



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca



Intercambio III.2-1-2007

Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención

ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE LA INTEGRACIÓN DE LA APS EN EL CONTEXTO ACTUAL: CAUSAS QUE INCIDEN EN LA FRAGMENTACIÓN DE SERVICIOS Y SUS EFECTOS EN LA COHESIÓN SOCIAL

Junio
2007

Objetivos del Intercambio III.2.-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención del Proyecto Eurosocial Salud

El objetivo general del *Intercambio III.2.-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención del Proyecto Eurosocial Salud* consiste en analizar los factores políticos, sociales, económicos y culturales que inciden en la fragmentación de servicios de salud y sus efectos sobre la equidad, desigualdades en el acceso y, en definitiva, sobre la cohesión social. Se dirige a la problemática de la integración de la Atención Primaria de Salud (APS), entendida en su concepto más amplio con los otros niveles de atención en salud.

Con el intercambio, se pretende brindar a los países participantes conocimientos sobre modelos y experiencias, así como capacidades para la conceptualización de la APS que puedan subsidiar los debates actuales de las reformas de salud en los países de Latinoamérica, y aportar elementos para la renovación de la APS como eje ordenador del sistema de salud.

El intercambio posibilitará a los participantes fortalecer el proceso de formulación de nuevas estrategias de APS (ya en marcha en algunos países) y contribuirá para la reorientación de la prestación de servicios hacia sistemas más integrados que promuevan la equidad y la inclusión social.

Recientemente se observa un movimiento de renovación de la APS impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) como estrategia para alcanzar los Objetivos del Milenio acordados en las Naciones Unidas (Resolución CD45.R3). En 2003, la OPS aprobó la resolución que insta a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS (Resolución CD44.R6) y en 2005 divulgó el documento "Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas". Este documento defiende la necesidad de alcanzarse la atención universal y abarcadora a través de un abordaje integrado y horizontal para el desarrollo de los sistemas de salud, con cuidados orientados a la calidad, enfatizándose la promoción y prevención, la intersectorialidad, la participación social y la responsabilidad de los gobiernos. Por lo tanto, la Renovación de la APS propuesta por la OPS implica la actualización de la APS en su concepción más abarcadora. Sin embargo, su implementación dependerá de la adhesión de los gobiernos nacionales con la traducción de los principios enunciados en prácticas concretas en cada país. En este sentido, el intercambio propuesto para el fortalecimiento de la integración de la atención primaria a los otros niveles de atención de salud aportará importantes contribuciones para el proceso de implementación de una atención primaria

abarcadora en los países involucrados, a partir del análisis de los factores que contribuyen para la integración de la APS al sistema de salud en las experiencias europeas y latinoamericanas más exitosas.

En los países latinoamericanos, la APS fue implementada sobre diversas perspectivas, pero de modo frecuente con concepción selectiva de cesta mínima con servicios de baja calidad y dirigidos a algunos grupos poblacionales de baja renta sin integración con los otros niveles de atención. En general, la implementación en la mayor parte de los países fue muy heterogénea y condicionada por la segmentación de los sistemas de salud, característica de nuestros países latinoamericanos (a excepción de aquellos con sistemas universales). La segmentación de los sistemas de salud resulta en problemas de equidad e ineficiencia de provisión de servicios con segmentación de clientelas, superposición de funciones, desarticulación de la red asistencial sin garantía de acceso a niveles de mayor complejidad, discontinuidad del cuidado y desigualdades de acceso; lo que incide negativamente sobre la cohesión social. Esta segmentación y fragmentación imponen desafíos importantes para la implementación de una APS con enfoque abarcador como estrategia de reorganización del sistema de salud.

Se elige como objeto de intercambio la integración de la APS al sistema de salud, pues este es un aspecto crucial para la reorganización del sistema de salud con base en la APS. La adecuada integración de la APS con los servicios de los otros niveles de atención es un atributo fundamental de una APS abarcadora, ya que la principal característica de la APS selectiva es la restricción de la canasta de servicios a algunas acciones de bajo costo en el primer nivel de atención, sin garantía de acceso a servicios de salud especializados de acuerdo con las necesidades de cada uno, produciendo importantes desigualdades en el acceso y en el derecho a la atención de salud.

La elaboración del documento técnico “**Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social**” es parte de la fase preparatoria del intercambio. Este documento será base para las discusiones y orientará el desarrollo del intercambio.

Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social

Coordinación Técnica del Intercambio

Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Brasil)
Ligia Giovanella¹
Maria Helena M Mendonça
Cristiani Vieira Machado
Else Bartholdy Gribel

Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III(España)
Alfredo Rivas²
Juana Rubio Moraga

Elaboración del Documento

Eleonor Minho Conill³

Investigadora Invitada

Márcia Cristina Rodrigues Fausto⁴

Apoyo Técnico

Maria Alejandra Guerrero⁵
Cristina Acosta⁵
Luzia dos Santos⁶

¹ giovanel@ensp.fiocruz.br Tel. 0055 21 2270-6937/ Fax 0055 21 2270-1793

² arivas@fcsai.es Tel.: +34 91 822 29 60/ Fax: +34 91 822 29 68

³ Universidad Federal de Santa Catarina, Doctora en Políticas y Programación del Desarrollo, IEDES/ Université de Paris I, Sorbonne. eleonorconill@yahoo.com.br

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP/FIOCRUZ. Doctora en Salud Coletiva, Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

⁵ Traducción. Alumnas de Maestría en Salud Publica, ENSP/FIOCRUZ

⁶ Diagramación. Estudiante de Administración, UNIASSELVI

RESUMEN EJECUTIVO

La agenda de reformas sectoriales ha enfrentado temas relativos a la consolidación de mecanismos de solidaridad que se hacen necesarios para que el acceso y el uso de los servicios se torne más equitativo y efectivo, contribuyendo de esta manera para la cohesión social. En esta perspectiva, la implementación de una atención primaria renovada surge como una posibilidad promisoriosa. Este documento trae informaciones acerca de los fundamentos teóricos y de las experiencias de la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia para la reorientación de los servicios, a fin de subsidiar el intercambio técnico en esta área. Los factores políticos, sociales, económicos y culturales necesarios para una mejor comprensión de la problemática de la integración de la APS al sistema de atención son abordados en este trabajo, concentrándose en la identificación de los factores organizacionales que facilitan o dificultan esta integración, a partir de la revisión de la literatura sobre los sistemas de salud de países de América Latina y de la Unión Europea.

La primera parte discute las relaciones entre las políticas de protección y la cohesión social, los principales conceptos, atributos y modelos de integración, así como las interfaces con el campo de evaluación y de análisis comparado. Algunas ideas e hipótesis orientan la realización del trabajo y con respecto al mismo apuntan:

- ✓ La relación entre el modelo de protección social, las garantías universales en salud, la solidaridad y la cohesión social;
- ✓ la relación entre una política de APS mejor integrada, con modelos de protección social menos segmentados;
- ✓ el hecho de que el grado de integración de la APS al sistema de salud puede determinar su orientación hacia una política focalizada y selectiva o para una estrategia estructurante y ampliada de atención;
- ✓ el reconocimiento de que la conformación de un sistema de servicios de salud no es lineal, siendo consecuencia de procesos sociales e institucionales complejos relacionados de forma inseparable con la historia económico-política y cultural de cada sociedad en la cual se implanta.

La protección social en un sentido amplio, es el efecto de una acción colectiva

para proteger a los individuos contra los riesgos intrínsecos a la vida humana. El sistema de protección reflejará el tipo de solidaridad que los individuos están dispuestos a consolidar y por esto los sistemas de salud expresan no solamente la disponibilidad de recursos en cada país, sino también, los valores y las opciones políticas frente a las necesidades de la población. El acceso a los servicios es un componente de los derechos sociales, por esa razón, en la medida en que la sociedad es capaz de garantizar a sus miembros la atención necesaria, se avanza en la concretización de este derecho y en el fortalecimiento del sentimiento de protección y pertenencia del ciudadano.

Un importante aspecto conceptual a ser considerado es la diferencia entre sistema de salud y sistema de servicios. El primer término se refiere al conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de una población que se concretizan en organizaciones, reglas y servicios, y se proponen alcanzar resultados de acuerdo con la concepción de salud existente en la sociedad. Los sistemas de servicios de salud hacen parte del sistema de salud y corresponden al conjunto de actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar y mantener la salud. Las comparaciones y evaluaciones se refieren, en general, a los sistemas de servicios existiendo diversas formas para describirlos y analizarlos.

No existe una comprensión uniforme con respecto a la APS y su implementación acompaña la diversidad de sistemas de protección social y de los sistemas de servicios. Desde la Conferencia de Alma-Ata, persiste una tensión entre dos formas diferentes de concebirla: una más abarcadora como parte de un sistema integrado de cuidados y del desarrollo económico-social, y otra como un tipo de cuidado dirigido hacia poblaciones pobres sin acceso a los recursos

En este documento se asume una noción abarcadora de APS considerándola como una política de reorganización del modelo asistencial y una estrategia para el fortalecimiento del sistema de salud como un todo. Aunque sus prácticas corresponden al primer nivel de atención, se constituye un núcleo organizador e integrador de las redes de servicios de salud y de las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, asegurando la coordinación y continuidad de cuidado. Son consideradas funciones de la atención primaria la garantía de acceso, la puerta de entrada, el vínculo (*longitudinality*), el elenco integral de servicios

(*comprehensiveness*), la coordinación (o integración de servicios), el enfoque familiar y la orientación de la comunidad.

La coordinación de los cuidados de salud se relaciona con la continuidad asistencial que aparece como una dimensión de la calidad en la percepción de los usuarios. Las acciones de la gestión de continuidad al determinar la forma cómo los servicios están coordinados e integrados influyen esa percepción. Un buen desempeño en la continuidad del cuidado se refleja en la credibilidad de la APS como puerta de entrada y en el desarrollo de vínculos. En la Unión Europea las estrategias de integración cubren una amplia terminología: cuidado compartido, gestión de caso o de enfermedades, cuidado extramural, redes o caminos integrados de servicios. En América Latina han surgido, asociados a la construcción de redes, líneas de cuidado y caminos programáticos para la gestión de acciones en el área materno-infantil

Son presentados tres modelos teóricos para el estudio de la integración: el de Almeida y Macinko que expone las funciones esenciales de APS y su papel integrador interno y externo al sistema; el de Mendes que discute los cambios de los sistemas piramidales jerárquicos para redes horizontales integradas con un centro de comunicación y coordinación representado por la atención primaria; y el de Saltman y colaboradores orientado por la noción de gobernanza y por acciones envolviendo diferentes niveles y diversos actores.

