveles definidos de atención con incumbencias y competencias claras con un escaso sector privado y el rol del médico de APS como portero y filtro se ubica en la base de un modelo organizacional. En este contexto las personas no identifican al médico de APS como sirviendo a otros intereses distintos del bien común.

Por el contrario, en el caso americano, los valores sociales se orientan a privilegiar la libertad de elección de las personas y el mantenimiento de la salud es considerado como una responsabilidad individual y por lo tanto la cobertura de los servicios médicos se rige por principios de mercado como cualquier otro bien. En definitiva la salud es considerada una mercancía más que un derecho. Esto ha dado lugar a una fuerte participación del sector privado corporativo en el sector de la salud.

Para los fines de este trabajo y en la consideración de que la noción americana de la atención primaria, vista como barrera para la contención de costos y acceso a la atención especializada, es limitada y no aporta al fortalecimiento de la APS, la dejaremos de lado y nos apoyaremos en la versión europea para identificar las ventajas que aporta tener a la APS como eje ordenador del sistema de salud en su rol de puerta de entrada al sistema de salud y coordinación de la atención a la salud.

La Función de Puerta de Entrada de la APS: la experiencia Europea

La concesión del papel de portero a los médicos de cabecera, es decir del monopolio en el primer contacto con el sistema de salud y filtro de la demanda de otros niveles de atención en Europa, fue introducida durante los años 50, 60 y 70, así como la integración de varios tipos de profesionales relacionados directamente con la atención primaria (Rico et al. 2002). Durante los años 90 los sistemas de salud europeos, bajo

APS como ordenadora del sistema de salud

las presiones económicas y en el marco de las reformas, introdujeron incentivos para la contención de costos fortaleciendo el rol de filtro de los Médicos Generales (MG) para la derivación a la atención especializada.

En los países en que los médicos generales tradicionalmente tienen la función de filtro, habitualmente se acompaña de la existencia de una "lista de pacientes" o cupo, agrupado por familias y comunidades, que tienen un médico general de cabecera. Actualmente Dinamarca, Holanda, Irlanda, Italia, el Reino Unido y Canadá (provincia de Ontario), son países con pago por capitación y una lista de pacientes o cupo (Giovannella 2006; Gérvas, 2008).

En otros países como Bélgica, Finlandia, Francia y Alemania el rol de filtro del médico general es muy limitado. Se están desarrollando iniciativas que llevan a adjudicar una lista de pacientes a un médico general en Alemania, Bélgica y Francia (Gérvas J 2006; Gérvas and Fernández 2006).

Ejemplos de estas iniciativas son: en Bélgica, para estimular el papel de filtro de los médicos generales los pacientes pagan menos co-pagos si se registran en la lista de un médico de cabecera y aceptan que su expediente médico sea llevado por el MG. Esta medida comenzó para pacientes de más edad, pero a partir de 2002 se extendió a toda la población (Schokkaert and Van de Voorde 2005) .

Del mismo modo, desde julio de 2005 todos los beneficiarios en Francia con cobertura de seguro de salud deben escoger a su médico de cabecera («*médecin traitant*»). Como resultado de ello, costará más consultar a un especialista directamente, sin pasar por su "médecin traitant" (Sandier et al., 2004).

En Alemania desde 2004 las Cajas de Enfermedad, están obligadas a ofrecer la opción de inscribirse en un "modelo de atención médico de familia" con los incentivos financieros para los pacientes que cumplen con las normas gatekeeping (Busse and Riesberg 2004).

Una de las ventajas de incentivar el rol de filtro del médico generalista podría ser que indirectamente, estas iniciativas llevarán al establecimiento de la adscripción de la población a un médico (lista de pacientes) e incidir en mejoras de la distribución geográfica de los servicios de atención primaria. Esta idea se sostiene en el hecho de que se considera que la lista de pacientes asegura la distribución homogénea de los médicos generales en todo el país; genera una sensación de responsabilidad, un vínculo en la relación médico-paciente que facilita la longitudinalidad de la atención (ser atendido por múltiples problemas por un mismo médico) (Gérvas J. 2008).

En relación a las desigualdades en la distribución de servicios de atención a la salud en latinoamérica, las áreas rurales (normalmente las más pobres) son las que más carecen de estos servicios; desde esta consideración, podríamos coincidir con la observación de Gérvas referente a que en los países donde no hay lista de pacientes, los médicos se concentran según un patrón paralelo a la población con recursos (Gérvas and Fernández 2006).

Con respecto a la distribución de médicos generales en Europa un estudio comparó datos de 1990 y 2002 para analizar la densidad de los médicos generales en APS según población y se encontró que los números se han mantenido relativamente

estables en la mayoría de los países. En 10 de los 19 países de los que se dispone de datos para ambos años se ha producido un aumento en la densidad de médicos generales, con un aumento relativamente fuerte en Austria, Finlandia y Noruega. En ocho países la densidad es la misma en ambos años. Sólo en Portugal hay una disminución en el número de médicos en relación a la población. Los países con un sistema de referencia de los médicos generales hacia la atención especializada fue considerado como un indicador de un sistema de atención primaria bien desarrollado. Se encontró que los sistemas de referencia de los médicos generales no están relacionados con una alta o baja densidad de estos recursos profesionales (Boerma et al 2005).

La existencia de la lista de pacientes va asociada a la función de filtro del médico de cabecera para el acceso al especialista (Gérvás J. 2008) y esto ha sido motivo de un debate que se refleja en la literatura, lo abordamos someramente en el apartado anterior y, a veces, aparece como una confrontación entre atención primaria y atención especializada.

Si por un lado no hay suficientes pruebas de que el fortalecimiento del rol del médico de cabecera como filtro sirve para reducir los gastos en la atención de la salud (Barros P.P 1998) por otro, las evaluaciones internacionales muestran que los países donde los médicos generales disponen de una lista de pacientes y son el punto de referencia para la consulta inicial a todo nuevo problema de salud, son más efectivos y eficientes que los que permiten una libre circulación de pacientes dentro del sistema (Stardfield B. 1995; Boerma W., Van der Zee J. et al. 1997).

En lo referente a la remuneración de los médicos generales en Europa, diversos estudios muestran una diferencia pronunciada entre los ingresos de los médicos generales y los especialistas (Anderson 1998; OECD 2000; Reinhardt et al. 2002 en Boerma et al., 2005).

En el análisis descriptivo de la remuneración de médicos generales y especialistas en 14 países europeos realizado por la OCDE en 2007, se encontraron fuertes variaciones en los niveles de ingreso de los médicos generales entre los países y estas variaciones son aún más pronunciadas con respecto a los ingresos de los especialistas.

La remuneración de los médicos generales oscila entre dos veces el nivel del salario medio en Finlandia y tres veces y medio más elevado en Islandia. La remuneración de especialistas varía aún más; de cinco a siete veces más elevado para los especialistas que trabajan bajo la modalidad liberal en los Países Bajos y en Austria. Una parte de la variación puede explicarse por la utilización de diferentes métodos de remuneración; por el rol de filtro jugado por el médico general; por las diferentes cargas laborales y por la densidad de médicos por habitante. El estudio menciona, sin embargo, que esos factores no pueden explicar todas las variaciones de ingresos. Dicho estudio muestra que hay una tendencia al aumento más rápido de los ingresos de los especialistas que de los médicos generales en casi todos los países europeos (OCDE 2008).

En el siguiente cuadro se muestra la heterogeneidad de la APS en quince países europeos en relación al rol de filtro del médico general, la modalidad de pago y organización de la provisión y la población con derechos a la atención primaria.

CARACTERÍSTICAS APS EN EUROPA	País	Población con derechos	Pago	Filtro	Modelo provisión
	Alemania	Asalariados, Asegurados Pensionados, Voluntarios	Por episodio	No	Profesional independiente (PI)
	Austria	Asalariados, Asegurados Pensionados	Contrato asalariado acto	No	50% PI 50% consulta ext
	Bélgica	Asalariados, Asegurados Pensionados	Acto/servicio	No	Profesional independiente
	Dinamarca	Residentes legales	½ capitación 2/3 por acto	Si	Profesional independiente Paciente registrado
	España	Residentes legales	Asalariado capitación	Si	Equipo Atención Primaria EAP
	Finlandia	Asalariados, Asegurados Pensionados	Asalariado carrera profesional	Si	Centro salud EAP
	Francia	Asalariados, Asegurados Pensionados	Por acto	No	PI 38% EAP
	Grecia	Asalariados, Asegurados Pensionados	Rural/asalariado Urbano/ por acto	No	Centro salud
	Holanda	Asalariados, Asegurados Pensionados	Capitación por acto	Si	Profesional independiente
	Luxemburgo	Asalariados, Asegurados Pensionados	Por acto	No	Profesional independiente
	Italia	Residentes	Per capita	Si	PI paciente registrado
	Noruega	Residentes	Contrato municipal	Si	EAP
	Portugal	Residentes	Asalariado	Si	Centro salud EAP
	Reino Unido	Residentes	Capitación+conseción+ Acto	Si	Primary Care Trust
Suecia	Residentes	Por acto Salario negociado	No	EAP	

Adaptado de Roser V et al 2006

La adscripción de la población a los servicios APS

Como muestra el cuadro anterior, en diferentes países europeos existen diferentes modalidades de organización de los servicios de APS. La más típica es la del médico general trabajando en su consultorio particular, que está concertado por el seguro sanitario o la autoridad sanitaria competente y que atiende a todos los pacientes que acuden, o bien tiene una lista de pacientes a los que debe atender (esto es más común en los sistemas tipo Bismarck o de seguridad social).

En algunos de estos países, como mencionamos arriba, se ha comenzado a ofertar a los médicos incentivos para trabajar en equipo, en algunos casos facilitándoles locales o algún otro medio de apoyo.

En el caso de España, Portugal y los países nórdicos la organización de la atención se hace a través de centros sanitarios públicos, centros de salud, consultorios locales, etc. que atienden a la población en una zona de salud. Dicha zona es el marco territorial para la organización de la APS y comprende una cantidad de población, que varía entre los países, y a la cual se adscribe a los Centros de salud o equipos de APS, como en España. Los centros de salud son la estructura física y funcional para el desarrollo de la APS.

APS como ordenadora del sistema de salud

La organización práctica de la atención sanitaria acorde a los postulados de la APS comienza por favorecer la accesibilidad y un mecanismo para esto es el de la adscripción de la población a un profesional de salud, equipo multiprofesional o centro de salud. Esta adscripción se realiza según las características concretas de cada país y del sistema de salud en cuestión.

La adscripción de la población a un profesional o equipo APS permite además, la atención integral de las colectividades así como, organizar la agenda de consultas y la conformación de los equipos de profesionales necesarios para la APS y la distribución de los recursos humanos en un territorio según las necesidades de salud.

Por otro lado, la adscripción de la población a un médico general o equipo APS junto con la presencia persistente de la institución de salud favorece la consecución de la longitudinalidad en la atención ya que permite conocer a la población (elemento de estructura), facilita que la población identifique a la institución como la fuente de los cuidados APS (elemento de proceso), y probablemente permite que con el tiempo disminuyan los días de incapacidad por morbilidad de la población atendida (resultado).

En lo que concierne a la organización de la consulta, si bien el tamaño de la lista de pacientes adscritos a un médico general o equipo APS, predice poco la utilización de las consultas, la estructura de dicha lista -porcentaje de mayores de 65 y menores de un año, porcentaje de mujeres o de población de clase social desfavorecida- es mejor predictor, ya que recoge cierta variabilidad relacionada con la morbilidad (Groenewegen 1995).

En el cuadro siguiente se muestran como ejemplo los mecanismos de adscripción de la población en España, Reino Unido, Holanda y Portugal, que son similares y constituyen el primer paso para entrar al sistema de salud y acceder a los servicios sanitarios:

MECANISMOS DE ADSCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EN APS			
<p>Reino Unido Todas las personas residentes legalmente en el Reino Unido tienen derecho a recibir prestaciones por NHS.</p> <p>El registro se realiza en un consultorio de AP como paciente NHS. El acto de registro lleva asociado la asignación de un identificador único NHS (y posiblemente tarjeta NHS). Formularios estándar</p> <p>El registro es gratuito y es a iniciativa del paciente, que puede escoger el consultorio de los disponibles cerca de su domicilio.</p> <p>Registro nominal con médico, pero obligaciones entre el consultorio de AP y el paciente.</p> <p>Libre elección de médico</p>	<p>España Todas las personas residentes legales tienen derecho a recibir prestaciones del SNS</p> <p>El registro se hace en un centro de salud en la unidad administrativa con el número de seguro social. Formulario estándar.</p> <p>El registro es gratuito y a iniciativa del paciente.</p> <p>Libre elección regulada de médico</p>	<p>Portugal Todas las personas residentes tienen derecho a recibir prestaciones del SNS</p> <p>El registro se hace en el centro de salud sea por familia o individuo.</p> <p>El registro es gratuito y a iniciativa del paciente</p> <p>Libre elección regulada de médico</p>	<p>Holanda Todas las personas tienen derecho a la asistencia sanitaria</p> <p>El registro se realiza con el proveedor del servicio médico</p> <p>El registro es gratuito y a iniciativa del paciente</p> <p>Libre elección del médico</p>

Fuente: Boerma 2009, Pisco 2009, Valderas 2009

Recursos de Atención Primaria

Una serie de reformas del sector salud durante el decenio de 1990 en Europa han tratado de reajustar el reparto de tareas entre atención primaria y secundaria. El rol de la atención primaria como coordinadora de la entrada y salida de la atención secundaria ha tendido a aumentar. Además, la atención hospitalaria y estancias en hospitales se han acortado en tiempo de internación (Blanco et al., 1961; McKee y Healy, 2001 en Boerma 2006). Muchos más pacientes pueden ser tratados en la atención primaria, de modo que estos servicios pueden representar hasta el 90% de todas las actividades de atención de salud (Hobbs, 1995 en Boerma 2006).