La problemática en los países de América Latina y en la Unión Europea está enfocada en dos sub-ítems: descripción y análisis de las características generales de los modelos de protección social y de las reformas de atención primaria; y descripción y análisis de la inserción de la APS en los sistemas de salud y la situación de la integración.

Se observa un predominio de una atención primaria selectiva en las reformas en América Latina. Inclusive en los casos en que se establecieron sistemas de base universal persisten la fragmentación y la segmentación. Fueron identificadas tres principales modalidades de integración: 1) atención primaria selectiva integrada en los programas de salud materno-infantil (Bolivia, Nicaragua y El Salvador), 2) la atención primaria como puerta de entrada y eje estructurante del sistema público de salud (Costa Rica, Chile, Brasil, Venezuela) y 3) la atención primaria en sistemas con una universalización incompleta con base municipal (Colombia). Las principales

estrategias encontradas para la integración en los sistemas públicos fueron: territorialización junto a la vinculación de clientela, equipos multidisciplinares, informatización de historias clínicas, centrales de marcación de consultas, equipos de apoyo especializados, creación de redes con gestión regional y/o municipal, consorcios para la atención especializada, comités de integración de servicios y cambios en la formación profesional. Son distintos los grados de implementación y los resultados de estas medidas.

En la Unión Europea, los modelos de protección social garantizan una cobertura casi universal en salud a través de seguros públicos o servicios nacionales. Sin embargo, también existe fragmentación de los servicios de salud con una gran diversidad de configuraciones institucionales. En la década de 1990 se implementaron reformas organizacionales pro-coordinación en el primer nivel de servicios sugiriendo la existencia de un movimiento favorable a la difusión de una política de atención primaria abarcadora. Las estrategias de integración pueden ser sintetizadas en tres grupos: aumento de poder de la APS sobre los otros niveles a través de la coordinación o compra de servicios, aumento del rol de actividades por transferencia de funciones, o cambios en las condiciones para el ejercicio de este nuevo papel (formación, sistemas de información).

Numerosos estudios, incluyendo revisiones sistemáticas, evaluaron el resultado de las siguientes iniciativas localizadas principalmente en el Reino Unido: 1) transferencia o sustitución de servicios médicos ofrecidos a nivel hospitalario (cirugías ambulatorias, cuidados clínicos, utilización de médicos generales con intereses, altas hospitalarias con seguimiento en la APS, acceso directo a exámenes o tratamientos hospitalarios a partir del generalista), 2) redistribución o cambio del flujo de pacientes para el nivel primario (clínicas especializadas de los hospitales en la comunidad, videoconferencias, especialistas en el equipo), 3) colaboración o gestión conjunta de los casos y 4) cambios de comportamiento profesional para disminuir las referencias (*guidelines*, auditorias con retroalimentación, educación, segundas opiniones). Las iniciativas que se demostraron efectivas fueron: el aumento de la capacidad de resolución del generalista (acceso a exámenes, fisioterapia), la difusión de *guidelines* acompañados de actividades educativas con especialistas y formularios estructurados para la referencia de los problemas principales.

Parece promisorio aprovechar los generalistas con intereses especiales para las líneas de cuidado en áreas críticas. Los mejores resultados los tienen las iniciativas que propician procesos de interacción entre los profesionales. En España, un extenso documento de consenso destacó aspectos relacionados a la integración horizontal, la capacidad resolutoria, la gestión y la credibilidad. La importancia de la credibilidad y de la búsqueda de modelos flexibles y diversificados con principios comunes se encuentra enfatizada en las experiencias de integración de la APS en la Unión Europea.

Reformas en el sector salud están en marcha en varios países de América Latina y muchas no alcanzaron todavía los resultados esperados. Sin embargo, es innegable que uno de los resultados más significativos de estos procesos ha sido la expansión de la cobertura del acceso a los servicios en el nivel primario de atención. Inclusive, en las experiencias que reducen ese acceso a un conjunto de acciones seleccionadas es posible identificar movimientos innovadores en la organización y en las prácticas de atención primaria. En algunas de esas experiencias, y en los sistemas públicos mejor consolidados, las características multidisciplinarias de los equipos de salud y la base municipal de las acciones favorece el desarrollo de acciones intersectoriales y de promoción de salud. Parecen ser fértiles, en estos países, las iniciativas de integración horizontal, es decir, aquellas que se establecen junto a otros servicios o sectores a nivel local.

Los sistemas basados en servicios nacionales de salud de los países de la Unión Europea, con financiamiento a través de fuentes fiscales, tienden a presentar un buen desempeño en la APS y mejores resultados en salud. Se destaca el gran número de intervenciones que buscan fortalecer la integración de la atención primaria con un nivel de cuidados especializados, la integración vertical, la cual ofrece aspectos interesantes a ser observados, teniendo en cuenta la enorme fragilidad de esta cuestión en los sistemas de salud latinoamericanos.

Se concluye sugiriendo que para la reflexión de la problemática de la integración es necesario articular tres niveles de análisis. Así, a nivel macro-social se toman decisiones que establecen las reglas que inciden en la segmentación y en la fragmentación de los servicios en diversos grados e intensidad. Tales decisiones se refieren a los derechos al acceso, a la cobertura, al financiamiento y a la macro-regulación. A nivel intermediario o nivel meso, se localiza un conjunto de actividades

de soporte, necesarias para el adecuado desempeño de las prácticas de salud. En este nivel es importante observar no solamente las decisiones sino, principalmente, la implementación de mecanismos operativos, importantes para el ejercicio de la función de coordinación por la APS.

Los principales factores organizacionales para el ejercicio de esta función, y que contribuyen para la integración de la APS a los sistemas de salud identificados en la revisión que realizamos, pueden ser sistematizados en: flujo de usuarios en los servicios, soporte tecnológico y formación, comunicación e información y regulación profesional. Así, estos factores organizacionales conforman campos prácticos de conocimiento y experiencia alrededor de las cuales se pueden pensar actividades de intercambio técnico en esta área temática.

El abordaje de los aspectos que se refieren a la interacción de profesionales y usuarios, es decir a nivel micro social, escapan del objetivo de este estudio, pero constituyen también un importante campo de investigación a ser explorado, teniendo en cuenta las interacciones entre estos niveles. La idea es que este aporte permita, prioritariamente, la identificación de los factores organizacionales necesarios para una mejor comprensión de la problemática de la integración de la APS, facilitando la identificación del conocimiento transferible y de soluciones innovadoras que colaboren para un mejor desempeño de los sistemas de servicios de salud.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
INTRODUCCIÓN.....	12
1 CONCEPCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, RELACIONES CON LOS MODELOS DE PROTECCIÓN Y REPERCUSIONES SOBRE LA COHESIÓN SOCIAL	17
2 LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA Y EJE ESTRUCTURANTE DEL SISTEMA DE SALUD: MODELOS DE INTEGRACIÓN Y ELEMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MARCO TEORICO.	22
3 LA INTEGRACIÓN DE LA APS EN EL SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA... 29	29
3.1 Características generales de los modelos de protección social y de las reformas de atención primaria	29
3.2 Inserción de la APS en el sistema de salud e integración con otros niveles de atención.....	32
3.2.1 Atención primaria selectiva integrada en los programas de salud materno- infantil.....	32
3.2.2 La atención primaria en salud como puerta de entrada y eje estructurante del sistema público de salud.....	34
3.2.3) La atención primaria en sistemas con una universalización incompleta con base municipal.....	44
4 INTEGRACIÓN DE LA APS EN EL SISTEMA DE SALUD EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA	49
4.1 Características generales de los modelos de protección social y de las reformas de atención primaria	49
4.2 Integración de la APS en los sistemas de salud de la Unión Europea.....	55
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS	62
ANEXO I – Figura 3 Marco Teórico–operacional para el análisis de las decisiones y medidas para la integración de la APS.....	68

INTRODUCCIÓN

Numerosos procesos de reforma han sido realizados en los sistemas de servicios de salud de países europeos y latinoamericanos en las últimas décadas. Los argumentos para esas reformas se sitúan alrededor del control de gastos de la calidad y de los cambios en el contexto demográfico y epidemiológico, tales como el envejecimiento de la población, la importancia de las enfermedades crónicas, la salud mental y el surgimiento de nuevas y antiguas epidemias. Esta situación se torna más compleja en América Latina en función de lo que algunos autores denominan adición nosológica¹ o “la doble carga”². Es decir, la necesidad de enfrentar los desafíos característicos de sociedades más desarrolladas sin la resolución de problemas derivados de una situación social y económica precaria. Así, existen problemas acumulados y emergentes a ser superados, tanto en lo que se refiere a la salud de la población como a la gestión de las instituciones.

Este documento ofrece un conjunto de informaciones acerca de los fundamentos teóricos y de experiencias que se refieren a la atención primaria de salud como estrategia organizadora del sistema de servicios en estas regiones con el objetivo de subsidiar el intercambio técnico en esta área (apendice I). Muchos autores y organismos internacionales han estudiado la trayectoria y los resultados de estas reformas³⁻⁵, siendo interesante iniciar destacando los principales momentos de este recorrido y relacionarlos con las políticas de atención primaria.

La tradición de prestar servicios de salud a nivel local es antigua en los países europeos y uno de los orígenes de la noción de atención primaria es atribuida al Reporte Dawson (elaborado por el Ministerio de Salud del Reino Unido) que en 1920 la asoció con la idea de regionalización y jerarquización de los cuidados⁶. Fueron necesarios más de cincuenta años para que algunos de estos principios sean puestos en práctica, inclusive en el propio Reino Unido, y la difusión de la APS como política de salud solamente ocurrió con mayor intensidad a partir de 1970, en función de los costos y de los problemas de calidad determinados por la expansión de un modelo asistencial centrado en el hospital, orientado por la biomedicina.

La Conferencia de Alma Ata destacó elementos para la APS que la Organización Mundial de la Salud (OMS) está empeñada en difundir hasta hoy: la

integración de los servicios locales en un sistema nacional, la participación, la necesidad de acciones intersectoriales y la relación de salud con el desarrollo económico y social⁷. Este discurso informó de diversas formas, y en distintos grados de intensidad, procesos de reformas en sociedades tan diversas como las de Brasil, Costa Rica, Inglaterra y España, por citar algunos ejemplos.

La década de 1980 fue marcada por un retroceso significativo de estas propuestas a favor de una política centrada en el control de costos, en mecanismos de regulación y en el estímulo a la competición entre los proveedores. Gradualmente, a partir de 1990, se identificó en algunos países un movimiento sugiriendo cambiar el énfasis en la competición a favor de la cooperación y de la integración de los servicios. El acceso y la equidad también se tornaron centrales, no apenas como un derecho o condición necesaria para el funcionamiento de los sistemas de salud, sino también como una medida de su desempeño y de una mayor cohesión social. La importancia de orientar a los servicios conforme los principios de la atención primaria resurge, entre otros, por los atributos de coordinación que caracterizan los cuidados a nivel local.

Este movimiento viene siendo impulsado por la OMS y por la OPS que apuntaron la APS como una estrategia para alcanzar los Objetivos del Milenio, acordados por las Naciones Unidas, estimulando su fortalecimiento en los Estados-miembro a través de la Resolución CD45.R3, y también a través de la divulgación del documento titulado: “Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas” en el 2005⁸.

Se reconocen los problemas del abordaje selectivo de la atención primaria que crea limitaciones en el acceso y utilización de los servicios, ignorando la creciente presencia de problemas (enfermedades crónicas, VIH/SIDA, envejecimiento de la población) que amenazan la salud y que van más allá de aquellos que afectan específicamente a mujeres y niños^{9,10}.

Existe en Europa un incremento del interés en el estudio de los factores que pueden facilitar la conducción del sistema de salud a partir de la atención primaria¹¹. Una oficina regional de la OMS (*WHO European Office for Integrated Health Care*) se ha dedicado a identificar estrategias para facilitar la coordinación entre los niveles de cuidado en los países de la región. Se argumenta que más que errores

individuales, son las debilidades en el sistema las que constituyen el denominador común de los problemas referidos por los usuarios¹².

En un estudio realizado con gestores del *National Health Service* (NHS) en Inglaterra, fueron seleccionados temas de interés para las políticas de modernización de la APS en ese país con la finalidad de identificar innovaciones en la organización de la atención primaria en países en desarrollo que pudiesen constituirse en formas de conocimiento transferible en el ámbito de intercambio técnico¹³. A más del control social y del financiamiento, cuestiones relacionadas con la integración de los servicios formaron parte del rol de las prioridades elegidas, reforzando el potencial de esa área para el desarrollo de proyectos internacionales.

Un amplio debate rodea este nuevo momento de difusión de las reformas orientadas por lo que se viene llamado de atención primaria renovada y, se refiere, a las diversas concepciones existentes que pueden originar modelos de organización en que permanece la fragmentación de los servicios. El cambio de foco de los sistemas para el nivel de la APS implica múltiples transformaciones del proceso de trabajo en salud con un conjunto de prácticas diferenciadas que involucran el redireccionamiento del flujo de usuarios, nuevas formas de vínculo y responsabilidad profesional, las cuales requieren medidas de soporte tanto tecnológicas como gerenciales para que se puedan concretizar y legitimar.

El presente documento pretende auxiliar la discusión sobre los factores que facilitan o dificultan la integración de la APS al sistema de atención en salud a partir de la revisión de la literatura, priorizando los países latinoamericanos y de la Unión Europea.

Algunas ideas que se convirtieron en evidencias y otras que permanecen en el campo de las hipótesis a ser desarrolladas en estudios futuros orientan la realización del trabajo y con respecto al mismo apuntan:

- ✓ La relación entre el modelo de protección social, las garantías universales en salud, la solidaridad y la cohesión social;
- ✓ la relación entre una política de APS mejor integrada, con modelos de protección social menos segmentados;
- ✓ el hecho de que el grado de integración de la APS al sistema de salud puede determinar su orientación hacia una política focalizada y

selectiva o para una estrategia estructurante y ampliada de atención;

- ✓ el reconocimiento de que la conformación de un sistema de servicios de salud no es lineal, siendo consecuencia de procesos sociales e institucionales complejos relacionados de forma inseparable con la historia económico-política y cultural de cada sociedad en la cual se implanta.

En la primera parte presentamos el fundamento teórico-metodológico para el abordaje del tema e incluye las relaciones entre las políticas de protección y la cohesión social, los conceptos principales, atributos y modelos de integración de la APS, y las interfaces con el campo de evaluación y del análisis comparado. Enseguida discutimos los principales estudios y experiencias que tratan de la integración de la atención primaria a partir de la revisión realizada por búsqueda electrónica en las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS), que comprende las plataformas LILACS, MEDLINE, Cochrane Library y SCIELO; PUBMED, así como también de sitios web de instituciones internacionales y Ministerios de Salud. Los descriptores utilizados fueron: “*integrated primary care*”, “*integrated delivery networks*” “*integrated care pathways*” “*coordination*”, “*linking levels of care*” “*outpatient referral*”, “*atención primaria en salud*” “*regionalización*”, “*niveles de cuidados/atención*”, “*coordinación*”, “*integración*”, “*referencia*”, “*contra-referencia*” (búsqueda realizada también en portugués). Fueron seleccionados documentos que presentaron comparaciones internacionales, revisiones sistemáticas, posiciones derivadas de consensos o foros nacionales, relatos de experiencias, investigaciones y otras producciones académicas incluyendo textos con elementos conceptuales necesarios para la construcción del marco teórico.

La descripción de la situación de la integración fue realizada de manera distinta en cada una de las regiones debido a las diferencias encontradas en la bibliografía acerca de esta temática. Para la Unión Europea (UE) fue posible tratar las políticas de atención primaria a través de estudios comparados, los cuales tienen un alcance limitado en América Latina (AL). Para la UE se tuvo acceso a una revisión sistemática y estudios específicos de investigación con resultados de evaluaciones de intervenciones para mejorar el sistema de referencia entre el nivel primario, el secundario y los cuidados ambulatorios, en cuanto para AL fue necesario realizar una síntesis a partir de estudios de tipo predominantemente descriptivos.

La idea es que a pesar de esta diversidad, el aporte pueda facilitar la identificación del conjunto de factores políticos, sociales, económicos y culturales necesarios para una mejor comprensión de la problemática de la integración de la APS al sistema de atención, priorizándose el análisis de los factores organizacionales que facilitan o dificultan esta integración para contribuir en la identificación de soluciones innovadoras que puedan ser útiles para el intercambio técnico.

1 CONCEPCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, RELACIONES CON LOS MODELOS DE PROTECCIÓN Y REPERCUSIONES SOBRE LA COHESIÓN SOCIAL

Históricamente temas como la desigualdad y la exclusión social han estimulado debates ya que resultan en una mayor fragmentación de la red social, en la individualización y el debilitamiento de los lazos de solidaridad, en la corrosión de la legitimidad y gobernabilidad de los Estados nacionales, constituyéndose además en barreras para un desarrollo justo e igualitario. A lo largo del tiempo las políticas y los sistemas de protección social se han convertido en las respuestas a estos dilemas, apoyándose en mecanismos de solidaridad que puedan reflejarse en una mayor inclusión y en un mayor sentido de pertenencia de los miembros a la sociedad en la cual viven.

La protección social entendida, en un sentido amplio, como el efecto de una acción colectiva para proteger a los individuos contra los riesgos intrínsecos a la vida humana, expresa las características de cada formación social. El sistema de protección reflejará el tipo de solidaridad que los individuos están dispuestos a consolidar y la posibilidad de construir un pacto en un momento dado de la historia. En lo que se refiere a las políticas sociales, en especial a las de salud, las características del modelo de protección social se reflejan directamente en su extensión y objetivos, una vez que los sistemas de salud expresan no solamente la disponibilidad de recursos en cada país, sino también, los valores y las opciones políticas frente a las necesidades de la población.

El acceso a los servicios de salud es un componente fundamental de los derechos sociales, y en la medida en que la sociedad es capaz de garantizar a sus miembros la atención necesaria, se avanza en la concretización de este derecho y consecuentemente en el fortalecimiento del sentimiento de protección y pertenencia del ciudadano.

Para Sen¹⁴, un mundo sin privaciones, destituciones y opresión debe combinar mecanismos de mercado con espacios no mercantiles, principalmente cuando se trata de crear nuevas oportunidades para expandir capacidades humanas. El argumento es que la expansión de servicios como salud, educación, seguridad social, componen áreas que típicamente presentan acciones de carácter

no-mercantil, pues contribuyen de forma directa con la calidad de vida. El autor defiende esta tesis argumentando que existen evidencias de que inclusive con renta baja, un país que garantiza servicios de salud y educación a todos puede obtener resultados notables en lo que se relaciona a la duración y calidad de vida.

Fleury¹⁵ realiza una síntesis de los principales aspectos constitutivos de los modelos contemporáneos de protección social, los cuales a su vez, influyen el tipo de sistema de salud: la asistencia, el seguro y la seguridad. El primero se basa en la caridad y el acceso está condicionado a pruebas de pobreza, el segundo la solidaridad y la obtención de beneficios dependiendo del vínculo de trabajo o de filiación, y el tercer modelo tiene como principio la justicia social y el acceso universal. Una de las primeras clasificaciones de sistemas de salud coincide con esa tipología dividiéndolos en asistencia pública, seguros y servicios nacionales, y correlacionando su organización con el desarrollo económico y el régimen político de cada país. A lo largo de la década de 1980 esa clasificación fue ligeramente modificada señalándose la existencia de, por lo menos, tres grandes formatos: el empresarial-permisivo o de mercado, los seguros sociales públicos y los sistemas o servicios nacionales. Se sabe hoy en día que no existen sistemas puros, siendo la conformación de los sistemas de salud mediada por numerosos factores de orden político, económico, social y cultural.

Para Freeman y Moran¹⁶ sus diseños son guiados por la interrelación de tres importantes dimensiones que conforman los límites de las propuestas de reformas: la salud como una dimensión de la protección social; la política; y la economía¹⁷. La cobertura de las políticas de salud tiene también relación con el grado de heterogeneidad de las sociedades, siendo mayor el desafío para establecer un modelo universal de protección en sociedades donde las diferencias de clase y la segmentación son más profundas.