En un mapeo de experiencias de APS que se están desarrollando en Europa se encontró una variedad de servicios; algunos de ellos ya están formalmente basados en la atención primaria, incluyendo un sistema de referencia a la atención especializada y función de filtro de los médicos generalistas con una amplia gama de tareas y perfiles, mientras que otros se basan más en servicios especializados con un menor dominio exclusivo de los médicos (Boerma et al 1998 en Saltman et al. 2006).

- *Asistencia en el hogar:* El envejecimiento de la población conjugado con la reducción del tamaño de la familia y las políticas de reducción del tiempo de estancia hospitalaria han producido un aumento de los servicios de Asistencia Domiciliaria (Tjassing et al 1998 en Boerma et al 2006). En Europa Central y Oriental, estos servicios se están desarrollando ultimamente como parte de la APS (Vladu 1998 en Boerma et al 2006). Los servicios a domicilio, entre otros, son el de Enfermería a Domicilio: incluye rehabilitación, apoyo, promoción y prevención y los Servicios de Asistencia a domicilio: incluye apoyos, entre otros, para las tareas domésticas y trámites administrativos (Hutten et al 1996 en Boerma et al). En los países, como por ejemplo Francia, donde el médico general prescribe estos servicios es el mismo médico quien tiene el primer contacto y evalúa las necesidades del paciente; en otros como los Países Bajos donde no se requiere la prescripción médica, son las mismas organizaciones que ofrecen estos servicios quienes tienen el primer contacto y realizan la evaluación de necesidades del paciente (Boerma et al 2006).
- *Servicios de Enfermería a Domicilio:* En Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Irlanda y el Reino Unido, los servicios de enfermería a domicilio tienen una larga tradición, mientras que todavía esta en desarrollo en Alemania, Austria, Grecia, Italia, Luxemburgo, Portugal y España. Básicamente, existen dos modelos de financiación. En uno, los recursos provienen de los impuestos generales, con un presupuesto fijo para las organizaciones que otorgan el servicio. El tamaño del presupuesto está generalmente relacionado con el número y la composición de los habitantes de la zona de trabajo. En los países con este régimen de financiación, tales como Dinamarca, Irlanda, Italia, Portugal y España, los pacientes no necesitan una referencia para cuidados a domicilio y la organización de enfermería es el primer contacto y quien hace la evaluación de las necesidades. En el segundo modelo, donde los recursos provienen de las primas de seguro social de salud, se realiza un co-pago por los servicios. En estos casos (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Alemania), los pacientes necesitan la referencia de un médico general que es quien hace la evaluación de necesidades y el primer contacto (Hutten y Kerkstra, 1996 en Boerma 2006).
- *Ayuda a Domicilio:* A diferencia de los servicios de enfermería a domicilio, los servicios de asistencia a domicilio no son una parte de la atención de la salud, pero son considerados como servicios sociales, excepto en Irlanda, los Países Bajos y en cierta medida en Alemania. En Grecia y en Italia los servicios de ayuda a domicilio se empezaron a desarrollar en la década de 1980, mientras que en otros países han tenido una larga tradición. En la mayoría de los países los servicios de ayuda a domicilio son organizados por las autoridades locales, como los municipios y no se necesita referencia. Las necesidades son evaluadas por un organizador o jefe de equipo de la organización que generalmente es un trabajador social. En los casos en que el hogar de enfermería y servicios de asistencia a domicilio se han integrado en una organización, como Dinamarca, Irlanda y los Países Bajos, las enfermeras también pueden evaluar las necesidades de los pacientes (Hutten y Kerkstra, 1996 en Boerma 2006).

Una de las conclusiones a las que llegan los autores es que la organización del sistema de salud es un factor determinante de cómo se proporcionan los servicios de atención primaria. En los países donde el médico general cumple el rol de filtro, los médicos

proporcionan una gama más amplia de servicios, a pesar de que trabajan menos horas que los médicos de los países con acceso a médicos especialistas. En los países donde los médicos trabajan por cuenta propia, están más implicados en el tratamiento y seguimiento de las enfermedades y pasan más horas de trabajo directo en la atención a los pacientes que los médicos de otros países (Boerma et al 2006).

Del análisis de estas experiencias y referente a la coordinación y continuidad de la atención los autores señalan:

- Los médicos generales en APS que cumplen el rol de filtro están en buena posición para responder a una amplia gama de necesidades de los pacientes y para coordinar la atención
- El trabajo en equipo en APS amplía el rango de servicios; además los médicos generales que trabajan en equipos en APS son más eficientes porque distribuyen mejor su carga laboral.
- Un sistema de salud en el cual los médicos generales tienen el rol de filtro y los pacientes son registrados es más favorable para la coordinación y continuidad de la atención ya que permite que la información médica se almacene en algún lugar,
- Cumplir el rol de filtro y tener una lista de pacientes registrados no es suficiente, se requiere además que esa información se integre en sistemas electrónicos que puedan ser utilizados y compartidos tanto por los médicos generales de APS como por los médicos de la atención especializada.
- Los registros médicos electrónicos no son sólo útiles para la coordinación y continuidad de la atención, sino también para el seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas. Además son una fuente de información para la investigación en APS y para estudios epidemiológicos

(Boerma 1997, 2006, Rosser et al 2004, Saltman 2006)

Registros e Historias Clínicas Electrónicas en APS

En la APS la continuidad significa ligar los eventos de atención a un problema determinado de salud en todos los niveles del sistema sanitario. De esta manera se optimiza la atención y se evitan duplicaciones de pruebas, se coordinan los cuidados y se eligen las soluciones. Para que se de la continuidad se necesita el registro de la historia del problema de salud; la Historia clínica es pilar de la continuidad.

Los problemas que plantea la adquisición de la información en la APS son múltiples y se deben a las características del trabajo en el primer nivel y a las características de la propia APS. Los registros clínicos dan soporte a algunas características básicas de la atención en el primer nivel, pero no son garantes por sí solos, del fortalecimiento del trabajo en la APS, ni para una evaluación de la APS. Sólo la compilación y análisis

APS como ordenadora del sistema de salud

sistemático favorecen a la APS como puerta de entrada al sistema a través del fortalecimiento de sus características básicas.

En algunos de países de Europa como España y Gran Bretaña se introdujo, en los últimos años, el uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE). La HCE recibe en la literatura científica diversas denominaciones: e-medical record, e-patient record, e-health record, computer-stored patient record, ambulatory, medical record y computer based patient record, a veces con significados idénticos y otras, con un intento de asociar a las distintas denominaciones, diferentes grados de informatización.

En un estudio transversal en la región de Trent (Inglaterra), se buscó determinar si los registros médicos informatizados contienen menos información que los basados en papeles y, si se recuerda menos sobre las consultas y los pacientes como medida de pérdida de calidad de la atención facultativa. Participaron médicos británicos de medicina de familia (25 utilizando historiales electrónicos y 28 utilizando historiales basados en papel) (Hippisley-Cox J, Pringle M et al. 2003).

Los resultados de dicha investigación citan como ventajas de los registros informatizados en el ámbito clínico:

- la facilidad de lectura,
- el incremento de datos,
- la ayuda para el uso racional del medicamento,
- la protocolización,
- la facilidad de acceso a otros niveles,
- la visualización y transmisión de imágenes,
- resultados e informes evitando la duplicidad de pruebas,
- el control de salud de la población y
- la ayuda a la investigación.

Los autores analizan la cantidad y calidad de información comparando una muestra de historiales clásicos con los electrónicos. Cabe destacar que dada la tecnología evaluada, no fue posible realizar el estudio al azar, partiendo de una muestra de médicos voluntarios. Una vez comprobada la comparabilidad de ambos grupos, los resultados mostraron una mayor cantidad de información, más cantidad de diagnósticos, mayor indicación de un plan terapéutico o consejo y por supuesto, mejor legibilidad, en las historias informatizadas.

A su vez las derivaciones a atención especializada están mejor registradas en los historiales electrónicos. Los autores concluyen que un buen historial es el primer paso para tomar una acertada decisión clínica además de ser una protección médico-legal esencial. Pero lo que es más importante, comparan también -a través de entrevista dirigida- la capacidad de los médicos de recordar a sus pacientes y sus características, sin encontrar ninguna diferencia significativa entre ambos grupos; en todo caso, recuerdan más consejos dados a los pacientes los que utilizan la informática. Este estudio resulta relevante dado que es escasa la bibliografía comparativa existente entre los dos tipos de registro.

Otros estudios (Ruch P and Geissbuhler A. 2003) coinciden con estos resultados y muestran cómo un conjunto de herramientas electrónicas como el *Natural Language Processing* (NLP) que pueden ser combinadas para proporcionar calidad a las historias

APS como ordenadora del sistema de salud

clínicas (Hassey A, Gerret D et al. 2001). En el ámbito de la gestión, las historias clínicas electrónicas también destacan por los aportes a la posibilidad de evaluación, obtención de indicadores, comparación, obtención de costes (Hassey A, Gerret D et al. 2001).

Entre los inconvenientes, se mencionan la dificultad para el manejo de la informática por parte de aquellos profesionales poco familiarizados o reacios, la pérdida de confidencialidad y la pérdida de contacto con el paciente (Anderson R. 1996).

El *National Health Systems* en Gran Bretaña desarrolló un programa de transición hacia las historias informatizadas que se está implementando por etapas con el fin de mejorar la calidad y organización de la APS para lo cual diseñó y promovió la utilización de *guidelines*¹. En dicho proyecto de transición se establecieron tres sistemas: a) Servicio Electrónico de Transferencia de Prescripción (ETP en inglés), b) Servicio de libro electrónico de citas, c) Servicio de dossiers de servicios de salud, incluyendo la historia clínica detallada por paciente, para ser compartida a nivel local y accesible a nivel nacional² (House of Commons and Health Committee 2007).

La potencialidad para la APS de trabajar con sistemas de HCE es que ayuda a la consecución de la longitudinalidad, y además permite dar continuidad a los casos de pacientes que migran o de clase social baja que entran al sistema de salud por la puerta de la urgencia hospitalaria, o por los servicios sociales, quienes se beneficiarían de un seguimiento apropiado. También facilita la coordinación de la atención en casos de pacientes con co-morbilidad que requieren la atención especializada o en casos de un trabajo articulado con otros tipos de servicio.

Sin embargo, el uso de sistemas de registros electrónicos implica contar no sólo con computadoras sino con sistemas de red, capacitación, etc. lo que en muchos países depende de cómo la APS esté organizada, de su valoración en el sistema de salud, del financiamiento de este último y del financiamiento otorgado a la APS, entre otros factores.

Ventajas de la APS como Puerta de Entrada al Sistema de Salud

Ortún y Gervas definen a la atención médica primaria (AMP) como la atención sanitaria a la que tiene acceso directo la población y que se presta por médicos generales/de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo (Ortún Vicente and Gervas J 1995).

La eficiencia de la APS se basa, conceptualmente, en la longitudinalidad que se expresa en la estabilidad de la relación médico-paciente (Gervas J., Palomo L. et al. 2001) que permite el seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de

1

The Joint General Practice Information Technology Committee of the General Practitioners Committee and Royal College of General Practitioners (2005). Good practice guidelines for general practice electronic patient records (version 3.1). Guidance for GPs. UK, Department of Health: 74.

² NCRS siglas del inglés The NHS Care Records Service

APS como ordenadora del sistema de salud

salud que le afectarán a lo largo de la vida (Starfield B. 1998) y en la integralidad y coordinación entre niveles.

Desde la doctrina sanitaria tradicional la función del médico de APS es doble: a) como filtro/puerta de entrada se relaciona con la accesibilidad y/o derivación a otro sector si lo considera necesario, y b) función de acompañamiento (longitudinalidad-integralidad).

Así, la función de filtro se configura en un contexto particular y es expresión de diversos factores sanitarios y no sanitarios ya que esa función, también expresa un acuerdo social. En esta concepción sanitaria la función de filtro es un mecanismo jerárquico en el sistema de salud y otorga a los médicos generales el monopolio del primer contacto.

En el modelo británico el punto central del médico generalista es el grupo de pacientes asignado, lo mismo en el modelo español; en Finlandia y Suecia el punto central de la APS es el centro de salud.

En América Latina varía, por ejemplo, para el caso de Cuba (Fariñas García et al 2006) donde la clínica tiene un espacio definido, el médico de familia tiene el monopolio del primer contacto pero complementa la clínica con un trabajo en la comunidad; el punto central se da en un área geográfica y en el grupo de familias que allí residen.

En el caso de Brasil, según Campos, hubo una subestimación de la importancia de la función clínica en la formulación de la política de atención primaria y se priorizaron las acciones de los servicios de salud dirigidos a los colectivos, sea comunidad o familia, con intervenciones de prevención y promoción en un territorio dado (territorialización). En una intención de romper con la tradición médica, el rol del médico de familia no quedó muy definido (Campos, 2005).

Desde la visión sanitarista, la función de filtro del médico de APS se fundamenta desde una perspectiva clínico-epidemiológica y el concepto de filtro implica tanto la capacidad de los médicos de seleccionar casos a derivar, como la de encargarse de la mayoría de los casos (Gervás et al 2006). La razón básica fundamental para usar los servicios sanitarios en niveles, y dar una respuesta escalonada a las necesidades de los pacientes en respuestas concatenadas de médicos generales y especialistas es epidemiológica. La función de filtro (personal, familiar y del médico general) permite ir concentrando la morbilidad, en el sentido de prevalencia, complejidad y gravedad (Gérvas et al 2006).

Gérvas pone el ejemplo de la prevalencia del cáncer de recto y sigma en pacientes con hemorragia rectal; éste pasa del 0,1% en la población al 2% en la sala de espera del médico general (filtro personal y familiar), y al 36% en la sala de espera del especialista (filtro del médico general). Es decir, la probabilidad pre-prueba del cáncer de recto y sigma en pacientes con hemorragia rectal en la sala de espera de los especialistas se multiplica por 360 en un país con médicos generales con función de filtro (tomado de un estudio de Holanda, Fijten GH. et al 1994 en: Gérvas et al, 2006). El médico general consigue el aumento de la prevalencia, complejidad y gravedad en la población que deriva por el acervo de información pre-prueba que tiene sobre el paciente y su problema.

El aumento de la prevalencia de enfermedad pre-prueba cambia en poco la sensibilidad y especificidad de la prueba, pero modifica en mucho el valor predictivo positivo de la

APS como ordenadora del sistema de salud

misma (Gérvas et al 2006). Es decir, el médico de APS filtra los verdaderos positivos y disminuyen los falsos positivos. En este sentido, la selección del paciente a derivar aumenta la eficiencia de la APS y al mismo tiempo protege al paciente del sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento.

Sabemos que el valor predictivo de un test depende de la prevalencia de la enfermedad. Cuanto mejor sea la capacidad de filtro del médico general, más elevado será el nivel de patología en la sala de espera del especialista y por lo tanto más acertados serán los diagnósticos que realice el especialista.

En esta perspectiva se asume que la función de filtro del médico general conjugada con el uso de la lista de pacientes adscritos, permite ir acumulando y mejorando el conocimiento sobre las personas y familias que atiende a lo largo del tiempo donde ocurren distintos problemas de salud lo que le permite desarrollar una capacidad de toma de decisión ante situaciones complejas, sobre todo en casos de co-morbilidad (Ortún et al 1995).

La longitudinalidad, se caracteriza por la relación interpersonal entre médico y paciente, como mencionamos anteriormente y, por ofrecer coordinación de cuidados respecto a todos los problemas de salud del paciente a lo largo de su vida (Gérvas et al 1995). La continuidad le ofrece a la persona el seguimiento de problemas concretos de salud. Si la continuidad se refiere a un problema, la longitudinalidad se refiere a una persona. La continuidad sería la característica de todo el sistema sanitario; la longitudinalidad es característica básica de la atención primaria.

De esta manera la concatenación del trabajo del médico general con el especialista beneficia al paciente porque sólo se someten a las pruebas diagnósticas y terapéuticas de los especialistas los verdaderos positivos o aquellos que tienen altas probabilidades de estar enfermos. Además, se protege a los falsos positivos de las intervenciones innecesarias de los especialistas que podrían ser potencialmente peligrosas (Pérez Fernandes et al 2002).

Un estudio sobre el perfil de los servicios que prestan los médicos generales en países de Europa central y del Este concluye que en los países donde los médicos generales tienen un fuerte rol de filtro tienen también, una posición fuerte como puerta de entrada al sistema. Los médicos generales de los países de Europa Central tienen un rol más fuerte como primer contacto y mayor puntaje en técnicas que los de Europa del Este (Boerma et al. 1997).

En España, Dinamarca, Holanda y Reino Unido, el conocimiento del médico general es básico en la toma de decisiones en situaciones complejas, sobre todo de co-morbilidad, lo que les ha dado prestigio. Han sabido aunar autonomía profesional, monopolio del primer contacto, producción de conocimientos (publicaciones, investigación etc.), impacto en la salud y los costos, contribución a la reversión de la desigualdad en salud y satisfacción de los pacientes (Gérvas 2008).

En esta preocupación por la clínica en la ampliación de la capacidad resolutoria de la APS se depende, en gran parte, de la capacidad de los médicos generales para resolver los problemas de salud y cumplir con el rol de filtro. A pesar de ello, consideramos que ese rol es dependiente de un conjunto de factores que variarán según los contextos pero, en principio, depende de la formación del médico; de la

APS como ordenadora del sistema de salud

conciencia sanitaria tanto del médico como de la población; de las condiciones laborales del médico, del compromiso con la APS del sistema sanitario y del imprescindible reconocimiento de la población a los servicios de atención primaria como el primer contacto con el sistema sanitario para que sea posible aumentar la resolutivez y eficiencia de la APS.

Pensando en la situación de Latinoamérica donde los problemas de salud están fuertemente determinados por las condiciones sociales y la comprensión de la APS incluye el equipo multiprofesional, la atención comunitaria y las acciones intersectoriales, Campos (2005) sugiere que la función de filtro -para el caso de Brasil- sería como una especie de síntesis entre: a) una atención a la demanda y búsqueda activa con evaluación de riesgo y de vulnerabilidad de pacientes, familias y comunidades, b) una clínica ampliada que se haga cargo de la complejidad que caracteriza a la APS y próxima de las redes familiares y sociales, y c) salud colectiva con intervenciones de prevención y promoción a la salud (Campos 2005).

Desde la consideración de la función clínica las ventajas de la APS como puerta de entrada/filtro y la lista de pacientes adscriptos, de acuerdo a los autores revisados permiten:

- conocer el problema e identificar las necesidades de atención (**acceso**)
- el establecimiento de una relación continua a lo largo del tiempo para los diferentes problemas que vayan surgiendo (**longitudinalidad**)
- el médico acumula un conocimiento que le permite lidiar con la incertidumbre y mejorar la capacidad de decisión ante situaciones complejas
- identificar los casos de verdaderos positivos y aumentar la prevalencia en la atención especializada (**coordinación**)
- seguimiento de problemas concretos de salud en los diferentes ámbitos (**continuidad-integralidad**)
- protección del paciente en relación a sobre-diagnósticos y sobre-tratamientos
- reducción de costos y uso racional de los recursos, todo lo cual:

Amplía la capacidad de respuesta y de resolutivez de la APS

(Gervás et al 2006, 2008; Ortún et al 1995)

Problemas con el Rol de Filtro de los Médicos Generales en APS

Como hemos mencionado anteriormente, los países que tienen a los médicos generales en una posición central en el sistema de atención de salud se basan principalmente en su función de porteros y utilizan la lista de pacientes, cumpliendo la función de primer contacto con el paciente ocupándose de los problemas de salud; es el primero en decidir qué tipo de servicios son requeridos. La mayoría de los medicamentos son sólo por prescripción y a menudo se requiere una remisión para acceder a la atención especializada.

APS como ordenadora del sistema de salud

La intención es que el médico de APS, mientras sea posible, trate a los pacientes hasta donde sea posible y, sólo derive a la atención especializada, cuando sea estrictamente necesario, acompañando al paciente en su recorrido por el sistema de salud para resolver su necesidad de atención. Esta posición central, idealmente, le permite mantener los registros médicos del paciente y mejorar la continuidad de la atención.

Las funciones que se identifican del rol de filtro, como hemos mencionado, se refieren al control del uso del especialista, hospital u otros servicios más caros (racionamiento de los servicios-control de los costos); por otro lado, dicha función se relaciona con la calidad de la atención a través del rol de coordinación del conjunto de paquetes de servicios e intervenciones que puede recibir el paciente.

Visto así habría dos maneras de considerar el rol de filtro del médico general: bajo una mirada negativa, puede verse como un mecanismo de restricción del acceso a otros servicios especializados y bajo una mirada positiva puede verse como un mecanismo para racionalizar costos y, al menos teóricamente, para promover la integración de la atención.

La atención a las condiciones y problemas de salud crónicos, que actualmente en Europa, constituyen la base de más de la mitad de la carga de enfermedades, requiere de una coordinación continua entre ámbitos y proveedores y la colaboración de los profesionales, entre ellos y con los pacientes, para poder desarrollar el plan terapéutico. Es en el nivel de la coordinación donde se presentan los problemas.

En este sentido el estudio de Calnan et al.2002 en Saltman 2006, sostienen, en primer lugar, que el rol de filtro del médico general había sido útil en el pasado en el fomento de la integración de servicios a través del sistema de salud y, en particular, en la coordinación de los paquetes de atención. Sin embargo, enumeran cinco desafíos a los que actualmente se enfrenta dicho rol:

- 1) el aumento de los puntos de entrada para los pacientes a la atención primaria, (ejemplo de esto son las Walk-in-Centrales en el Reino Unido) (Anderson et al 2002 En: Calnan et al 2002)
- 2) registros electrónicos de los pacientes que difícilmente se puedan integrar en todos los servicios (salud, social y comunitaria)
- 3) las dificultades que tienen los pacientes para seguir con el mismo médico (médicos generales tienden a trabajar a tiempo parcial-debido a las excesivas cargas de trabajo)
- 4) la super-especialización de la APS con la introducción de servicios especializados (por ejemplo, dermatología), y
- 5) el uso de la enfermera como primer contacto

Todos estos factores, según los autores, inciden en la disminución del rol de filtro del médico de APS. De hecho, la profusión de puertas de entrada en la APS sugiere que más tarde, el rol tradicional de filtro de los médicos generales, podría ser *obsoleto* y que el paso siguiente puede ser que se trate de nuevas formas de coordinación de la atención en la organización más que en el nivel médico-paciente (Calnan et al, 2002 en Saltman 2006).

Siguiendo esta idea los autores sugieren una variedad de estrategias para mejorar la coordinación: 1) especificar las poblaciones de pacientes, 2) el establecimiento de un

APS como ordenadora del sistema de salud

conjunto común de atención especial a los grupos de pacientes, 3) la definición de responsabilidades compartidas y separadas para la atención primaria, 4) el establecimiento de claros mecanismos financieros, y 5) la introducción en la educación médica de la formación en comunicación e información tecnológica.

Diferentes publicaciones en las que se replantea cuál debe ser el papel de los médicos generales en el sistema sanitario, coinciden en que estos profesionales han de expandir sus funciones. Esta expansión de funciones es causada por el cambio de perfil de los pacientes con condiciones de enfermedades crónicas que exigen mayor coordinación en los cuidados y atención a lo largo de los años.

Considerando esta problemática y siendo la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles los ejes claves de la política sanitaria, pensamos que la tendencia que se observa en Europa es que la atención especializada se vuelve más ambulatoria y la atención primaria más resolutive. Por otro lado, las nuevas tecnologías de la información permiten (potencialmente) mejorar la coordinación y la continuidad de la atención. En este sentido, consideramos que más que volverse *obsoleto* el rol de filtro del médico general en APS, se le agrega y fortalece el rol de coordinador y de vinculador (con otros servicios sociales y sanitarios).

Quizás estos aspectos a fortalecer impliquen dejar de lado la idea de que la APS es la "puerta de entrada" y dejar de ser considerada como una distribuidora de flujos asistenciales para pasar a ser considerada como el ámbito asistencial donde el paciente vive, enferma, se rehabilita, se cura y sale muy ocasionalmente hacia otros niveles asistenciales. Ese cambio en la mirada de la APS implica que asuma el protagonismo en el cuidado y promoción de la salud y que los otros niveles asistenciales reconozcan el protagonismo del médico de Atención Primaria y colaboren para potenciar su capacidad resolutive.

3. LA FUNCIÓN DE PUERTA DE ENTRADA EN LOS PAÍSES PARTICIPANTES: SITUACIÓN ACTUAL Y REFORMAS EN MARCHA

Esta parte del trabajo es resultado de la sistematización y análisis de los informes nacionales que realizaron los países participantes en el proyecto de intercambio de experiencias de APS. En la primera parte presentaremos un panorama general de las condiciones de la APS y en la segunda parte nos centraremos en la situación de la APS en la función de primer contacto y en el rol de filtro de los médicos generales de APS en los países participantes de este proyecto.

Como mencionamos al principio de este documento la APS tiene también un significado concreto de tipo operativo que depende fuertemente del sistema de salud donde se encuentra inmersa. El sistema de salud regula la organización de la APS así como su relación con las demás partes del sistema. Desde esta perspectiva la función de puerta de entrada estará configurada por la significación de la APS en el nivel de la organización sectorial de los diferentes países participantes.

Uno de los puntos importantes a considerar con respecto a la APS es si sus establecimientos forman o no parte de la red asistencial y, esto no depende de la definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial. En ese sentido, más efectivo que la declaración de una red regionalizada y con procedimientos de referencia -declaración formal que aparece en todos los dossiers nacionales- es el mecanismo de financiamiento, elemento que ordena subsectorialmente al sector.

Con respecto al financiamiento, cobertura y provisión de la APS en el grupo de países a analizar identificamos tres conjuntos:

- a) Países con sistemas de salud con cobertura universal o casi universal y que tienen a la APS como puerta de entrada: Brasil, Chile y Costa Rica
- b) Países en transición hacia un sistema nacional de salud y que proponen a la APS como puerta de entrada. Estos países tienen diferentes sistemas de salud de cobertura y modalidades de transición: Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela
- c) Países que reportan baja cobertura y/o fragmentación, y que no tienen a la APS como puerta de entrada: Honduras, Panamá y Perú.

Grupo A:

- **Brasil** - El Sistema Único de Salud (SUS) es el encargado de la prestación de servicios de APS a través de dos modelos de Atención Básica: la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) que cubre aproximadamente al 50% de la población y el Modelo Convencional concentrado en las regiones metropolitanas cubriendo al 20% de la población. En la ESF se trabaja con equipos multiprofesionales en las unidades básicas de familia. Cada equipo atiende en un territorio y es responsable en promedio de 800-1000 familias lo que equivale aproximadamente a 4mil personas. El equipo está conformado por: médico generalista o especialista en medicina familiar, enfermero y auxiliar de enfermería, Agente Comunitario de Salud (personas que viven en la misma área

- en que trabajan con liderazgo y actividades centradas en la promoción de salud), odontólogo y auxiliar de salud bucal, y otras profesiones que se definen según los municipios.
- **Chile** - El sistema de salud se compone de dos subsistemas, uno público y otro privado. A la población que tiene contrato se le descuenta un 7% mensual para cubrir un seguro de salud y la persona decide si esta cotización va al Seguro Público (Fondo Nacional de Salud FONASA) que cubre al 80% de la población o va a alguno de los Seguros Privados (Instituciones de Salud Previsional ISAPRES). El país cuenta con una APS bajo la administración de los Gobiernos locales y de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.
La atención se brinda en los Centros de Salud y Puestos por parte de equipos multiprofesionales con el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario que define un máximo de 30mil personas inscritas por centro de salud familiar con sectores de 5 mil personas cada uno.
El equipo APS: se conforma por: médicos, odontólogos, enfermera, matrona, nutricionista, asistente social, kinesiólogo, psicólogo y técnicos de diferentes especializaciones.
Equipos de Cabecera: con énfasis en la prevención y participación comunitaria conformada por enfermeras, matrona, técnicos, paramédicos y médico.
Equipos transversales: que tienen la misión de otorgar apoyo al cuidado continuo y la promoción de toda la población adscrita al centro y se conforma por psicólogo, nutricionista y asistente social, entre otros.
 - **Costa Rica** - El aseguramiento de la población se financia a través de una cuota tripartita entre el empleado, el patrón y el Estado. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) provee los servicios de APS a toda la población en sectores geográficos y poblacionales definidos. Los servicios se brindan a través de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) que tienen una población adscrita de 4 a 5 mil habitantes y por Area de Salud hay aproximadamente, entre 6-10 EBAIS.
En las Areas de Salud se encuentran los Equipos de Apoyo, conformados por: médico general o de familia, enfermera general, enfermera obstétrica, microbiólogo, farmacéutico, odontólogo, trabajador social, personal de registro de salud, y en la minoría de EBAIS se encuentran nutricionista y psicólogo.
Además cada EBAIS está integrado por: un médico general coordinador, un auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria, un técnico de registro de salud y un técnico de farmacia, aunque cabe aclarar que no todos los EBAIS cuentan con el recurso humano completo.