Las relaciones entre las dimensiones y los conflictos de interés de los actores, los cuales poseen capacidad de presión diferenciada frente al Estado, interfieren en la formulación y conducción de las políticas. Por lo tanto, las directrices de un sistema de salud son el resultado de permanente negociaciones y pactos entre estos actores modificándose a lo largo del tiempo. Las herencias dejadas por las políticas antecesoras se destacan como un importante factor condicionante del desempeño de las instituciones en función de su influencia en las culturas organizacionales^{17,18}.

A más de las relaciones entre los modelos de protección social y el sistema de salud, otro aspecto conceptual a ser considerado es la diferencia que existe entre sistema de salud y sistema de servicios de salud. En una concepción más amplia, sistema de salud es el conjunto de relaciones políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de una población dada que se concretizan en organizaciones, reglas y servicios, y se proponen alcanzar resultados de acuerdo con la concepción de salud existente en la sociedad. Los sistemas de servicios de salud hacen parte del sistema de salud y corresponden al conjunto de actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar y mantener la salud de una población¹⁹.

Las comparaciones y evaluaciones se refieren, en general, a los sistemas de servicios existiendo diversas formas para describirlos y analizarlos. Estos sistemas se diferencian básicamente en relación a las siguientes dimensiones: grado de cobertura (universal o segmentada); equilibrio entre las fuentes de financiamiento (impuestos, contribuciones sociales, seguro público o privado, desembolso directo); grado de integración entre los agentes financiadores y los proveedores (número de agentes financiadores, presencia de un Ministerio de Salud o de un Seguro Nacional); propiedad de los servicios (públicos, privados con fines de lucro o filantrópicos); formas de remuneración y regulación de los profesionales, especialmente de los médicos (disposiciones legales, salario, capacitación, mayor o menor regulación).²⁰

De esta forma, si es necesario concentrar la descripción en estos aspectos para caracterizar las especificidades de cada sistema de servicios, será en el análisis del contexto social que encontraremos la explicación para su conformación final²¹. Los estudios comparativos demuestran la imposibilidad de importación mecánica de cualquier experiencia, lo que debe ser tomado en cuenta durante la lectura de este trabajo, una vez que las preferencias y la implementación de una política de APS estarán siempre determinadas por tradiciones legales, instituciones, actores y procesos específicos del desarrollo de cada formación económico-social.

La agenda de reformas del sector salud en la época contemporánea ha enfrentado temas relacionados a la consolidación de mecanismos de solidaridad necesarios para un acceso más equitativo, y al uso efectivo y eficiente de los servicios con el objetivo de contribuir con una mayor cohesión social. Con esta

perspectiva, la implementación de sistemas integrados de servicios de salud orientados por la APS surge como una posibilidad promisoría.

No existe, sin embargo, una comprensión uniforme con respecto a la APS y su implementación acompaña la diversidad de sistemas de protección social y de los sistemas de servicios. Desde el punto de vista conceptual, una de sus raíces es el pensamiento de la medicina preventiva que conjuga dos asuntos esenciales: la atención que se hace en un primer momento y la que se realiza más próxima del cotidiano, del ambiente socio-cultural de los individuos y de las familias, pudiendo por esto ser más adecuada.

En los años de 1960, estos principios resurgen relacionados con un movimiento de reforma de la educación médica, siendo posteriormente remetidos al campo de las competencias de los servicios de salud y de la organización de sus acciones. Desde la Conferencia de Alma-Ata, existía ya una tensión entre dos formas diferentes de concebir la APS: una comprensión abarcadora como parte de un sistema integrado de cuidados y del desarrollo económico-social, que prevaleció en la Conferencia; y un tipo de cuidado dirigido hacia poblaciones pobres desprovistas de acceso a los recursos²².

La noción de *Selective Primary Care (SPHC)* se fortaleció a partir de la crítica a la concepción de atención primaria integral en la Declaración de Alma-Ata (*Primary Health Care - PHC*), interpretada como una concepción idealizada en el plazo definido por las metas del programa de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000) propuesto por la OMS.²³

La APS ha sido comprendida en cuatro sentidos, los cuales no se excluyen mutuamente, pero el dar prioridad a un sentido u otro define su extensión y su papel en la política de salud²⁴. Para Vuori la APS puede ser considerada como un conjunto específico de acciones, como un nivel de atención, como una estrategia organizadora del sistema de servicios de salud o, inclusive, como un principio que debe orientar todas las acciones del sistema de salud. Es posible verificar la convivencia o no de estas características en las formas más variadas de organización de los servicios que fueron desarrollados internacionalmente bajo esta perspectiva.

La OPS ha reafirmado el discurso a favor de la APS como parte integrante del

sistema de salud, proponiendo la renovación de los postulados de Alma-Ata. Los siguientes principios deben orientar esta perspectiva: la atención primaria está formada por un conjunto central de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a servicios adecuados a la población; ofrece cuidados abarcadores, integrados y apropiados en el tiempo; y enfatiza la prevención, la promoción y asegura la primera atención. Las familias y las comunidades son sus bases de planificación y acción, con prácticas de gestión optimizadas en todos los niveles para alcanzar calidad, eficiencia y eficacia, y con mecanismos activos para ampliar la participación individual y colectiva en salud. La atención primaria promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de salud y equidad⁸.

Veamos entonces cuáles son los aspectos y factores destacados en los trabajos que reflexionan sobre los desafíos en la implementación de las propuestas de integración de la APS en los sistemas de salud, sistematizando los elementos de orden teórico-operacional necesarios para la comprensión de esta problemática.

2 LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA Y EJE ESTRUCTURANTE DEL SISTEMA DE SALUD: MODELOS DE INTEGRACIÓN Y ELEMENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MARCO TEORICO.

Como política de reorganización del modelo asistencial, la APS es considerada una estrategia para el fortalecimiento del sistema de salud como un todo. Aunque sus prácticas corresponden al primer nivel de atención, se constituye un núcleo organizador e integrador de las redes de servicios de salud y de las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, asegurando la coordinación y continuidad de cuidado. Es esta la concepción que asumimos como referencia en este documento.

En la síntesis de la literatura principal sobre el tema, los siguientes elementos pueden ser identificados como característicos de la atención primaria^{6-8,25-27}:

- Considerar al ser humano y sus necesidades a partir de una perspectiva multidimensional, incluyendo los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y económicos;
- Ser accesible y orientada hacia la integración y equidad del sistema de salud, favoreciendo la cobertura universal de la población;
- Constituirse, de preferencia, como el primer contacto o puerta de entrada para acceder al sistema de salud, donde cerca del 80 a 90% de los problemas de salud deben ser resueltos;
- Ocuparse de los problemas más comunes en la comunidad, teniendo como foco la persona y la familia;
- Promover acciones amplias e integradas que respondan a las necesidades de salud de la población a la cual se destinan;
- Promover la integración de las acciones de promoción, prevención y recuperación de salud (situaciones de morbilidad aguda y crónica) en todos los puntos de atención del sistema de salud;
- Ofrecer cuidados continuos a las personas, configurándose como una fuente regular de atención individual o colectiva, en el ámbito familiar,

comunitario o de servicio de salud;

- Realizar esfuerzos para desarrollar acciones intersectoriales, considerando que las necesidades en salud muchas veces ultrapasan los límites específicos de actuación de los servicios de salud;
- Establecer y organizar sus acciones a partir del trabajo en equipo multiprofesional y con base en las necesidades en salud de la población a la que se destina;
- Establecer y organizar sus acciones con base en la participación activa de la comunidad en las etapas de planificación y sistematización del trabajo de los equipos de salud.

La importancia de definir atributos específicos a la APS y discutir su integración al sistema para que pueda ejercer un papel de coordinación se fue haciendo evidente con el avance de la evaluación del desempeño de los servicios, que llamó la atención para la relación entre la calidad de la estructura y del proceso de cuidado para la obtención de resultados en salud. Modelos de monitoreo y evaluación, sugeridos por organizaciones internacionales o utilizadas en algunos países centrales, reconocen la interdependencia de tres grandes conjuntos de indicadores para el desempeño de los servicios: los determinantes (ambientales, socio-económicos y demográficos, de comportamiento y biológicos), las condiciones de salud de la población (morbilidad, estado funcional, bienestar, mortalidad) y la estructura (conducción, financiamiento, recursos). Los siguientes grupos de indicadores fueron colocados para el caso del Sistema Único de Salud (SUS) en el Brasil: la efectividad, el acceso, la eficiencia, el respeto al derecho de las personas, la aceptabilidad, la continuidad, la adecuación y la seguridad. Cuatro de estos, el acceso, el respeto al derecho de las personas, la aceptabilidad y la continuidad, tienen relación directa con funciones o atributos considerados como específicos de la atención primaria.

Starfield ha investigado los resultados de los sistemas de salud orientados por los principios de esa política, llamando la atención para este aspecto, es decir, los atributos que serían específicos de la APS: el acceso, la puerta de entrada, el vínculo (*longitudinality*), el elenco integral de servicios (*comprehensiveness*), la coordinación (o integración de los servicios), el enfoque familiar y la orientación para

la comunidad^{6,28, 29}. La coordinación o integración de los servicios presupone alguna forma de continuidad, sea por parte de la atención por el mismo profesional, sea por medio de informaciones de historias clínicas médicas, o ambos, a más del reconocimiento de problemas anteriores y nuevos. Incluye, también, la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados.

Todos estos atributos están interrelacionados, así por ejemplo, un buen desempeño en la continuidad del cuidado facilitará el vínculo con los usuarios y la utilización de los servicios como puerta de entrada.

La capacidad de respuesta de la atención primaria sería *“la selección y recomendación de los cursos de acción diagnósticos y terapéuticos óptimos”*^{30:540}. Así, responder no significa resolver, pero sí proponer las mejores opciones teniendo en cuenta que una buena capacidad de respuesta es favorable para mejorar la reputación de los servicios de APS. Existen cuatro campos de funciones que deben ser considerados en el análisis de esta capacidad: prevención, resolución (curar, contener, cuidar, ayudar, consolar), derivación (filtro) y coordinación (continuidad asistencial). Para esto es imprescindible el apoyo de la gestión, cuyo trabajo puede frenar o catalizar la capacidad de respuesta de los servicios. La cuestión de la credibilidad es un aspecto fundamental constituyéndose en el *“primary care paradox”*²⁷, es decir, la relativa fragilidad de este nivel de atención frente a la intención de hacerle asumir una función estratégica en el sistema.

Un modelo de evaluación desarrollado para este nivel ayuda a aclarar los términos de continuidad, coordinación e integración del cuidado³¹. En lo que se refiere a continuidad, ésta es una dimensión de la calidad percibida por los usuarios pero las acciones de gestión de la continuidad son las que determinarán la forma como los servicios están coordinados e integrados. La coordinación se relaciona, por lo tanto, con la continuidad asistencial y determina el grado con que los eventos en los servicios de salud son percibidos como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades y con el contexto personal.

La continuidad abarca por lo menos tres dimensiones posibles de intervención: la relación profesional/usuario (corresponde al vínculo, mejorando la utilización de servicios preventivos y la adhesión), el uso de información y la gestión por diferentes profesionales de las necesidades de los pacientes (protocolos clínicos para enfermedades crónicas).²⁷

Según la *WHO European Office for Integrated Health Care*¹², dos fuerzas estarían en la raíz de la problemática de la integración: desde de la demanda, las expectativas crecientes y la transición epidemiológica; y por parte de la oferta, las presiones tecnológicas. Pero la tecnología trae también nuevas oportunidades, como por ejemplo, el desarrollo de la informática. Se considera que los mecanismos de pago, el sistema de referencia, la creación de “*guidelines*” y la educación son instrumentos fundamentales para la mejoría de la calidad desde la perspectiva de la integración. Se destaca la diferencia entre la integración vertical, que es aquella que se establece entre los niveles de cuidado, y la horizontal, que se instaura con otros servicios, sectores o grupos sociales a nivel local.

En Europa las estrategias para integrar los servicios son referidas bajo una amplia terminología que puede significar acciones bastantes diversas: cuidado compartido, gestión de caso o de enfermedades, cuidado extramural y redes o caminos integrados de servicios.¹² En América Latina han surgido asociadas a la construcción de redes de servicios o líneas de cuidado. Estas son entendidas como: “[...] *la articulación o facilitación del acceso al conjunto de servicios ambulatorios u hospitalarios, a los cuidados de especialistas médicos o de otros profesionales de salud (psicólogo, fisioterapeuta, enfermero y otros) y las tecnologías de diagnóstico y tratamiento capaces de contribuir para la integralidad del cuidado que las personas necesitan*”.^{32:123}

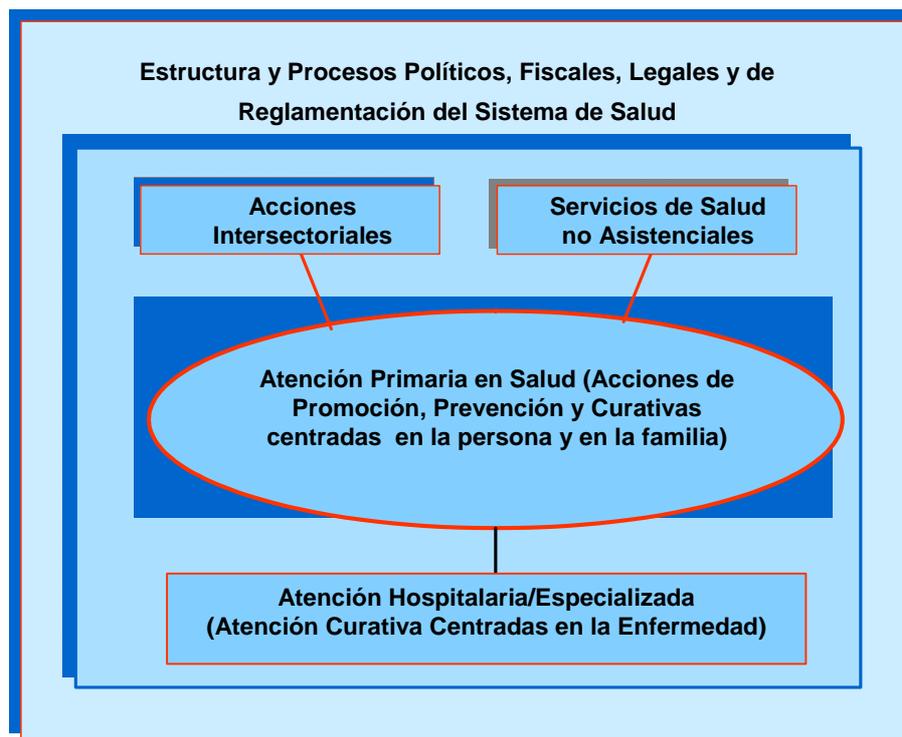
También encontramos el uso de la denominación de caminos programáticos para la estrategia de gestión de acciones en el área materno-infantil aplicada en países en desarrollo (“*Integrated Management of Childhood Iones (IMCI)*”)³³.

Finalizamos este tópico presentando tres modelos teóricos sobre la integración de la APS al sistema de salud. El primero permite identificar los diferentes campos de acción exponiendo las funciones esenciales de la atención primaria y su papel integrador interno o externo al sistema de salud²⁶ (Figura 1).

En este modelo la atención primaria está compuesta por las acciones de promoción, prevención y cura centradas en la persona, en la familia y en la comunidad, la cual debe resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Esta atención es típicamente prestada por servicios básicos de asistencia médica. Sin embargo, estas prácticas incorporan más de lo que ofrecen esos servicios y, para esto, se interrelacionan e integran otras dimensiones funcionales

tanto del sistema de salud como de otros sectores sociales. Al vincular la atención primaria con las acciones intersectoriales, su intervención se articula e influye en las demás acciones necesarias para los cambios de los determinantes no biológicos de salud, aunque la APS no sea directamente responsable por la ejecución de actividades concebidas, financiadas e implementadas por otros niveles de atención del sistema de salud o de otros sectores.

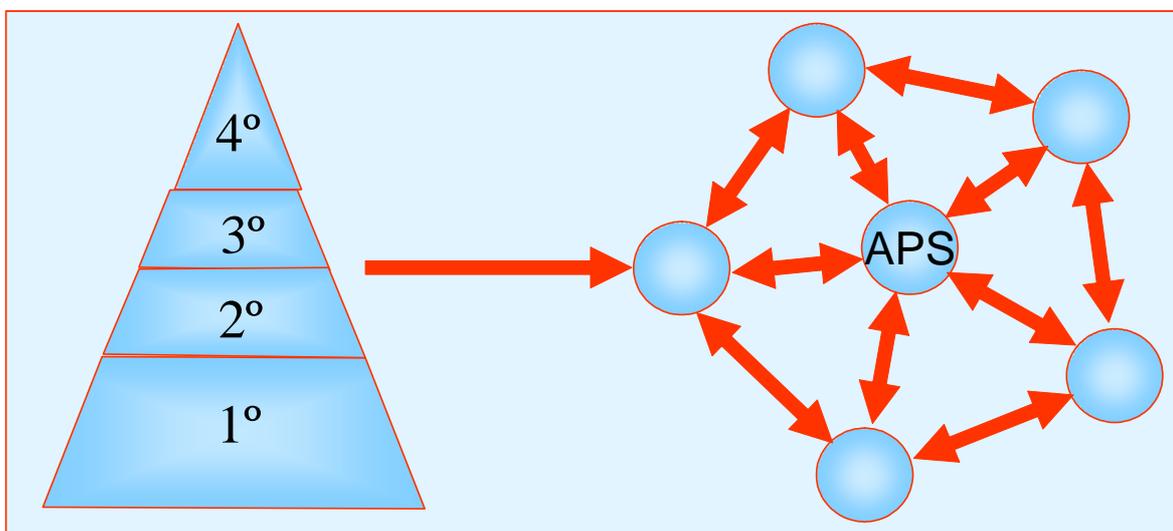
Figura 1. Modelo Teórico de Atención Primaria en Salud



Fuente: Almeida, Macinko^{26:42}

El segundo modelo desarrollado por Mendes^{34,35} discute la necesidad de un cambio de sistemas piramidales jerárquicos para redes horizontales integradas de servicios de salud (Figura 2), que se organizan a partir de un centro de comunicación y coordinación representado por la atención primaria. No se trataría apenas de invertir la forma piramidal predominante sino de sustituirla por una forma organizacional innovadora y de calidad distinta, la red horizontal integrada de puntos de atención a la salud. Para esto es necesario la implementación de transformaciones en los procesos de trabajo en el ámbito microeconómico, que abarca tres grandes componentes: la gestión de los riesgos poblacionales, la gestión de los puntos de atención y la gestión de la clínica.

Figura 2. Del sistema piramidal jerárquico para la red horizontal integrada de servicios de salud.



Fuente: Mendes^{34:55}

Uno de los problemas de la fragmentación de los actuales sistemas sería consecuencia del hecho de que responden a las enfermedades crónicas hoy prevalentes con la misma lógica de atención que para las agudas. En las enfermedades crónicas la promoción, la prevención y el cuidado se vuelven más importantes, las incertidumbres están presentes y el conocimiento debe ser dividido con diversos profesionales y con los usuarios. Los sistemas integrados de servicios estarían anclados en la integración horizontal y vertical, lo que puede ocurrir de forma real o virtual, con el uso de recursos de informática, estableciéndose alianzas estratégicas con servicios esenciales que componen la red de atención a la salud, además de un nuevo modo de gestión que administre la cooperación entre los agentes, lo que el autor denomina de cooperación gestionada.

La integración vertical sucedería más fácilmente si los diferentes puntos de atención de un sistema de servicios se encuentran bajo la misma gestión que los organiza como un todo continuo. Este tipo de integración exigiría que la atención hospitalaria, ambulatoria especializada, visita domiciliaria, sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, y la asistencia farmacéutica estén bajo una única gestión. Sin embargo, cabría a los servicios de atención primaria el papel de coordinar el itinerario de los usuarios en la red.

El tercer modelo fue desarrollado en el ámbito de un estudio realizado en Europa con el objetivo de investigar dos cuestiones: 1) ¿Cuál es la posibilidad de la APS convertirse en una estrategia capaz de aumentar la coherencia de los servicios? y 2) ¿Cuáles son las condiciones y los instrumentos necesarios para que se ejerza el papel de coordinación?¹¹

Parten del concepto de gobernanza que involucraría dos aspectos: la coordinación (división del trabajo e integración) y la adhesión (motivación y control). Estas funciones pueden ser alcanzadas por medio de mecanismos de mercado, jerarquía o cooperación. La cooperación está basada en la interacción entre actores interdependientes y, a pesar de las dificultades, podría ser alcanzada en los sistemas de salud a través de lo que denominan un *“multi-level and multi-actor approach”*, es decir, una acción de regulación que involucre diferentes niveles y diversos actores y acciones. Se sugieren tres ejes para el análisis de los cambios en la dirección de una cooperación administrada: organizacionales, en los procesos de trabajo y en los patrones de calidad .^{36:27}

Con este referencial, veamos ahora como ha ocurrido la implementación de la integración de la APS en los países de Latinoamérica y de la Unión Europea.