Grupo B

- Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela tienen la particularidad común que están transitando hacia un sistema nacional de salud y se encuentran en diferentes grados de avance, los tres primeros están en etapas incipientes y Venezuela ya lleva varios años de avance de la implementación del programa Barrio Adentro. Por las singularidades de cada sistema de salud cada uno de ellos puede ser visto como un caso, sin embargo, a efectos de la sistematización hemos considerado el elemento común de estar transitando hacia sistemas que asumen como base a la APS.

- **Ecuador** - En septiembre de 2008 se aprobó la nueva Constitución donde se define a la salud como un derecho que garantiza el Estado a través del Sistema Nacional de Salud y el modelo APS, con perspectiva Intercultural. Actualmente el Ministerio de Salud Pública (MSP) atiende al 30% de la población y el Seguro Social Campesino (SSC) al 9% a través de dispensarios y consultorios municipales. También hay ONGs que otorgan servicios. Cabe aclarar que si bien las unidades del MSP cubren un tercio de la población, las acciones de APS no son desarrolladas en todas ellas. En el MSP se da la atención en los Centros de Salud y los Sub Centros de salud (urbanos y rurales) y los Puestos Mínimos. Los profesionales que trabajan allí, dependiendo de la ubicación geográfica de la unidad, la magnitud de la población y otros factores, pueden ser: un médico, una enfermera, un odontólogo, una obstetra, un auxiliar de enfermería, y un auxiliar de odontología. El MSP desarrolla varios programas de tipo vertical. En las unidades del SSC hay un médico itinerante y una auxiliar de enfermería permanente que realizan actividades curativas. La atención es a libre demanda y en el SSC se atiende exclusivamente a las familias afiliadas que hacen su aporte mensual. El nuevo gobierno piensa implementar al nuevo modelo de atención con un Equipo Básico de Salud (EBAS) con capacidad de brindar cobertura a 1.000 familias (5.000 personas) en el área urbana, mientras que a nivel rural un equipo EBAS atenderá a 600 familias (3.000) personas; estos criterios se definen en función de la concentración poblacional
- **Paraguay** - La institución encargada de la APS es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Actualmente, el sistema de salud está estructurado en base a la presencia de hospitales que es donde se da la atención. Desde agosto de 2008 se inició una nueva política de atención primaria con la formación de Unidades de Salud de la Familia. Para esto se propuso una organización de redes de atención basada en la APS. Concerniente a la provisión de APS se propuso una Red de Atención Primaria en Salud, a través de unidades de atención integrada por: 1 médico/a; 1 licenciada/o en enfermería; 1 auxiliar de enfermería; 1 auxiliar administrativo; 5 agentes comunitarios de salud. Se implementará un equipo para cada 3200 personas, el total estimado para la cobertura nacional es de 1875 equipos. Por cada dos unidades de atención Primaria en Salud se implementará un equipo odontológico compuesto por un odontólogo, un técnico y un auxiliar, es decir, un equipo odontológico para cada 6400 personas. En cuanto a la Red de Atención Ambulatoria o Policlínicos de Especialidades: una para cada 15 Equipos de Salud de la Familia, o sea uno para 48.000 habitantes. El país necesitaría un total de 95 a 125 según las coberturas establecidas. Actualmente se han instalado 13 USF y en 2009 se planea instalar 150, distribuidos en distintos puntos del país para ir avanzando hasta cubrir al 100% de la población. Cada USF tiene una población asignada dentro de un territorio determinado, se accede a ello luego de realizar un censo poblacional inicial, se le asigna un equipo donde debe acudir. Aún no hay registro obligatorio, pero se piensa hacerlo cuando se cubra toda la población.
- **Uruguay** - Según la Encuesta Nacional Ampliada de Hogares de 2006 (ENHA) la cobertura en salud a través del MSP (ASSE) y del Hospital de Clínicas (Universidad de la República) era del 41% del total de la población, mientras que en el sector privado las IAMC's ofrecían el 44% de la cobertura. Tomados en

conjunto, los subsectores público y privado atendían la mitad de la población cada uno. En 2007 se aprobó una ley, por la cual se extendió la cobertura a través de la Seguridad Social a 26000 trabajadores públicos que hasta el momento no tenían ningún tipo de cobertura del estado y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el Banco de Previsión Social, separando los fondos de seguridad social destinados al seguro de enfermedad. El FONASA se integra con los siguientes recursos: un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar ese organismo a los prestadores de servicios de salud por concepto de cuotas mensuales de prepago y de las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos; un aporte de los trabajadores públicos y privados (3%) y un aporte de los empleadores públicos y privados (5%). Mediante esta misma ley se incorpora a la ASSE como una nueva opción asistencial y se cambia la forma de pago a los prestadores contratados, que comienzan a recibir cápitas ajustadas por edad y sexo.

En lo que refiere al cambio en el modelo de atención, sustituye el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, sobre la base de una estrategia de Atención Primaria en Salud, poniendo énfasis en el primer nivel de atención, pero no aislándolo, sino concibiéndolo integrado con los niveles secundario y terciario a través de adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Actualmente los profesionales que prestan servicios APS son los que trabajan en el primer nivel de atención: médicos de familia, enfermero, auxiliares de enfermería, médicos generales, pediatría, ginecología, odontología. Los equipos incluyen estas profesiones de manera parcial y la mayoría de las actividades son preventivas y curativas. Actualmente el servicio es a libre demanda y aún la APS no constituye la puerta de entrada al sistema de salud.

- **Venezuela** - Los Establecimientos de Salud de la red de atención primaria, están ubicados en toda la geografía nacional, esto incluye establecimientos de la red convencional como nuevos establecimientos de la red de Barrio Adentro, haciendo especial énfasis en los ámbitos urbano-marginal y zonas fronterizas de difícil acceso. Los antecedentes del programa Barrio Adentro fueron la firma de un convenio de cooperación con la República de Cuba. La Misión Barrio Adentro consistió en el traslado al país de un gran número de personal de salud (médicos/as y enfermeras/os) de nacionalidad cubana en 2003, para instalar una red de consultorios de atención primaria en las zonas urbanas de mayor pobreza y áreas fronterizas de difícil acceso. Barrio Adentro tuvo varias etapas y en este momento se comenzó la integración con la red convencional en dos Estados como experiencias piloto.

Las instituciones encargadas de la APS, como puerta de entrada al sistema de salud están ubicadas en el Área de Salud Integral Comunitaria, (ASIC). El Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), es un sistema de unidades asistenciales, docentes e investigativas, de salud comunitaria, enclavada en un área geográfica determinada. Se ajusta al contexto sociodemográfico, cultural y de salud del territorio donde se implemente. En la mayoría de las Entidades Federales se corresponde con la parroquia, que constituye la unidad político-territorial más pequeña. La clasificación de la ASIC se hace según la cantidad de consultorios populares, puede ir de 1-10 (pequeña) a más de 31 (extensa). Las ASIC se conforman por un complejo de servicios ofertados gratuitamente a la población de la ASIC y además constituye un escenario docente para la formación de pregrado y posgrado en ciencias de la salud y la investigación científica.

APS como ordenadora del sistema de salud

- *Consultorios populares:* brindan servicios médicos integrales y gratuitos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación al individuo, la familia y el entorno con participación activa y protagónica de la comunidad.
- *Clínica Odontológica:* brindan servicios Integrales estomatológicos
- *Óptica:* brindan servicios Integrales de óptica y optometría
- Sala de Rehabilitación Integral (SRI): servicios Integrales de rehabilitación
- Centro de diagnóstico Integral (CDI): se brindan servicios diagnósticos y terapéuticos gratuitos, las 24 horas del día. Uno de cada cuatro CDI cuenta con quirófano para cirugía mayor electiva y de urgencia.

El equipo de salud se compone, de acuerdo a los servicios que preste, por: médicos generales integrales -MGI-, médicos de familia, médicos generales o médicos integrales comunitarios, enfermeras, defensoras de la salud, promotores sociales, técnico en registro e información de salud, odontólogos, bionlistas, auxiliares de laboratorio, técnicos radiólogos, fisiatras, fisioterapeutas y otros profesionales que se corresponden con las actividades propias de los servicios.

La dispensarización es la actividad de terreno para realizar la adscripción de las familias a los Consultorios Populares, estos establecimientos representan dentro del complejo de atención primaria la puerta de entrada preferencial al sistema de salud en áreas de población entre 1200 a 1750 ciudadanos, equivalente a 250 / 350 familias.

La atención de la población indígena se está cumpliendo con la puesta en funcionamiento de la Coordinación Nacional de Salud Indígena en el año 2005, la cual ha desarrollado estrategias y actividades en el marco de la Misión Barrio Adentro para dar cobertura a todas las etnias existentes en el país. Algunas de esas estrategias son la formación de ciudadanos indígenas como: Paramédicos Interculturales (brindan atención de primeros auxilios), Facilitadores Interculturales bilingües (indígenas bilingües que ofrecen apoyo en la relación personal de salud/paciente; desarrollando actividades de capacitación y sensibilización del equipo de salud en materia de interculturalidad) y Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud ACAPS (para incorporarlos como recursos humanos al sector salud).

Finalmente, como parte de la APS están los 8 mil Comités de Salud. En abril del 2007, el Poder Legislativo (Asamblea Nacional), aprobó la Ley de los Consejos Comunales que regula el funcionamiento de estas células organizativas. Se pretende que la participación sea un aval esencial para impulsar la atención primaria de salud (APS), con organizaciones como los Comités de Salud, Consejos Comunales, Mesas Técnicas de Agua, Comités de Tierras Urbanas y las diferentes Misiones.

Grupo C:

- **Honduras**, la Secretaría de Salud (SS) atiende al 60% de la población no asegurada y de escasos recursos y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) al 18% de la población económicamente activa asegurada. Aproximadamente un 17% no tiene cobertura de servicios de salud. La red de servicios APS de la SS se conforma por los CESARES para 2000 habitantes, asistidos por una auxiliar de enfermería y un trabajador de salud ambiental (TSA) y los CESAMOS para 5mil a 10mil habitantes, son atendidos por un médico

APS como ordenadora del sistema de salud

general, una enfermera profesional, tres auxiliares de enfermería, odontólogo y un TSA. Los programas son verticales y la atención es por demanda espontánea; no existe registro obligatorio.

El IHSS ofrece los servicios de APS a través de los médicos generales, enfermeras, trabajadores sociales y bachilleres en salud. La adscripción es obligatoria para los asegurados.

Existen otros grupos como ONGs, iglesias, asociaciones que ofrecen servicios de atención primaria. En el marco de la reforma de salud se están introduciendo los nuevos modelos de gestión utilizando contratos con los proveedores y una lista de servicios de atención.

- **Panamá** - Tanto la Caja del Seguro Social, como el Ministerio de Salud se desempeñan como entes financiadores de los servicios de salud. El recurso financiero que permite la gestión sanitaria tiene como fuentes de financiamiento los recursos del gobierno central, que se obtienen por la vía de la recaudación de impuestos. De igual forma, los usuarios del sistema aportan, mediante cuotas de co-pago. Múltiples actores gestionan y prestan servicios de salud a la población entre ellos, el sector público, privado, la comunidad y las organizaciones no gubernamentales. Las instalaciones de salud que se ubican en la APS son: puestos, sub-centros y centros de salud, centros de promoción de la salud y centros de atención. Se desarrollan acciones de promoción, protección específica y diagnóstico precoz. Los servicios son otorgados por profesionales de APS constituidos por el médico, personal de enfermería, odontología, educador para la salud y/o técnico en salud ambiental. La atención es por libre demanda y no hay registro de población obligatorio.
- **Perú** - Los establecimientos de salud del Ministerio de Salud son los únicos encargados de brindar atención primaria de salud en el primer nivel de atención para lo cual se cuenta en el país con un total de 6717 Centros y Puestos de salud. El Ministerio de Salud cubre al 44% de la población. Los equipos profesionales están constituidos principalmente por un Médico Cirujano General, una enfermera u obstetra, un técnico sanitario. Generalmente se cuentan con Agentes Comunitarios o Promotores de Salud. Se registran sólo a los grupos vulnerables y sobre todo los adscritos al programa materno-infantil. En el seguro social la adscripción es obligatoria.

Como muestra el siguiente cuadro la APS se configura de manera diferente según los sistemas de salud, tipos de financiamiento y organización de la atención.

PERFIL DE LA APS EN LOS PAISES PARTICIPANTES			
PAIS	PROVISION APS	FILTRO	MODELO
Brasil	Sistema Unico Salud-Estrategia Salud Familia 50% Modelo Convencional 20%	SI	Equipo Multiprofesional
Chile	FONASA 80%	SI	Equipo Multiprofesional
Costa Rica	Caja Costarricense Seguridad Social 100%	SI	Equipo Multiprofesional
Ecuador	Ministerio Salud 30%	NO	Profesional solo
Honduras	Secretaría Salud 60% IHSS 17%	NO	Profesional solo
Panamá	Ministerio Salud y Caja Seguridad Social	NO	Profesional solo
Paraguay	Ministerio Salud	NO	Profesional solo
Perú	Ministerio Salud 44%	NO	Profesional solo
Uruguay	FONASA	NO	Profesional solo
Venezuela	Barrio Adentro	SI	Equipo Multiprofesional
	Ministerio Salud	NO	Profesional solo

APS como ordenadora del sistema de salud

El panorama de la APS en los países participantes muestra una tendencia a la adopción de la APS como modelo de atención con diferentes grados de avance en el camino. El grupo de países que tienen una mayor cobertura y sistemas de salud más estructurados tienen a la APS como puerta de entrada preferencial, equipos multiprofesionales y adscripción de la población.

El grupo de países en transición está en una etapa incipiente en sus cambios y podría beneficiarse de la experiencia de los países que tienen una APS más organizada. De este grupo, Venezuela ha avanzado en la implementación de la APS y comparte con los del grupo anterior rasgos característicos de la APS; a diferencia de los otros países en transición, se encuentra en una etapa de integración de los modelos APS.

Si bien cada grupo de país, por sus particularidades enfrentan desafíos diferentes, a partir de la revisión bibliográfica de las experiencias en Europa, y considerando los datos de los reportes nacionales, ubicamos como retos comunes aunque se presenten en diversos grados según la situación de cada país a:

- Afrontar la inequidad en salud como la principal amenaza para la cohesión social y el desafío de construir sistemas integrados de protección social en los cuales el sistema de salud juega un rol primordial para avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la salud.
- Resolver la segmentación de los sistemas de salud: debido a múltiples fuentes de financiamiento y arreglos de financiamiento, reflejando una segmentación social por capacidad de pago o inserción en el mercado laboral. Esto se refleja en una protección social diferenciada por estratos sociales y una garantía desigual del derecho a la salud. Todo esto podría ser fuente de inequidades o exclusión, situaciones que afectan a la cohesión social.
- Encarar la fragmentación organizacional, dada por la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsectores sin coordinación e integración. La fragmentación podría estar expresándose en algunos de los problemas que señalamos en los apartados siguientes y que refieren a: falta de acceso a los servicios, pérdida de oportunidades para la atención (lista de espera, derivaciones tardías, entrega de servicios reducidos, ej: programas verticales), baja resolutivez del primer nivel combinado con una sobre-utilización de la atención especializada por parte del paciente y, finalmente, una pérdida de continuidad en la atención. Además, la fragmentación eleva los costos de transacción al interior del sistema de salud y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención, marginando especialmente a los grupos de mayor vulnerabilidad.
- Fortalecer la legitimación social de la APS para que se exprese entre otros, en los apoyos financieros al fortalecimiento de la APS como núcleo ordenador del sistema de salud. La literatura muestra que los sistemas basados en APS tienen una mejor integración de la red de servicios de salud y además la APS permite una adecuada utilización de los recursos, siempre escasos, de los sistemas de salud. La APS favorece al uso racional de los recursos, pero eso no equivale a decir que la APS es barata: necesita un financiamiento adecuado y suficiente.

Atributos de la APS como Puerta de Entrada

MECANISMOS DE ADSCRIPCIÓN

Los mecanismos de adscripción de la población son utilizados por los países del grupo A (Brasil, Chile, Costa Rica) y del grupo B (Venezuela). El resto de los países no suele utilizar mecanismos de adscripción de la población de manera obligatoria, excepto los servicios otorgados por el seguro social que adscribe a la población asegurada, como mostramos en el cuadro al final de este apartado.

En Brasil, con la ESF la adscripción se realiza en el territorio y toda la población queda registrada a través de las visitas domiciliarias que realiza el Agente Comunitario. Se utiliza una ficha familiar con los datos de cada miembro de la familia además de los datos socioeconómicos. Estos registros son obligatorios y no dependen de la voluntad de los usuarios. Se utiliza un Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) y hay tentativas de un catastro único de usuarios del SUS, aún no se implementó la Tarjeta Sanitaria en todos los municipios.

En Chile, la adscripción es obligatoria y familiar; se puede elegir dónde hacer el registro: en el trabajo o en el centro de salud. No puede cambiar de Centro de Salud hasta después de un año y aquellos que se registraron en los lugares de trabajo no reciben atención domiciliaria. Para inscribirse se requiere carnet de identidad, certificado de residencia y certificado del empleador en el caso que se inscriba en el trabajo. El establecimiento entrega la “Carta de derechos y Deberes” en su atención a la salud con el listado de las prestaciones a las cuales tiene acceso y las causas por las cuales se da término a la inscripción.

Los establecimientos a través de sus sistemas informáticos propios o del que les provee FONASA envían anualmente su población inscrita a través del Servicio de Salud al FONASA quien procede a autorizar a la población: a) El proceso de validación, consiste en eliminar aquel conjunto de registros que presentan errores de información, y b) El proceso de certificación, que consiste en descartar aquellas personas que se identifican con las siguientes características: fallecidos; Isapre; Caja de Previsión de la Defensa Nacional; Independientes sin previsión.

En Costa Rica, el EBAIS se desplaza por el territorio asignado visitando los domicilios para identificar la población y el técnico de registro es quien hace la inscripción de la población. En cada área de salud existe la oficina de verificación de derechos a la cual debe acudir cada persona que desee recibir atención en salud pública. Dado que la sectorización es geográfica y poblacional, se respeta y se anota la dirección o sector asignado en el carnet del asegurado. Sin el carnet no se permite acceder al servicio de salud a excepción de las emergencias que se atienden de inmediato; posteriormente se verifica su condición de asegurado.

Para registrarse como asegurado se le solicita a la persona, además de la cédula de identidad, la orden patronal propia, de su cónyuge o de sus padres, si se trata de personas menores de edad y, un recibo de cualquier servicio público, en que venga registrada la dirección de la casa y con ello se le asigna el sector de salud que le compete, según lugar de residencia.

APS como ordenadora del sistema de salud

Las personas que ingresan al sistema de salud de la CCSS, lo hacen a través de los EBAIS, donde el personal de REDES les abre un expediente clínico en el cual anota sus datos de identidad, utilizando para ello la cédula de identidad, documento oficial que tiene toda persona mayor de 18 años en el país, ese número es único para la salud.

A nivel institucional existe un sistema único de padrón de asegurados llamado "Sistema Centralizado de Recaudación, llamado CISERE, al que todas las unidades u oficinas de verificación de derechos en cada sucursal de la CCSS deben consultar para conocer el estado de aseguramiento de sus usuarios. Se cuenta con una base de datos en la cual mediante el número de cédula de identidad de los usuarios, se califica su condición de adscripción. Esta base de datos se actualiza cada vez que el usuario cambia de dirección.

En Venezuela, como ya lo mencionamos, la dispensarización es la actividad de terreno para realizar la adscripción de las familias a los Consultorios Populares. La información socio-sanitaria recogida en el formato utilizado durante la dispensarización es el insumo básico para elaborar las Salas Situacionales que tienen los Consultorios Populares. Esta actividad es realizada por el Médico General Integral.

El resto de países aún no tiene implementados mecanismos obligatorios de adscripción para toda la población. En los casos en que son obligatorios se reducen a la población asegurada por un seguro social, o como en el caso de Panamá, sólo se adscribe a los grupos vulnerables que son beneficiarios de algún programa de salud como por ejemplo el materno-infantil.

PAÍS	MODALIDAD DE ADSCRIPCIÓN
Brasil	Familiar, obligatoria, manual, territorial, local. No hay libre elección
Chile	Obligatoria, familiar, libre elección: lugar de inscripción. Universal, electrónica (renueva cada año)
Costa Rica	Familiar, obligatoria, universal y electrónica. No hay libre elección
Ecuador	Voluntario, individual, manual y local Libre elección (Ministerio Salud) Individual, obligatorio, regional, electrónico (Seguro Social)
Honduras	Obligatorio, manual, local, familiar (Seguro Social) Libre elección (Ministerio Salud)
Panamá	Voluntario, individual, familiar (areas pobreza extrema) Universal, manual e iniciando electrónico. No hay libre elección
Paraguay	Familiar, territorial, obligatorio y manual
Perú	Obligatorio, local, electrónico (Seguro Social) Registro sólo grupos vulnerables, local
Uruguay	Voluntario, individual, universal, electrónico, local, libre elección
Venezuela	Libre elección (Ministerio de Salud) Obligatorio (Seguro social y Barrio Adentro)

Elaborado en el Taller del Seminario Internacional « La APS como ordenadora del sistema de salud : ventajas y desventajas de una puerta preferencial » Febrero 2009

a) Primer contacto

En los países del grupo A y en Venezuela, la APS es el primer contacto de las personas con el sistema de salud. En el caso de Brasil, Costa Rica y Venezuela el primer contacto se realiza en las rondas por los hogares del territorio asignado que realiza el equipo APS. Es el momento en que se identifican las necesidades de atención. En el caso de Chile el primer contacto se realiza en el Centro de Salud.

Varias son las razones por las cuales los servicios de APS en estos países son el primer contacto con el servicio de salud, entre ellas:

- a) la sectorización geográfica poblacional de los servicios de salud, de alguna manera asegura el acceso de la población adscrita, a los servicios de APS;
- b) la cercanía al lugar de residencia, o de estudios o de trabajo, elimina también las barreras geográficas para el acceso; en el caso de que se presenten problemas de desplazamiento por falta de recursos, puede haber estrategias para resolverlos, como en el caso de Costa Rica que tiene buena cobertura del sistema de telecomunicaciones por lo que facilita el llamado de unidades de transporte de pacientes ya sea terrestre, aérea y hasta marítima en algunos casos. La CCSS posee un sistema de pago de pasajes cuando se requiere desplazamiento a otro nivel para recibir servicios de salud.
- c) el hecho de que la APS no utilice co-pago favorece también el acceso eliminando las barreras económicas. Brasil, Costa Rica, Chile y Venezuela no utilizan co-pago en los servicios de APS.
- d) Brasil, Costa Rica y Venezuela reportan como parte del equipo de APS, aunque no figure en la totalidad de los equipos, un miembro que tiene el rol de enlace-traductor-intérprete cultural para facilitar el acceso y disminuir las barreras culturales. Una estrategia que se ha utilizado es la de capacitar en un área de salud a personal de áreas indígenas como en el caso de Costa Rica y Venezuela, o de identificar a un miembro de la comunidad con reconocido liderazgo para integrarlo al equipo de APS, como en el caso de Brasil.

El resto de los países reportan que si bien el primer contacto se da en el primer nivel, inmediatamente se deriva a la atención especializada por la baja resolutivez de la APS. Puede suceder que ni siquiera el primer nivel sea el primer contacto y se entre al sistema de salud por la puerta del hospital, directamente a la atención especializada o por las urgencias.

En relación a las barreras al acceso aparecen las siguientes: en el grupo B (Ecuador, Paraguay, Uruguay) se mencionan barreras de acceso organizacionales y culturales (horarios de atención reducidos, discriminación y escasez de recursos humanos); económicas (pago de medicamentos y algunos estudios y exámenes de laboratorio); geográficas (poblaciones dispersas con escasez de servicios de salud).

En el grupo C (Honduras, Panamá y Perú) las barreras que se mencionan al acceso de la APS son: económicas (co-pago), geográficas (reducidos o ausencia de servicios en población dispersa o zonas indígenas) en Honduras un 17% de la población está excluida de la atención a la salud y en Perú se elaboró el Plan Integral a los Pueblos Indígenas para ir resolviendo la accesibilidad a la atención.

b) Papel de filtro

Como presentamos en el cuadro de *Perfil de la APS en los países participantes* Brasil, Chile, Costa Rica y Venezuela (programa Barrio Adentro) el médico general cumple el rol de filtro para acceder a la atención especializada y a otros niveles de atención.

- **Brasil:** En los municipios y servicios de salud con instrumentos de regulación del acceso para la atención especializada se requiere la referencia del médico de APS. Sin embargo, se reporta que aún existen municipios donde la responsabilidad para la consulta de especialistas debe ser iniciativa del propio paciente. Cabe aclarar que la responsabilidad en trazar la red de servicios de salud secundarios y terciarios acreditados en el SUS, es del gestor municipal y estadual. La posibilidad de una óptima coordinación depende de los esfuerzos de éstos para que la red de servicios sea reforzada en el sentido APS.

Por intermedio de la Regulación de los Sistemas de Salud, como regulación ampliada, contiene las acciones de Regulación de la Atención a la Salud y ésta contiene las acciones de Regulación del Acceso a la Asistencia que se encarga de la regulación médica pre-hospitalaria y hospitalaria de urgencia; establecer referencias entre las unidades, según flujos y protocolos establecidos, etc. Para la referencia se cuenta con guías, formularios, protocolos y normas. Se cuenta con subsistemas de información de atención a la salud, pero no están integrados. Los mecanismos de comunicación entre los profesionales de los distintos niveles de atención se dan a través de: reuniones periódicas, comunicación tradicional (fax, teléfono, correo electrónico, etc.), y a través del Proyecto *Telesaúde* en los lugares donde se encuentran Núcleos conectados a dicho proyecto.

Dificultades identificadas: listas de espera, bajo acceso de los equipos de APS a las pruebas adicionales lo que provoca baja resolución en APS y aumento en las referencias a otros niveles.