3 LA INTEGRACIÓN DE LA APS EN EL SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

3.1 Características generales de los modelos de protección social y de las reformas de atención primaria

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), América Latina comprende 18 países de las siguientes sub-regiones: América Central o Istmo Centroamericano (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá), Región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela), Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay), México y Brasil³⁷.

La Región está marcada por una profunda heterogeneidad socioeconómica, política, demográfica y cultural, sin embargo, a pesar de las diferencias es posible encontrar situaciones comunes en lo que se refiere a la forma en cómo los Estados nacionales enfrentan las cuestiones de salud. En los años de 1980 se intensificaron los procesos de reforma sectorial en el contexto de ajuste fiscal con profundización de las desigualdades y agendas pautadas por intereses nacionales e internacionales ampliamente estudiados en la región ^{3,4,38,39}. En algunos países de la región las reformas de los sistemas de salud, fuertemente motivadas por el control de gastos, acarrearón cambios que aumentaron la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, no resolvieron la cuestión de las desigualdades, además de los problemas de eficiencia³.

A pesar de las razones en común, las características y los efectos de estos procesos fueron muy diferentes entre los países destacándose su diversidad en cuanto a principios, extensión y grado de desarrollo con el acceso y utilización de los servicios de salud bastante diferenciados. Ilustramos esta diversidad con algunos ejemplos de los mecanismos utilizados por los países que favorecen a la solidaridad: la universalidad de la cobertura; la atención proporcionada por el sub-sector público a la población pobre y de bajo ingreso, sin diferencias en el tratamiento, financiada con impuestos y transferencias fiscales; y la concesión de prestaciones básicas universales en todos los sub-sectores sin discriminar el ingreso por edad, sexo, género y riesgo. Y los opuestos a la solidaridad: baja cobertura de la población;

programas privilegiados separados; segmentación de la población entre los tres sub-sectores, sin solidaridad entre ellos; y prestaciones básicas diferenciadas por grupos de afiliados.⁴

En un intento por caracterizar a los sistemas de salud de América Latina y el Caribe³⁹, Londoño & Frenk proponen una tipología que utiliza conceptos de integración poblacional (integración horizontal versus segregación) e integración de las funciones institucionales (integración vertical versus separación). Identifican cuatro modelos: el público unificado, el público contractual, el privatizado atomizado, y el modelo segmentado, donde incluyen a la mayor parte de los países de la región. Aunque esta tipología puede ofrecer una idea de la tendencia predominante en cada país, prevalecen en la región derechos sociales diferenciados con segmentación en el acceso y en la utilización de los servicios y un patrón de financiamiento altamente dependiente de aportes de la economía formal³⁸.

La descentralización de responsabilidades del gobierno central para instancias subnacionales de gobierno o instituciones semi-autónomas constituye otro elemento que ha marcado las reformas en la región. Entre las razones argumentadas se destacan la revitalización de la democracia, la ampliación de los espacios de participación social, la cooperación intersectorial y la provisión de servicios de atención primaria en salud. La descentralización ha sido justificada por la posibilidad de un mayor alineamiento entre la gestión de los recursos y los problemas a ser enfrentados, tanto a nivel local y regional. No obstante, esos procesos adquieren diversos alcances y grados de profundidad.

Con relación a la prestación de servicios, se observa con mucha frecuencia que el sector público ha asumido la responsabilidad por acciones dirigidas a la colectividad y en el ámbito asistencial responde por la provisión de un paquete mínimo de servicios definidos como esenciales para la cobertura de grupos poblacionales más vulnerables. En este grupo se encuentran aquellos sin cobertura de seguro, poblaciones de baja renta, indígenas y poblaciones que residen en áreas rurales de difícil acceso, siendo importante mencionar que la comprensión de lo que sería un servicio esencial es muy diversa entre las propuestas del paquete mínimo. Estas prestaciones cubren servicios básicos, en general, sin la garantía de la provisión de servicios de mayor tecnología. Las inversiones se destinan hacia acciones para grupos de mujeres y niños, y para la cobertura de algunas

enfermedades transmisibles de gran impacto.

Los estudios demuestran un mejor acceso en el primer nivel de atención, pero apuntan dificultades con la referencia y contrarreferencia. Inclusive en los casos de Brasil y Costa Rica que constituyeron sistemas de salud de base universal, con fuerte financiamiento del sector público, la fragmentación y segmentación de los sistemas persisten todavía.⁴

Se argumenta que en la mayoría de los países los recursos tributarios son escasos y como los fondos provenientes de las contribuciones a la seguridad social son importantes fuentes de financiamiento en el campo de la salud, esto dificulta la eliminación del financiamiento contributivo y su substitución por fuentes fiscales que serían de más difícil recaudación.⁴⁰ Esta discusión se refleja de manera importante en la articulación de la APS con los demás servicios.

Algunos de los programas de APS no se configuran como una política gubernamental y no disponen de fuentes permanentes de financiamiento. Surgen por acciones de cooperación o intercambio con instituciones internacionales y en la medida en que terminan los recursos financieros, los equipos (muchas veces compuestos por voluntarios) se disipan y las intervenciones se ven interrumpidas, colocando en riesgo su continuidad. Con frecuencia, se organizan en acciones aisladas sin articulación con la red y otros niveles de atención, lo que compromete su capacidad resolutive.⁴¹

De modo general, las reformas en América Latina se centran en los componentes jurídico-legales, en la gestión y en el financiamiento, siendo los temas relacionados con el modelo de atención, la organización de redes integradas de servicios y la continuidad del cuidado relegados a un segundo plano⁴². Solamente en el periodo más reciente han ganado mayor visibilidad y prestigio en las decisiones sobre los rumbos de la política nacional.

Por último, se resalta que las reformas en el sector salud en varios países de la Región están en proceso de implementación y que todavía no se alcanzaron los resultados esperados^{4,38,40,43}. Sin embargo, es innegable que uno de los resultados más significativos de estos procesos ha sido la expansión de la cobertura del acceso a los servicios en el nivel primario de atención. Incluso en las experiencias que reducen ese acceso a un conjunto de acciones seleccionadas, es posible identificar

movimientos innovadores en lo que concierne al financiamiento, a la relación entre el sector público y privado, la participación de la sociedad civil y el poder local en la gestión y el control de estas acciones. Existen evidencias, también, de que los programas de atención primaria en salud enfocados específicamente hacia el grupo materno-infantil e inmunizaciones tuvieron un impacto importante, principalmente en la reducción de la morbi-mortalidad infantil^{40,44}.

3.2 Inserción de la APS en el sistema de salud e integración con otros niveles de atención

Presentamos algunas experiencias realizadas en países que buscan alcanzar una mayor integración de la atención primaria para así superar las limitaciones impuestas por sistemas de salud que históricamente fueron contruidos de forma segmentada y fragmentada. Al optar por la descripción sintética de tantos y complejos procesos sociales, políticos y organizacionales corremos el riesgo de haber simplificado u obscurecido aspectos importantes que ciertamente merecían un análisis más profundo. La idea es ofrecer un panorama de las iniciativas utilizadas para superar la fragilidad de la integración de la APS y para, de esta forma, propiciar un levantamiento inicial de esta situación frente a las nuevas perspectivas que se abren para esa política. Es importante anotar que existe un número reducido de estudios que tratan de la cuestión de integración de la APS al sistema de servicios en América Latina⁴⁵ lo que puede ser una señal indirecta del predominio de su implantación de forma selectiva o focalizada.

3.2.1 Atención primaria selectiva integrada en los programas de salud materno-infantil

✓ *Experiencia de tres países: Bolivia, Nicaragua y El Salvador*

Los países de América Latina tienen una larga tradición en la definición de programas verticales focalizados en problemas de salud específicos, entre los cuales están aquellos dirigidos hacia la protección de la salud materna e infantil. En

el contexto de las reformas sanitarias algunos países como Bolivia, El Salvador y Nicaragua han invertido en programas de atención materno-infantil, cada cual con estrategias peculiares, pero teniendo en común la garantía de atención integrada a mujeres y niños de hasta cinco años de edad^{40, 41}

No obstante, a pesar del esfuerzo de integración en los programas materno infantiles ejemplificados, que hacen parte de un conjunto de acciones selectivas y focales, estos han sido insuficientes para garantizar el acceso integral a otros niveles de atención que componen el sistema de servicios de salud de cada país.

En Bolivia se amplió el Plan Básico de Salud con un paquete básico de 75 prestaciones centradas en las causas de muerte materno-infantil y en las enfermedades transmisibles. Este servicio no requiere ningún tipo de aporte financiero por parte de los usuarios y son financiados por municipios con recursos presupuestarios específicos transferidos por el gobierno central. Para garantizar su oferta se ha buscado la participación de organizaciones no gubernamentales (ONGs), iglesias, proveedores privados y diversas cajas de salud que operan en el país. A partir de los resultados obtenidos con esta medida se diseñó un Seguro Universal Materno Infantil (SUM) con el propósito explícito de superar las barreras económicas de acceso a los servicios de salud a las madres y a los menores de cinco años de edad.^{4,40}

En El Salvador, se ha privilegiado la contratación de ONGs para la actuación en el Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN). La estrategia del programa se basa en la concentración de los subsidios públicos y la prestación de un paquete definido de atención integral a la salud materno infantil, que incluye acciones preventivas y curativas de salud. Fueron seleccionadas cuatro ONGs que reciben recursos mediante los cuales financian una red de atención compuesta por promotores de salud y equipos itinerantes (EIS), con capacidad media de resolución y referencia de casos a las unidades vinculadas al Ministerio de Salud⁴⁰.

En Nicaragua los programas maternos infantiles son operados en red de proveedores del Ministerio de Salud, tal como centros y puestos de salud distribuidos por el territorio nacional. Cuentan con el apoyo de programas de atención primaria de salud financiados por organismos internacionales y también con los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAS) localizados en el interior de comunidades beneficiadas por este recurso. Los SILAS difunden información,

promueven prácticas saludables y prestan servicios de salud. Estas acciones han contribuido con la apropiación de la población, principalmente de las mujeres en lo que respecta a su responsabilidad para el mantenimiento de la salud familiar⁴⁰.