- **Chile:** Para acceder a la atención especializada el médico general de APS extiende una Solicitud de Interconsulta o Derivación. Una vez que el paciente es atendido por el especialista y cuando se necesiten exámenes para apoyo al diagnóstico o procedimientos para el tratamiento del paciente, el profesional que otorgó la consulta extenderá una o más ordenes de Atención, especificando las prestaciones que el paciente requiere. Con ellas el paciente se dirigirá a la Unidad de Apoyo Diagnóstico o de Tratamiento para recibir las prestaciones respectivas, ya sea en el mismo establecimiento o en otro al que haya sido remitido. Los resultados de los exámenes y procedimientos, así como todas las atenciones que se prestan a los pacientes, serán informados al servicio clínico que los solicitó e incorporados a la historia clínica que el paciente tiene en el respectivo establecimiento. A pesar de haber mejorado estos indicadores de relación entre niveles, persisten listas de espera con magnitud y antigüedad importantes que se concentran en especialidades falentes, tales como oftalmología, traumatología, otorrinolaringología, cardiología, gastroenterología, psiquiatría y neurología, en procedimientos diagnósticos y en prestaciones quirúrgicas. Es así como la consulta médica de especialidades constituye el primer

“cuello de botella en el acceso” que se produce en el proceso de atención, el siguiente está dado por la derivación hacia la resolución quirúrgica y/o procedimientos diagnósticos y finalmente la pérdida de horas por inasistencia del usuario.

Dificultades identificadas:

- a) *relacionadas con las horas de especialidades* (entre otras: retención de los pacientes en la atención especializada; ausencia de un flujo de información apropiada, ágil, que permita el manejo adecuado de las horas disponibles en el nivel secundario; relación Consulta Nueva/ Repetida, inadecuada).
 - b) *relacionadas con la interconsulta* (Interconsultas derivadas desde el nivel primario incompletas, no ajustadas a criterios técnicos pre – establecido con auditoría de la calidad de la Hoja de Interconsulta deficiente.; inexistencia de Normas de Derivación claras, para algunas patología y para las Especialidades faltantes; Normas, Protocolos, Árboles de Decisión no siempre disponibles en el Nivel primario y secundario de atención)
 - c) *relacionadas con los profesionales:* (insuficiente capacidad resolutive de los Médicos de APS, para resolver respecto de algunas patologías, factibles de ser resueltas en el Nivel Primario de Atención; insuficientes Programas de Capacitación Continua a Médicos de APS en relación a la referencia de pacientes y su tratamiento en el Nivel Primario de atención; escasa credibilidad de parte de los médicos especialistas, respecto de la capacidad técnica de los médicos del nivel primario; escasa credibilidad de parte de los Médicos Especialistas respecto de la capacidad del Nivel Primario de Atención de proveer los recursos, tales como medicamentos, exámenes de laboratorio y otros, que permitan mantener la estabilización del paciente, en el nivel primario de atención y alto nivel de rotación de los profesionales médicos en APS).
- **Costa Rica:** El médico general de APS evalúa si el paciente requiere interconsulta con nutrición, trabajo social, odontólogo o exámenes de laboratorio y refiere al equipo de apoyo del área a la que pertenece el EBAIS. Si es un caso que requiere exámenes de rayos x o exámenes más sofisticados o consulta con especialistas se refiere al área de salud de segundo nivel o al hospital periférico correspondiente, pero para ello debe primero el paciente sacar cita. Si la condición de salud de la persona es una emergencia o requiere atención hospitalaria urgente se refiere al hospital periférico o al hospital regional. En los servicios de salud hay instrumentos para clasificar el riesgo bio-psico-social de los usuarios y si uno de ellos es clasificado como de alto riesgo debe ser atendido en un establecimiento de mayor complejidad, debe ser derivado al nivel que especifique la norma de atención y la norma de referencia. Los hospitales regionales refieren a los hospitales nacionales o a los hospitales especializados previa consulta telefónica de si disponen de cupo.

Dificultades identificadas: la organización y el funcionamiento de la red de servicios de salud, desde el punto de vista vertical, demuestra dificultades serias en cuanto a la coordinación entre diferentes niveles de atención, por falta de cupos, por falta de especialistas, y de recurso humano en general

Existe lista de espera en el primer nivel para los servicios odontológicos y en los servicios de segundo nivel para ciertas especialidades médicas y sobre todo para ciertos exámenes de laboratorio y de gabinete especiales. Se cuenta con una unidad de atención de las listas de espera a nivel nacional, y de acuerdo a las principales causas, establece diferentes proyectos para mejorar la oportunidad en la atención.

- **Venezuela:** En la nueva estructura de Red de Atención Integrada de Salud basada en las ASIC se espera incorporar a corto plazo el resto de los prestadores de servicios de salud y la articulación para el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. Esto significa que las áreas de salud donde no estén dadas todas las prestaciones mínimas definidas para la red de atención primaria se basarán en los principios de reciprocidad y de complementariedad para atender a la población de otros territorios sociales definidos, igual que se derivarán pacientes hacia las redes de mayor complejidad: red ambulatoria especializada, red de hospitalizaciones y la red de urgencias. Actualmente se encuentra en discusión la normatización de dicha estructura dentro del marco jurídico que la sustentará en el Proyecto de Ley de Salud.

Dificultades identificadas: el Sistema de Referencia y Contrarreferencia ha tenido fuertes obstáculos ya que la articulación formal de los servicios no se ha dado, sumado a la falta de un sistema de información único en salud que permita darle agilidad y sentido de oportunidad al proceso de derivación de pacientes, tanto dentro de la red de atención primaria como con su vinculación con las redes ambulatoria especializada, hospitalaria y de urgencias. Se está trabajando en una propuesta de un sistema único de información denominado SIS, al igual que se están implementando formatos únicos de referencia y contrarreferencia con sus correspondientes flujogramas en algunas entidades federales consideradas pilotos, en la implementación del proceso de integración.

En los demás países, no siempre se requiere una ficha de referencia otorgada por el médico general para acceder a la atención especializada ya que la APS no funciona como puerta de entrada y el usuario puede acceder directamente con el especialista. En otros casos, el sistema de referencia queda a iniciativa del profesional que otorga el servicio en el primer nivel de atención.

En cuanto a los mecanismos, reportan tener acuerdos de referencia y contra-referencia pero no funcionan adecuadamente. Lo mismo sucede con los mecanismos de comunicación entre el primer nivel y los otros niveles, generalmente quedan a la iniciativa de los profesionales, no cuentan con sistemas de comunicación organizados ni protocolos de derivación. Algunos países como Uruguay está elaborando protocolos, normas etc. En todos estos países existen listas de espera con diferente déficit según tipo de morbilidad, sin embargo estas listas de espera no reciben seguimiento.

A partir de la consideración de lo reportado por la revisión bibliográfica, se identifica una brecha entre el rol de filtro del médico general en las experiencias europeas y las latinoamericanas. Por un lado, es un rol que no está consolidado en todos los países. Por otro, los mecanismos de referencia y de coordinación son débiles o presentan problemas de diversa índole aún en los países donde la APS cumple el rol de filtro a la

APS como ordenadora del sistema de salud

atención especializada. Esto evidencia un aspecto a fortalecer en la APS en los países participantes que además, tienen como desafío:

- Ampliar la cartera de servicios de APS
- Fortalecer la credibilidad en los médicos de APS
- Mayor capacitación de los médicos de APS concerniente a la coordinación con otros niveles
- Establecer mecanismos claros de referencia (guías, protocolos, formatos etc)
- Contar con sistemas de información integrados y que puedan ser compartidos
- El uso de la historia clínica electrónica

Desafíos y Estrategias para Fortalecer a la APS como Puerta de Entrada al Sistema de Salud

En el siguiente cuadro presentamos una síntesis de los desafíos y estrategias identificadas para fortalecer la APS según los resultados sistematizados en los informes nacionales y en el taller del Seminario Internacional “Ventajas y Desventajas de la Existencia de una Puerta de Entrada Preferencial al Sistema de Salud” -realizado en febrero 2009- con los representantes de los países.

DESAFIOS	ESTRATEGIAS IDENTIFICADAS
<p>Baja resolutivez de la APS, relacionada con los siguientes problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de una Política de Estado que apoye a la APS ➤ Falta legitimidad social de la APS y baja credibilidad de los médicos de APS ➤ Baja calidad de los servicios de APS conjugado con las barreras organizacionales y en algunos países con las barreras económicas y geográficas ➤ Insuficiente financiamiento para APS ➤ Un enfoque biologicista combinado con una ausencia de un enfoque cultural en la APS ➤ Ausencia de evaluaciones y sistematización de los procesos APS 	<p>Promover acuerdos políticos para que la APS sea una política de Estado</p> <p>Incrementar el financiamiento para la APS</p> <p>Fortalecer la formación, educación y mantenimiento de recursos humanos para la APS</p> <p>Impulsar una formación de RRHH sensibles a la APS</p> <p>Promover una cultura favorable a la APS entre los usuarios de los servicios de salud</p> <p>Introducción de una perspectiva intercultural y desarrollo de capacidades para interculturalidad en los servicios de salud</p>
<p>En relación a los Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de políticas de estímulos, ➤ Reducidos programas de formación y mantenimiento en APS ➤ Escaso trabajo en equipo. ➤ Organización hospitalocéntrica 	<p>Introducción de incentivos para fortalecer la APS</p> <p>Acceso eficaz a medicamentos y servicios intermedios</p> <p>Ampliar la cartera de servicios de APS</p> <p>Mayor equipamiento de APS</p>
<p>En relación al sistema de referencia,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Frágil coordinación entre la APS y los otros niveles de atención ➤ Ausencia de herramientas, protocolos, guías etc. para la referencia. ➤ Carencia de sistemas de información integrados ➤ Brasil: problemas originados por la competencia con otros servicios que se presentan como puerta de entrada ➤ Chile: barreras de acceso de diferente índole, deficiente gerencia municipal, deficiente director de servicios de salud rol del gestor de red y del ➤ Perú: tercer nivel muy desarrollado 	<p>Fortalecer la participación social en APS</p> <p>Promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ el registro único, cuidando que la normativa de acceso no sea una barrera para algunos grupos como por ejemplo, inmigrantes sin capacidad de pago ➤ la historia clínica informatizada y ➤ el uso de protocolos y herramientas de gestión

4. EXPERIENCIAS SELECCIONADAS

La selección de las experiencias que presentamos a continuación responden a los criterios de: a) experiencias paradigmáticas que tienen a la APS como núcleo estructurante del sistema de salud (Cuba y Costa Rica) ,y b) experiencias innovadoras en relación a la articulación de la APS como eje organizador de un sistema universal de salud y articulada a un proyecto de desarrollo social participativo, basado en la cooperación Sur-sur (Venezuela).

A) La APS como eje estructurador del sistema de salud: el caso de Cuba

El Sistema de Salud Cubano ha sentado sus bases desde sus orígenes en la estrategia de la atención primaria de salud (APS). El sistema es financiado por el Estado y se basa en las necesidades de la población y no en las relaciones de solvencia financiera. La atención médica y dental es un derecho constitucional por el que no se cobra directamente a los pacientes, los que a su vez no pagan ninguna contribución específica por ello.

En la actualidad en el centro del programa de salud cubano aparece el médico y la enfermera de la familia y el equipo del policlínico, los cuales atienden a la comunidad. La atención primaria mantiene una relación estrecha con la atención médica secundaria especializada y con la terciaria altamente especializada en los policlínicos y en los hospitales, donde las avanzadas mediciones de diagnóstico se llevan a cabo junto con los complicados tratamientos quirúrgicos y médicos.

Desde 1984, con la experiencia en el policlínico de Lawton y su posterior generalización a todo el país, el equipo de salud de la APS pasó a formar parte de la comunidad donde laboraba. Esta tendencia modificó la calidad y la cantidad de las prestaciones médicas a partir de un fortalecimiento de las de carácter ambulatorio. El policlínico, en esta nueva etapa, se constituyó en la base de apoyo y control del médico de la familia.

El médico de la familia junto con la enfermera trabaja en un consultorio y cubren un bloque de la ciudad o de un poblado en las zonas rurales. Generalmente, viven donde trabajan; se asigna un consultorio y apartamentos para las familias del médico y de la enfermera. Dependen de un salario y sus apartamentos están exentos de renta. El médico de la familia tiene la responsabilidad de velar por la salud de un número determinado de familias o personas, desde la infancia hasta la ancianidad. Estas son atendidas tanto en su consultorio como en visitas a las casas.

El médico de familia recibe un entrenamiento de tres años para convertirse en especialista en Medicina General Integral. La palabra "integral" se refiere a una combinación de los puntos de vista biológicos con los sociales y psicológicos. Está preparado tanto para la medicina curativa como para la preventiva. Como parte del equipo de atención para la salud, los profesores e instructores del policlínico local van con regularidad al consultorio del médico de familia. Ellos son especialistas en Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Interna y Psicología y participan como asesores y profesores del médico de la familia.

Dentro de las actividades más importantes que realizan los médicos de los servicios primarios de salud en Cuba están: la atención prenatal, la atención al lactante y al niño, la educación y la promoción de la salud individualmente, en grupos y en la comunidad,

APS como ordenadora del sistema de salud

el seguimiento de todas las personas bajo su cuidado a través de un sistema de dispensarización y el "diagnóstico anual" de la situación de salud en la comunidad, el cual se presenta anualmente por el médico de familia ante su comunidad en busca de un análisis crítico y de sugerencias.

El médico cubano ejerce el rol de filtro y la posibilidad del médico general de dar seguimiento tanto a los problemas concretos de salud de las comunidades (continuidad) como al individuo dentro de su comunidad a lo largo de la vida (longitudinalidad) que reside las mayores reservas de eficiencia de la atención médica primaria.

B) La APS como eje estructurador del sistema de salud: el caso de Costa Rica

Por mandato constitucional y de acuerdo a la Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961, la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) es la institución responsable de proveer servicios públicos del seguro de salud y maternidad a toda la población. Estos servicios se planifican desde los diferentes niveles jerárquicos y administrativos de la institución, los cuales están constituidos por seis gerencias centrales, siete regiones sanitarias y 98 áreas de salud. La provisión de los servicios está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados entre sí por mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

El primer nivel de atención constituye el acceso al sistema de servicios de salud y está formado por las 98 áreas de salud mencionadas, en las que se ofertan servicios de cinco programas de atención integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y adulto mayor. Estos servicios se proporcionan en puestos de salud, centros de salud y clínicas que, en su mayoría, cuentan con equipos de atención integral de salud o EBAIS, que atienden en promedio a 3500 habitantes cada uno. Los EBAIS están conformados por un médico general, una auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria (ATAP).

Cabe destacar que con el fin de ampliar la cobertura de primer nivel en zonas carentes de infraestructura, la CCSS inició en 1988 la compra de servicios a organismos no gubernamentales denominados cooperativas de salud. Dado que los resultados fueron favorables en términos de calidad y costo, esta experiencia se amplió gradualmente por lo que para el 2001 se tenía convenios con cuatro cooperativas y una fundación de la Universidad de Costa Rica, a través de las cuales se atendía a 400 000 hab., que representa el 10% de la población nacional.

Para fortalecer la capacidad resolutoria de los EBAIS y de su correspondiente Área de Salud, en cada una de éstas funcionaría un Equipo de Apoyo que debía ofrecer atención integral en los domicilios, las comunidades, los establecimientos educativos, las consultas externas de los puestos de salud, las clínicas y en los centros de trabajo.

Para la organización de los EBAIS, el ministerio tuvo que trasladar a la Caja el personal de los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, de acuerdo con lo requerido por un organismo internacional que facilitó parte del financiamiento del proyecto. El segundo nivel debía dar apoyo al primero, y ofrecer atención ambulatoria e intrahospitalaria en las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecoobstetricia y psiquiatría). Al tercer nivel le correspondía la atención de las demás subespecialidades y la prestación de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico que requieren alta tecnología.

El componente de financiamiento planteó una revisión severa del sistema y de la puesta en marcha de las modificaciones resultantes de ella, para enfrentar el nuevo esquema de organización sectorial e institucional al que conducirían los cambios propuestos en el proyecto de reforma. Su objetivo fue asegurar el equilibrio financiero a mediano y a largo plazo, de acuerdo con los principios de la seguridad social. Para esos fines, planteó los siguientes subsistemas:

- Rediseño del modelo de financiamiento,
- Normalización del esquema de contribuciones,
- Desarrollo de un sistema para mejorar la eficiencia en la recaudación
- Desarrollo de un sistema para mejorar la asignación y administración de recursos, según parámetros de productividad y calidad y
- Desarrollo de un sistema de costos, estadísticas y evaluaciones económicas.

Con el proyecto se buscó la transición de un modelo de predominio asistencial hacia uno más integral, con amplio uso de la atención primaria y el ejercicio de una rectoría que no se logró hacer efectiva antes del final del siglo, ya que no sólo requería los diseños y recursos propuestos y los utilizados, sino, en especial, cambios profundos de actitud y de actuación de los usuarios, del personal de salud y de las instituciones que forman los recursos humanos del sector.

C) Barrio Adentro: el fortalecimiento de la APS en Venezuela en base a la cooperación Sur-Sur

Barrio adentro, se origina en la actuación del personal médico cubano, durante la tragedia del Estado Vargas en Diciembre de 1999, a partir de esta experiencia, la Alcaldía del Municipio Libertador suscribe un Convenio con la República de Cuba en el mes de abril de 2003, para implementar un plan que ofreciera atención médica en los Barrios de Caracas. A partir de ese acuerdo 53 médicos cubanos especializados en medicina general integral se establecieron en varios barrios periféricos de Caracas con el fin de otorgar atención primaria en salud.

El equipo de salud vive en el mismo barrio en el que trabaja. Además, la comunidad elige a un asistente (llamado "*Defensor de la Salud*") que es entrenado por el Ministerio de Salud para brindar apoyo básico a los doctores. De allí surge la idea de Barrio Adentro como alternativa válida para satisfacer las necesidades reales y sentidas de la población caraqueña, que más tarde se convierte en un Plan Integral de Desarrollo Local que integra un conjunto de políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida promoviendo la organización y participación social de los sectores populares.

Con el fin de facilitar el desarrollo del programa, en diciembre de 2003 (oficialmente inaugurado en enero de 2004), se estableció el comisión presidencial multisectorial "*Misión Barrio Adentro*". Este comité (administrado por la asociación civil "*Oro Negro*") era responsable de la implementación y coordinación del Programa de Atención Primaria en Salud, junto con la participación de los Ministerios de Salud, Trabajo, Energía, Defensa, Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA), el *Frente Francisco de Miranda* (organización de defensores de los derechos sociales) y los alcaldes de dos municipalidades de Caracas: Sucre y Libertador. La expansión de Barrio Adentro a nivel nacional se llevó a cabo en el año 2004.

La Expansión

Las primeras fases incrementaron la cobertura poblacional dentro de Caracas y, finalmente, al resto del país. Durante esta fase inicial los esfuerzos estuvieron concentrados en la creación de centros de atención médica de primer nivel, el otorgamiento de vivienda para el personal cubano que participaba en la Misión, la conducción de censos de las comunidades correspondientes a cada centro, la caracterización de las condiciones de vida en cada comunidad y la reorganización de la participación comunitaria a través de la formación de comités sanitarios.

La cantidad de médicos cooperantes, centros médicos y comités sanitarios aumentó de 13 centros médicos comunitarios a finales de 2003, a 3.456 a mediados de 2008. El número de doctores cooperantes se elevó rápidamente, de 53 en abril de 2003 a 19.571 a mediados de 2007. A su vez, el número de comités de salud creció de 2.124 en 2003 a 8.646 en 2008.

Características del modelo APS

En el nivel primario, el modelo de atención en salud de Barrio Adentro tiene las siguientes características:

A) Utiliza un modelo de atención integral; B) En general, el horario es uniforme. Las consultas médicas y la atención curativa se llevan a cabo en las mañanas, las tardes son dedicadas a las visitas domiciliarias y de otras locaciones; C) Existen zonas de captación definidas. Cada centro médico del barrio proporciona cobertura a entre 250 y 400 familias, de las que registran los historiales médicos de cada una, así como de cada uno de sus miembros; D) En cada una de las actividades llevadas a cabo se asume un paradigma de promoción de la salud, incluyendo las visitas a las escuelas y a los lugares de trabajo; E) Barrio Adentro es un programa participativo. El diseño y la realización de todas las actividades son controlados por decisiones tomadas por la comunidad. Los residentes de la comunidad participan en la administración y en la entrega de la atención primaria en salud; F) Cada uno de los centros médicos tiene una función educativa, facilitando el entrenamiento de los promotores de salud comunitarios y técnicos en salud (estudiantes universitarios y de posgrado). Ligado de manera cercana a los aspectos educativos está la investigación sobre los problemas de salud de la población; G) La naturaleza intersectorial de este modelo de atención enfatiza un enfoque holístico de las condiciones de vida a través de la coordinación de acciones en salud con otras intervenciones sociales.

El fortalecimiento de la APS

Para consolidar a la APS se inició un plan para proveer a todos los centros médicos primarios de la infraestructura, el mobiliario y el equipo adecuados. El plan proyecta el establecimiento de aproximadamente 6.000 Consultorios Populares (en algunos casos construyendo nuevos edificios, en otros, remodelando edificios existentes). A finales del año 2008 se habían completado 3.456 Consultorios Populares de atención primaria en salud. Más tarde se inauguraron 600 "*Centros de Diagnóstico Integral*" y 600 llamados Salas de Rehabilitación Integral (CDI) fue planeada para el país entero. Para finales de 2008 ya han empezado a operar 455 CDIs y 533 SRI. Cada CDIs proporciona servicios que incluyen un servicio de emergencias de 24 horas, pruebas de laboratorio paraclínicas, ultrasonido, endoscopia, rayos X, electrocardiografía y oftalmología. Además, cada centro tiene un promedio de tres camas de cuidado intensivo y uno de cada cuatro CDIs tiene un área quirúrgica para operaciones de emergencia. Cada SRI proporciona servicios que incluyen electroterapia, tracción cervicolumbar, termoterapia, gimnasio pediátrico y de adultos, medicina natural y tradicional, docencia e investigación.

APS como ordenadora del sistema de salud

Los CDIs y los SRI complementaron una iniciativa anterior de atención de segundo nivel, es decir, el programa de "Clínicas Populares". Éstas se trataban de pequeños hospitales con capacidad para intervenciones quirúrgicas selectivas, atención maternal y pediátrica y una serie de especialidades médicas que no están presentes en los CDI (obstetricia, medicina interna, traumatología, oftalmología, cirugía general). Entre estos se encuentran los *Centros de Alta Tecnología (CAT)* que proporciona exclusivamente servicios de apoyo para el diagnóstico. En él se realizan resonancias magnéticas nucleares, tomografías axiales computarizadas, ultrasonidos en tercera dimensión, mamografías, densitometrías de hueso, endoscopia en videos y otros exámenes clínicos de laboratorio más complejos.

La participación comunitaria ha sido un elemento importante dentro del proceso de construcción, equipamiento y apertura de los varios tipos de establecimiento para Barrio Adentro II. Cada par CDI/SRI tiene una zona de captación de entre cinco y veinte Consultorios Populares de atención primaria, cada uno cuenta con un Comité de Salud. Con el objetivo de facilitar la participación comunitaria, durante el 2006 se reunieron de manera simultánea siete asambleas de Comités de Salud correspondientes a cada centro.

Actualmente se está implementando, en dos estados de Venezuela, una experiencia piloto de integración del sistema integral de atención con el sistema convencional, con miras a un sistema integrado de salud.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En los países europeos donde la protección social garantiza una cobertura ampliada y se ha logrado conformar sistemas de salud, la APS es el punto inicial de la cadena de atención donde se resuelven los problemas de salud de menor dificultad técnica, diagnóstica y terapéutica y se orientan los restantes problemas, sea en los niveles sucesivos de la cadena o lateralmente hacia otras redes de servicios de atención o de servicios sociales.

Esto ha implicado el desarrollo de una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencias y transmisión de la información pertinente que organiza el recorrido del paciente por el sistema. También ha implicado un ordenamiento territorial regionalizado, una preocupación por la eficiencia del trabajo clínico y un comportamiento social que sigue las normas de ingreso y circulación.

El tipo de atención que se presta en estos sistemas no implica una disminución de la calidad de la atención. Todo lo contrario, se busca que tengan la calidad necesaria para responder a las necesidades de salud del paciente. Pero, además, debe ser de calidad ya que de eso depende su credibilidad, lo que le asegura su permanencia, apoyos y utilización por parte de toda la población.

Eso está relacionado con las particularidades de los sistemas de salud latinoamericanos que se han caracterizado por una frágil protección social. Por un lado, la apuesta no ha sido tener servicios para toda la población, sino que se ha optado por servicios diferenciados según estratificación de la población y la orientación de la APS ha tendido a ser para las poblaciones más desfavorecidas. Son pocos los países que han orientado los esfuerzos hacia el fortalecimiento de la APS como núcleo organizador del sistema de salud.

APS como ordenadora del sistema de salud

Relacionado con lo anterior, las consideraciones para reducir costos han orientado la apuesta a una APS que se diseña como forma de disminución del gasto social, aunque ello implique fuertes ineficiencias (que se traducen en altos costos) en el sistema de salud, y a un aumento en las disparidades en los resultados y determinantes de la salud de las poblaciones.

Si se piensa a la APS como puerta de entrada al sistema, resulta evidente que la función que debe cumplirse en el nivel primario debe estar a cargo de recursos humanos muy bien calificados que respondan a las exigencias de orientación y coordinación, que van a ubicar al demandante de la atención en determinado rumbo dentro del sistema, e incluso muchas veces definiendo la salida a partir del primer contacto. Vale la pena señalar que aún pudiendo corregir el rumbo más adelante, la mala orientación tiene costos adicionales al sistema y riesgos de sobrediagnósticos y sobremedicación para los pacientes.

De esto se deduce la importancia de la calidad de la APS. Es decir, cualquiera sea la forma organizativa que se adopte existe una exigencia de alta calidad que garantice el despliegue del proceso de atención. La búsqueda de la calidad en la APS requiere la introducción de cambios que permitan redefinir el sistema sanitario en la línea APS, asumiendo que es tan importante mejorar la salud de la población como conseguir la satisfacción de los pacientes.

A partir de la literatura revisada y de los casos seleccionados, una de las lecciones que se puede extraer es que los cambios a introducir para fortalecer la APS, no permitirán redefinir el sistema en la línea APS si no van acompañados de otros más generales que incluyan a los otros niveles de atención y al hospitalario ya que un sistema regionalizado y con un adecuado sistema de referencia, se revela fundamental para que la APS sea la puerta de entrada al sistema y deje de ser el único servicio disponible para la población en desventaja social.

En la revisión de la literatura así como de los dossiers nacionales queda claro que tanto en Europa como en los países latinoamericanos que han avanzado en la organización de la APS como eje estructurante del sistema de salud y puerta de entrada, se trata de un proceso a mediano y largo plazo con intervenciones progresivas en diferentes ámbitos y dimensiones, que necesita ir ganando apoyo social para imponer a la APS como forma de articular los servicios de salud.

De ahí que se revela importante recuperar la planificación estratégica que permita avanzar en pasos progresivos hacia dentro del sistema y hacia afuera del mismo. La importancia de cambios hacia fuera del sistema se deriva de la consideración de que si la APS no es apreciada y utilizada por los segmentos de la sociedad con cierto liderazgo, irá perdiendo apoyo político, económico e interés, por lo que corre el riesgo de entrar en una espiral hacia abajo para acabar, una vez más, ofreciendo provisión sanitaria a los más pobres con servicios de mala calidad.

La posibilidad de ofrecer servicios de calidad a las poblaciones en desventaja pasa por la necesidad de diseñar servicios sanitarios que sean apreciados y utilizados por una buena parte de los sectores de clase media para que la APS tenga el suficiente apoyo político y económico. Para esto, es fundamental pensar en procesos que den lugar a la construcción de legitimidad de la APS basada no sólo en su legalidad sino que funcione como un punto de arranque del proceso.

APS como ordenadora del sistema de salud

Lo antedicho nos lleva a señalar el problema de la baja valoración de la APS en la región latinoamericana. Algunos países latinoamericanos muestran -a diferencia de Europa- que la función de la clínica no ocupa mucho espacio en las preocupaciones en torno a la APS. Esto podría explicarse en parte por el peso que tienen las determinaciones sociales en las desigualdades de salud en la región y que han tendido a ser el núcleo de las preocupaciones, pero con comprensiones diferentes.