El gobierno nicaragüense ha financiado diversas acciones en el ámbito de la atención materno-infantil. Para esto, se creó el Fondo de Maternidad e Infancia Segura (FONMAT), que implica la cobertura y mejoría de calidad de los servicios de salud mediante la oferta de un paquete de servicios para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido hasta un año de edad. Esta política recibe recursos externos otorgados por el Banco Interamericano de Desarrollo con la perspectiva de que progresivamente el Ministerio de Salud asuma totalmente su ejecución. Los proveedores del Ministerio de Salud reciben recursos financieros prospectivos para la prestación de la atención, infraestructura, equipamiento, capacitación y recursos para la movilización comunitaria.⁴¹ El FONMAT financia una cantidad complementaria (alrededor de US\$ 37 a 45) para cada acompañamiento sistemático que configure una atención continua y longitudinal, desde el embarazo hasta que el niño cumpla un año, pasando por el prenatal, parto, puerperio y salud infantil. Para actuar en esta área, los funcionarios de los centros de atención primaria y los voluntarios pasaron por una capacitación. Debemos recordar que en Nicaragua el voluntariado es muy frecuente, siendo una práctica fuerte desde el Frente Sandinista cuando se constituyó una red de brigadas y voluntarios que asumen hasta hoy un papel importante en la atención a la salud de población.⁴¹

La participación de los voluntarios se ha intensificado a partir de la ayuda financiera que el gobierno ha dado a los centros y puestos de salud que desarrollan sus acciones apoyados en esta red de voluntarios. En esta misma línea, el Ministerio de Salud también ha dado apoyo financiero a las casas maternas administradas por los gobiernos locales y por la sociedad civil, que albergan mujeres de las zonas rurales antes y después del parto.

3.2.2 La atención primaria en salud como puerta de entrada y eje estructurante del sistema público de salud

Los sistemas de salud con principios universales representados por Costa

Rica, Chile y Brasil son las que apuntan con mayor tendencia hacia esta dirección. En el caso de Venezuela, aunque el sistema de salud todavía presente características de fragmentación y segmentación, está en curso la construcción de un sistema único de salud regido por los principios de solidaridad, universalidad y equidad, donde la atención primaria constituye el componente estructurante y organizador del sistema de servicios de salud jerarquizado, descentralizado y regionalizado.⁴⁶

✓ *La experiencia de Costa Rica – sistema de salud regionalizado y organizado a partir de Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud*

En Costa Rica, la reorganización de la atención primaria se ha constituido en elemento central de la reciente reforma del sector salud. Esta reorientación del sistema se conformó tras la transferencia de los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud para la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) y en la conformación de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), orientados para potencializar los efectos de la atención primaria en las condiciones de salud de la población.

A nivel primario se organizan acciones de promoción de salud, prevención, cura de enfermedades y rehabilitación, proporcionando una atención integral e integrada a los diversos niveles de atención a los asegurados de la CCSS⁴⁰.

El país está dividido en áreas de salud, las cuales son agrupadas en siete regiones sanitarias. Cada una de las áreas cuenta con una EBAIS, un equipo mínimo (un médico generalista, una auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria en salud) que organiza la atención en un centro de salud o clínica conformada para atender una población entre 3500 a 7000 habitantes, de acuerdo con la densidad poblacional del territorio donde estructura sus acciones⁴¹.

Los EBAIS son asesorados por un equipo de apoyo, conformado por médicos de especialidades básicas, un odontólogo, un farmacéutico, un microbiólogo, un nutricionista, un asistente social, una enfermera y un técnico en registros médicos. Cada equipo de apoyo da soporte al trabajo de 9 a 10 EBAIS por área adjunta.

Los EBAIS constituyen la puerta de entrada del sistema, forman parte del

primer nivel de atención del sistema de salud. Es a partir de este primer nivel que se identifican las necesidades y cuando es necesario se refiere a la población bajo responsabilidad sanitaria a los servicios especializados de segundo nivel y, en caso de internación, a los hospitales de referencia del área de trabajo. Todos los servicios de atención primaria de la CCSSS son realizados por las EBAIS, con excepción de los servicios de emergencia⁴⁷.

Los servicios están organizados en programas de atención integral dirigidos hacia diferentes grupos etáreos y de necesidades específicas de género (niños, adolescentes, mujeres, adultos, ancianos) y atención dirigida para enfermedades prevalentes. Estas acciones fueron definidas a partir de un análisis de identificación de necesidades prioritarias. La cobertura de los programas y su calidad son evaluadas anualmente en el ámbito de la evaluación de los contratos de gestión.

La estrategia de implantación de los EBAIS contó con el apoyo de la población, y para la legitimación del programa fue fundamental la presencia del médico en el equipo básico. Los primeros equipos fueron implantados en las comunidades más pobres y de mayor carencia de servicios de salud. Sin embargo, debido a la presión ejercida por la población, rápidamente el programa se fue extendiendo a otras comunidades, muchas de las cuales movilizadas para donar terrenos o construir edificios. Este fue uno de los elementos que aceleró el proceso de implantación del programa. Casi toda la población de Costa Rica tiene acceso geográfico a la atención primaria. Hasta mediados del 2005, la CCSSS contaba con 893 EBAIS en 103 áreas de salud.⁴¹

- ✓ *La experiencia de Chile- inversiones en la formación multiprofesional, cambios en los currículos de escuelas de medicina para el fortalecimiento de la atención primaria integrada.*

Chile se caracteriza por un sistema de salud cuya trayectoria fue marcada por cambios de rumbo radicales. En los años 50 se dio inicio a la construcción de un servicio nacional de salud, pasando en seguida por un proceso de privatización y atomización de los servicios, ocurrido después del golpe militar, con la existencia actual de un sistema mixto: el público representado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el privado representado por las Instituciones de Salud Provisionales

(ISAPRES). El sistema público de salud cubre al 68% y el sistema privado al 22% de la población. El 10% restante está cubierto por otros sistemas (fuerzas armadas, universidades y otros) o está sin ningún tipo de cobertura formal de seguro de salud.

Desde el 2004 el sistema nacional de salud ha tomado medidas para ampliar el acceso, con inversiones para que la atención primaria se torne puerta de entrada del sistema de salud, para lo que son permitidos convenios con prestadores fuera de la red pública.⁴⁸

En el marco de la política de salud chilena, el sistema de salud público (FONASA) está organizado por redes de servicios de salud, cada una de las cuales está constituida por un conjunto de establecimientos públicos. Los establecimientos de atención primaria de un municipio y los demás establecimientos públicos y privados que tienen convenio con la red de servicios de salud se articulan y organizan de forma que se resuelvan las necesidades de salud de la población de la cual son responsables. Cada red de servicio debe colaborar y complementar acciones entre si y con otras instituciones públicas o privadas que actúan en el mismo municipio o localidad.

La red de servicios se organiza por niveles de atención, siendo el primer nivel la puerta de entrada del sistema y, como tal, ejercen acciones de salud para la población vinculada al servicio de salud. Es a partir de los servicios de atención primaria que se deriva el acceso a los servicios de mayor complejidad correspondientes al nivel secundario o terciario, con excepción de las situaciones de emergencia. Los servicios de atención primaria deben ofrecer acciones de promoción, prevención, cura y rehabilitación de salud a toda la población que esté bajo su responsabilidad.⁴⁷

En el ámbito del contrato de gestión, uno de los compromisos firmados entre el Ministerio de Salud y los servicios de salud es la conformación de un Comité de Integración de la Red Asistencial, liderado por el Director del Servicio de Salud y compuesto por el resto de directores de establecimientos de salud ligados a la red. Este ha sido uno de los mecanismos estratégicos para fortalecer la integración de la atención primaria a los demás niveles de atención del sistema de salud.

Las decisiones tomadas en la política de salud chilena en el sentido de fortalecer la atención primaria apuntan también hacia la intervención en la educación

médica. Esta discusión ha sido realizada a partir de cambios en la valorización de los profesionales que actúan en la atención primaria y en las iniciativas que pretenden reorientar los proyectos de formación de las escuelas médicas en el sentido de preparar estos profesionales para actuar en la atención primaria en equipos multiprofesionales y con habilidades específicas para la práctica familiar¹³.

- ✓ *La experiencia de Brasil: gestión intergubernamental, organización del sistema de salud regionalizado con base municipal y la estrategia de salud de la familia.*

La Constitución Federal Brasileña de 1988 considera que la salud es un derecho de todos y deber del Estado, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud mediante la formación del Sistema Único de Salud – SUS, de carácter público, federal, descentralizado, participativo de atención integral.

El sistema de servicios de salud brasileño está formado por una compleja red de proveedores y financiadores, que abarca los subsistemas público y privado. El segmento público engloba proveedores públicos de los tres niveles de gobierno: federal, siendo el Ministerio de Salud el gestor nacional del SUS; estatal*, siendo la gestión del sistema realizada por las Secretarías Estaduales de Salud; y municipal, donde las Secretarías Municipales de Salud son responsables por la gestión y ejecución de la mayor parte de acciones dentro del sistema local. La cobertura de los servicios públicos de salud puede ser complementada por servicios privados contratados por el SUS. El segmento exclusivamente privado comprende los servicios lucrativos pagados directamente por las personas e instituciones proveedoras de planos y seguros privados.

Se estima que el sistema público cubre al 75% de la población. Considerando los servicios prestados por el SUS en el periodo de junio del 2006 a junio del 2007, 43% de las hospitalizaciones fueron realizadas en hospitales de la red pública y 57% en hospitales de la red privada contratada. En cuanto a las consultas ambulatorias, 86% de los servicios prestados fueron realizados en los servicios propios de la red

* La palabra estadual se refiere a una de las jurisdicciones federativas de Brasil y no a al Estado como Nación.

pública (federal, estadual y municipal) ** .

En el modelo federativo, la histórica relación entre las instancias gubernamentales y la cultura institucional brasileira todavía imponen límites a la ejecución de la política nacional de salud en dirección hacia una actuación más cooperativa y pactada entre los gestores en la implementación y consolidación del Sistema Único de Salud (SUS).