A pesar de esto, lo que la revisión de la literatura muestra es que la posibilidad de que la APS sea o no puerta de entrada al sistema depende de su grado de resolución. Considerando las problemáticas de los sistemas latinoamericanos surge el desafío de apostar a que la APS sea un resorte clave del sistema sanitario para proveer al conjunto organizativo pautas racionales que lo hagan más eficiente, eficaz y efectivo. Sin embargo, el logro del desarrollo de la capacidad resolutoria depende de una conjunción de elementos técnicos y humanos; de una integración de conocimientos y saberes con la capacidad de ponerlos en práctica; de una disposición de recursos materiales con la capacidad de utilización de dichos recursos y sobre todo de saber cuál es, para cada paciente concreto, el objetivo de salud socialmente justificable.

De las experiencias europeas y de los países latinoamericanos que han avanzado en la progresiva implantación de las estructuras de Atención Primaria, en la red de servicios de salud resulta relevante para la continuidad de la atención el fomento de mecanismos de adscripción de la población que facilita además, una atención personalizada e integral prestada por un profesional sanitario integrado en un equipo multiprofesional. Los países de Latinoamérica que tienen a la APS como puerta de entrada al sistema de salud se caracterizan por contar con equipos multiprofesionales y con recursos humanos de otras culturas con el fin de un acercamiento y diálogo intercultural en el marco de la atención a la salud.

Otro elemento que caracteriza a la APS latinoamericana es su interés por fortalecer la participación ciudadana en la construcción de la APS y en los esfuerzos desplegados para las acciones intersectoriales. Sin embargo, aún persisten sistemas donde no se utilizan mecanismos de adscripción de la población o son poco frecuentes, lo que dificulta la oferta de la atención con calidad y la continuidad de la asistencia. En este sentido se sugiere:

- a) Promover la adscripción de la población a un equipo APS
- b) Diseñar una distribución adecuada de los recursos humanos asegurando que los pacientes sean vistos por el mismo profesional de servicios para garantizar la continuidad de la atención,
- c) Fortalecer el rol de filtro del médico general en APS para regular las derivaciones y
- d) Fortalecer el rol de coordinación de la APS entre los diferentes niveles de atención y con otros servicios o redes (social por ejemplo)
- e) Promover la utilización de instrumentos adecuados (guías, protocolos, etc.) para la derivación
- f) Organizar sistemas de información integrados
- g) Promover el uso de historias clínicas electrónicas, libros electrónicos de cita etc. para el desarrollo de circuitos organizativos de referencia,
- h) Mejorar el sistema de citas (incluidas las domiciliarias) y el seguimiento de las mismas considerando: 1) el tipo de demanda asistencial, 2) el hecho de que la disminución de las barreras de accesibilidad junto con los incentivos profesionales incrementan la utilización de los servicios, 3) que la estructura del cupo de población (y no el tamaño) sirve como predictor para la utilización de la consulta,

APS como ordenadora del sistema de salud

- i) Pensar en la estructuración de las actividades de APS en agendas flexibles que permitan integrar, desde las consideraciones temporo-espaciales, distintos tipos de atención (domiciliaria y en comunidad) que faciliten ir reduciendo razonablemente la demanda espontánea e ir incluyendo a las poblaciones dispersas de las áreas rurales
- j) Fortalecer la perspectiva intercultural en la APS y la participación social

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña María Cecilia. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. Washington DC: OPS-OMS; 2005 Marzo.
2. Almeida C. As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição? *Cad. Saúde Pública* 1995;11(4):639-642.
3. Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saude em Debate* 2000;24:6-21.
4. Anderson R. Clinical system security: interim guidelines. *BMJ* 1996;312:109-11.
5. Anderson, E., Pope, C., Manka-Scott, T. and Salisbury, C. NHS walk-in centres and the expanding role of primary care nurses, *Nursing Times* 2002, 98(19): 36–37.
6. Anderson, G.F.. Multinational Comparisons of Health Care. Expenditures, Coverage and Outcomes. Baltimore: Johns Hopkins University, Center for Hospital Finance and Management (http://www.cmwf.org/usr_doc/Anderson_multinational.pdf, en Boerma 2006.)
7. Barros P.P. The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics* 1998;7(6):294-296.
8. Boerma W G, van der Zee J, Fleming D M. Service profiles of general practitioners in Europe. *European GP Task Profile Study. The British Journal of General Practice* 1997;47(421):481-486.
9. Boerma W. Gatekeeping as a means to improve coordination in health care systems experiences from the Netherlands, presentación en el seminario internacional "Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención. febrero 2009
10. Boerma W., Van der Zee J., Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *General Practice* 1997;47:481-6.
11. Boerma W., Dubois C. Mapping primary care across Europe en Saltman et al *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care: European Observatory on Health Systems and Policies*; 2006: 22-50
12. Busse R, Riesberg A. *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
13. Calnan M. Hutten , J., Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface in Saltman et al *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care: European Observatory on Health Systems and Policies*; 2006: 85-104
14. Campos G.. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005;8:477-483.
15. Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria. Retos Y Perspectivas En Atención Primaria En Salud Trabajo Del Grupo. Foro de Salud, Foro Social Americas "30 años de Atención Primaria en Salud: Retos y Perspectivas" 2008 [cited 01 2008]; Available from: <http://cisas.org.ni/node/278>
16. Fariñas García Anai, Álvarez Perez Adolfo. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;32(2):158-163.
17. Flores W. Equidad y Reformas del Sector Salud en América Latina y El Caribe: Enfoques y limitantes durante el periodo 1995-2005: *Sociedad Internacional por la Equidad en Salud ISEqH*; 2006 Abril.
18. Flores W. Reformas del sector salud en América Latina y el Caribe y el rol del CARE. In. Guatemala; 2004. p. 76.
19. Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, Carroll K, Bindman AB. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* 2002; 325: 370 – 371.
20. Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, von Schrader S, Rohde C. Managed health plan effects on the specialty referral process. Results from the ambulatory sentinel practice network referral study. *Med Care* 2003; 41: 242 – 253.

21. Forrest CB, Reid RJ. Passing the baton: HMOs' influence on referrals to specialty care. Self referral is still a common route to specialty care, despite the intervention of the physician gatekeeper. *Health Affairs* 1997; 16: 157 – 162.
22. Forrest CB, Weiner JP, Fowles J et al. Self-referral in Point-of-Service health plans. *JAMA* 2001; 285: 2223 – 2231.
23. Forrest CB. Primary care in the United States: Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003;326(7391):692-695.
24. García Fariñas Anai, Álvarez Pérez Adolfo Gerardo. Pautas Conceptuales Para Futuros Estudios Nacionales de la Eficiencia en los Servicios Médicos Primarios. *Revista Cubana Salud Pública* 2005:158-163.
25. Gérvas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2006;9:389-400.
26. Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995;16(501-5.).
27. Gérvas J. Atención Primaria de Salud, Política Sanitaria y Exclusión social. Madrid: Foessa; 2008 31.
28. Gérvas J. Western European best practice in primary care. *European Journal of General Practice* 2006;12:10-13.
29. Gérvas J., Palomo L., Pastor-Sánchez R, Perez-Fernandez M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Atención Primaria* 2001;28(7):472-477.
30. Gérvas J., Pérez Fernandez M., Starfield B. Primary Care, financing and gate-keeping in western Europe. *Family Practice* 1994;11(3):307-17.
31. Gérvas Juan. Cuidados primarios na saúde na Europa: tendências atuais. *Rev. Brasileira Epidemiologia* 2004;7(3):350-369.
32. Giovanella L. A Atenção primária a saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(5):951-963.
33. Grumbach K, Selby J, Damberg C y col. Resolving the Gatekeeper Conundrum: what Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists. *JAMA* 1999;282:261-266
34. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal Public Health Med* 2002;24(4):252-254.
35. Hassey A, Gerret D, Wilson A. A survey of validity and utility of electronic patient records in a general practice. *BMJ* 2001; 322(7299):1401-5.
36. Hippisley-Cox J, Pringle M CR, Wynn A, Hammersley V, al. CCe. Las historias clínicas informatizadas en atención primaria representan un avance para el cuidado de los pacientes. *BMJ* 2003;326:1439-43.
37. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud en América latina: éxito o fracaso? *SITUA* 2001;9(18):13.
38. Homedes Nuria, Ugalde A. Las Reformas de Salud neoliberales: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005;17(3).
39. House of Commons, Health Committee. The Electronic Patient Record. Sixth Report of Session 2006–07. London: House of Commons; 2007 July.
40. Kruzikas DT, H. J. Jiang, D. Remus et al. Preventable Hospitalizations: A Window into Primary and Preventive Care. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality.; 2004.
41. Lee Kelley, Goodman Hilary. Global Policy networks: the propagation of health care financing reform since 1980s. In: Kelley L, Kent. Buse, Fustukian S, editors. *Health Policy in a Globalising World*. London: Cambridge University; 2002. p. 3-17.
42. Macinko J, Starfield B., Shi L. The contribution of primary care systems to health within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries. *Health Serv Res* 2003;38(3):831-865.
43. Mainous AG, JM. G. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal Public Health*. 1998;88(10):1539-41.
44. Martin A, K Ledesma A., Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectiva. *Atención Primaria* 2000;25:48-58.

APS como ordenadora del sistema de salud

45. Martín Zurro A. Algunas consideraciones y puntos para el debate sobre la atención primaria y sus profesionales y los procesos de cambio de los sistemas sanitarios. *Educ Med* 2002;5:103-7.
46. Medrano Patricia, Sanhueza Claudia, Contreras Dante. *Inequality in Latin America: a synthesis of recent research on the levels, trends, effects and determinants of inequality in its different dimensions*. London: Overseas Development Institute; 2006 February.
47. Mesa-Lago C. *Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina CEPAL; 2005.
48. Ministerio da Saúde. Atanção Basica Saúde da Família. [cited 2008 11]; Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipas>
49. Ministerio de Salud Costa Rica, OPS-Costa Rica, Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica, OPS-CR, San José, 2004
50. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Perfil sistema de servicios de salud Costa Rica. 2004 [cited 2009 01]; Available from: <http://www.cor.opsoms.org/TextoCompleto/configuredList.asp?catid=16&cattitle=An%C3%A1lisis+de+Situaci%C3%B3n+de+Salud>
51. Movement Peoples Health editor. *The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all*. Dhaka, Bangladesh; 2000 December.
52. Muntaner Carles, Armada Francisco, Chung Haeyoo, Mata Rosicar, Williams-Brennan Leslie, Benach Joan. "Barrio Adentro" en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. *Medicina Social* 2008;3(4):306-322.
53. Organización Panamericana de la Salud. *Declaración Regional Sobre Las Nuevas Orientaciones De La Atención Primaria De Salud*. Washington DC: OPS; 2005 Septiembre.
54. Organización Panamericana de la salud *Perfiles de los Sistemas de Salud 2007* http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/Perfil_Sistema_Salud.htm
55. Organización Panamericana de la Salud. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C; 2007.
56. Organización Panamericana de la Salud-CR. *100 años de salud en Costa Rica*. Siglo XX. 2003, pp 324
57. Ortún Vicente, Gérvas J. *Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria*. *Medicina Clínica (Barcelona)* 1995(106):97-102.
58. Palomo L. *La investigación y la evolución reciente de la atención primaria*. *Gac Sanit*. 2002;16:182-7.
59. Parchman ML, Culler S.D. *Preventable hospitalizations in primary care shortage areas. An analysis of vulnerable Medicare beneficiaries*. *Arch Fam Med* 1999;8(6):487-491.
60. People Health Mouvement. [cited; Available from: <http://www.phmovement.org/>. 2005
61. Pérez Fernandes M., Gérvas J. *El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas*. *Medicina Clínica (Barcelona)* 2002;118:65-7.
62. Pisco L. *Missao para os cuidados de saúde primarios (Portugal) presentación en el seminario internacional "Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención"*. febrero 2009
63. Reinhardt, U., Hussey, P. and Anderson, G.F. *Cross-national comparisons of health systems using OECD data*, *Health Affairs* 2002; 21(3): 169–181.
64. Rico Ana, Saltman Richard B. *Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa*. *Revista de Administración Sanitaria* 2002;VI(21):39-67.
65. Rosero-Bixby L. *Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental*. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2004;15(2):94-1003.
66. Ruch P BR, Geissbuhler A. *Using lexical disambiguation and namedentity recognition improve spelling correction in the electronic patient record*. *Artificial Intelligence in Medicine* 2003;29(1-2):169-184.

APS como ordenadora del sistema de salud

67. Saltman Richard B., Rico Ana, Boerma W G. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care: European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
68. Sandier S., V. P, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.; 2004.
69. Schokkaert E, Van de Voorde C. Health Care Reform in Belgium. Health Economics 2005;14:25-39.
70. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. J Fam Pract 1999;48(4):275-84.
71. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. International Journal Health Services 2000;30(3):541-55.
72. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. International Journal Health Services 1994; 24(3):431-58.
73. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly, 2005;83 (3):457 - 502.
74. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1995; 344:1129-33.
75. Starfield B., Shil. Policy relevant determinants of health:an international perspective. Health Policy 2002;60(3):201-218.
76. Starfield B, Shi Leiyu, Macinko James. Primary Care Contributions to Health Systems and Health. Baltimore: DHHS; 2006.
77. Starfield B. Primary care and health:A cross-national comparison. JAMA 1991;266(16):2268-2271.
78. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press.; 1998.
79. Testa Mario. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
80. The Joint General Practice Information Technology Committee of the General Practitioners Committee, Royal College of General Practitioners. Good practice guidelines for general practice electronic patient records (version 3.1).Guidance for GPs. UK: Department of Health; 2005 June.
81. Valderas J. La provisión de servicios de APS en el Reino Unido, presentación en el seminario internacional "Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención. febrero 2009
82. Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? International Journal Health Services 1998; 28(1):183-96.
83. Vuori H. Primary health care in Europe--Problems and solutions. Community Medicine 1984; 6:221-31.