Una de las características del proceso de descentralización del caso brasileño ha sido la débil actuación de la instancia estatal en lo que se refiere a la organización regionalizada de los servicios. Por el contrario, este proceso caminó en dirección de la actuación aislada o atomizada de los municipios, prevaleciendo barreras de acceso entre sistemas municipales e incrementando la fragmentación. Para la reorganización del sistema, el gobierno federal ha introducido mecanismos normativos que favorecen la regionalización de los sistemas municipales de salud y las articulaciones micro regionales. Esta sería una de las formas de mejorar el acceso de los usuarios a los niveles secundario y terciario del SUS.

Desde el final de la década de 1990, el Ministerio de Salud ha asumido la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), como modelo principal para la organización de la atención primaria en salud y comprende que la expansión de esta estrategia en todo el territorio nacional puede potencializar la reorientación del modelo de atención en el SUSMS⁴⁹. La Política Nacional de Atención Básica recomienda que cada unidad básica de salud con equipos de salud de la familia debe responsabilizarse por hasta 12 mil habitantes del territorio bajo su responsabilidad sanitaria, pudiendo admitir hasta cuatro equipos de salud de la familia. Este equipo está compuesto por, mínimo, un médico generalista, un enfermero, dos auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud, siendo que cada agente comunitario debe responsabilizarse por máximo 750 personas. Al equipo puede asociarse un equipo de salud bucal, responsable por atender la población de un equipo de salud de la familia⁵⁰.

Otros profesionales pueden ser incluidos al equipo, de acuerdo a la necesidad de salud de la población y de la decisión del gestor municipal. Es a partir de la atención organizada por los equipos de salud de la familia que se identifican las

** Datos disponibles en el sitio <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

necesidades de salud, que deben ser referidas a otros niveles de mayor complejidad tecnológica o a otros sectores, tales como servicios judiciales, habitacionales, asistencia social, entre otros.

Estudios han demostrado el aumento de la cobertura de la estrategia de salud de la familia en todas las regiones brasileñas. De 1998 a 2004, hubo una expansión importante en todas las regiones, pero con mayor cobertura en los municipios con Índice de Desarrollo Humano (IDH) bajo. A partir del año 2000 la ampliación tuvo lugar en municipios pequeños, hecho que recientemente empieza a cambiar ^{49, 51}.

En el 2007 el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) registró la implantación de 27.300 Equipos de Salud de la Familia (ESF), cuyas acciones alcanzan una cobertura poblacional de 87.300.000 en todo el territorio nacional. La estrategia de Salud de la Familia también cuenta con 220.000 Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y 15.617 Equipos de salud Bucal (ESB). Se estima que el Programa Salud de la Familia ha alcanzado 47% de la cobertura poblacional nacional.⁵²

Todavía son frágiles los mecanismos de referencia entre los niveles de atención, siendo anotado que las barreras en el acceso a los servicios especializados pueden comprometer la integralidad, dirigiendo la propuesta hacia la focalización en poblaciones de baja renta⁵³.

A pesar del gran número de estudios de evaluación, los resultados de la implantación de este programa son controversiales. En lo que respecta al desempeño, la estrategia tiende a favorecer un trabajo territorializado, con participación en actividades en la comunidad y buenos resultados en la cobertura de acciones programáticas⁵⁴. Tanto en el interior como en la capital de Sao Paulo, las dimensiones con las que los usuarios estaban más satisfechos eran la puerta de entrada, el vínculo y los profesionales^{55,56}

Los análisis acerca de la ESF en grandes centros muestran obstáculos derivados del patrón de desenvolvimiento urbano y del fuerte proceso de crecimiento de *favelas* (barrios pobres del Brasil) con necesidad de acciones intersectoriales sinérgicas frente a las situaciones extremadamente precarias. A estas situaciones se añaden problemas sectoriales por la existencia de sistemas municipales de bajo grado de eficacia y sostenibilidad en la gestión y problemas de financiamiento como consecuencia de la política transferencia de recursos, con la violencia urbana

repercutiendo en el cotidiano y en la rotación de los equipos.⁵¹

Los estudios relatados demuestran que existen numerosos problemas que comprometen la situación de la atención primaria como puerta de entrada preferencial, de ofrecer cuidados integrales y coordinar la atención a diferentes niveles del sistema de servicios de salud. Tales dificultades contribuyen para un cuidado poco resolutivo, lo que causa una gran inquietud en los gestores municipales de salud, principales responsables por la oferta de cuidados en este nivel de atención.

Un estudio realizado en diez municipios brasileños con población por encima de 100.000 habitantes reveló que la Estrategia de Salud de la Familia potenció avances en la incorporación de nuevas prácticas profesionales en la atención primaria, en la creación de vínculos entre el equipo de salud y las familias inscritas, y en algunas ciudades estudiadas, como por ejemplo Vitoria da Conquista (BA), se verificó el fortalecimiento de la atención primaria como puerta de entrada del sistema de salud local. Se observó además que la ampliación de la extensión de la cobertura de atención básica al favorecer el acceso también amplió la presión de la demanda por atención secundaria. La Estrategia de Salud de la Familia aún no presenta mejorías en la comunicación entre los profesionales de la atención básica y especialistas, servicios de urgencias y emergencias. La falta de recursos financieros de los municipios, asociada a la carencia de servicios públicos municipales de mediana y alta complejidad y la baja capacidad de gestión local se configuran como factores limitantes para el establecimiento de la atención primaria como puerta de entrada.⁵⁷

Experiencias con Consorcios Intermunicipales han venido creciendo en el país, especialmente a partir de la aprobación presidencial de la Ley n.11.107 (de 06/04/2005), favoreciendo nuevas soluciones en gestión pública.⁵⁸ El consorcio se ha configurado como una alternativa de cooperación intergubernamental para el desarrollo conjunto de acciones y de servicios, principalmente aquellos de mayor densidad tecnológica^{58,59}, y han posibilitado mayor sostenibilidad de las sociedades locales, funcionando como mecanismo de inducción para la consolidación de una política de regionalización.⁵⁹

Diversos municipios brasileños han enfrentado el desafío de superar los efectos de la fragmentación que persiste en la red de servicios de salud del SUS. En

el municipio de Niteroi, en el Estado de Río de Janeiro, la estrategia del gestor municipal fue invertir en reformas para aumentar la complejidad de algunas unidades básicas convencionales, transformando su perfil asistencial e implantando servicios estratégicos compartidos. Estas reformas culminan en una nueva forma de organización de la red de servicios de salud, con la formación de Policlínicas de Especialidades y Comunitarias, y la Central para Marcar Consultas y Exámenes (*Central de Marcação de Consultas*) que asociada a la Central de Internaciones Hospitalarias (*Central de Internações Hospitalares*) fortalecieron la jerarquización y la integralidad de las acciones.⁶⁰

En el municipio de Belo Horizonte, en el estado de Minas Gerais, uno de los grandes centros urbanos donde se identifican las mayores tasas de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia, la Secretaria Municipal ha procurado integrar una red diversificada y fragmentada de servicios de salud colocando en práctica el “Proyecto Salud en Red”. A partir de la incorporación de tecnologías de información, el proyecto creó la historia clínica electrónica para calificar el atendimento en salud, integrando las informaciones sobre la atención realizada en los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud municipal. El sistema tiene como objetivo el trabajo asistencial y está organizado en función del atendimento que será proporcionado al usuario, disponiendo de funciones que procuran innovar tanto en los aspectos del proceso de trabajo cuanto en los procesos de gestión, y al uso de herramientas para la planificación y el monitoreo de las acciones de salud*.

En este sentido, el municipio de Curitiba, en el estado de Paraná, ha invertido en el fortalecimiento de la atención primaria como puerta de entrada al sistema. A lo largo de los años varios gestores municipales dieron continuidad a esta política, lo que ha contribuido para el avance de las siguientes iniciativas: desarrollo de herramientas tecnológicas para agilizar el atendimento, entre ellas la adopción de una tarjeta personalizada del usuario e historia clínica electrónica, inversión en la formación y capacitación de profesionales para trabajar desde la perspectiva de la estrategia de salud de la familia, y la adopción del sistema de gestión por resultados como instrumento para el cumplimiento de metas y estructuración de la atención básica con creación de protocolos y organización de la red integrada de atención a

* Informaciones disponibles en la página de la Secretaria Municipal de Salud de Belo Horizonte relacionadas al BH Vida. Dirección electrónica: www.pbh.gov.br/smsa

la salud **.

Entre las acciones del Ministerio de Salud focalizadas en la reorientación del modelo de atención a la salud se destacan iniciativas que procuran causar impacto en la formación de los profesionales de salud. El gobierno federal ha incentivado transformaciones del proceso de formación a través de algunas acciones: el Programa Nacional de Reorientación de la Formación en Salud (PRO-SALUD), la formación de la Red Multicéntrica de Especialización en Salud de la Familia (Red MAES) e incentivos financieros para las instituciones de enseñanza para la oferta de becas para residencias multiprofesionales en salud y residencias médicas focalizadas en la medicina familiar y comunitaria.⁶¹

✓ *La experiencia de la Misión Barrio Adentro – Venezuela*

Venezuela tiene tradicionalmente un sistema de salud que se puede caracterizar como segmentado, con baja coordinación y definición de funciones entre los tres subsectores: público, seguro social y privado. Existen pocas informaciones recientes sobre la cobertura total de la población. Un estudio realizado por la OPS en 2004 considera que es insuficiente y amplios grupos poblacionales tiene un acceso bastante restringido.⁴⁰

Frente a este cuadro el gobierno venezolano viene invirtiendo en la conformación de un Sistema Público Nacional de Salud de responsabilidad del Estado, principalmente a través de la integración de recursos fiscales y de aportes obligatorios de la seguridad social. La estructura del nuevo Sistema Público está organizada a partir de un sistema de red de servicios de salud y niveles de atención, con el objetivo de crear un sistema único de salud⁴⁶. Siguiendo esta nueva lógica, han sido implementadas medidas con el objetivo de reorientar el modelo de atención entre los que se destacan la Misión Barrio Adentro iniciada en 2003.

Se pretende fortalecer la capacidad de resolución de la red de ambulatorios de atención primaria mediante la implantación, consolidación y extensión de “Consultorios Populares” que deben funcionar como un núcleo gestor de la salud integral. Estos cuentan con un equipo de salud compuesta por un médico, un

** Informaciones disponibles en la página de la Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Dirección electrónica: <http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm>

enfermero y un promotor social, que atiende las necesidades de salud de aproximadamente 250 familias en un área geográfica determinada, funcionando 24 horas por día. Los consultorios populares también ofrecen servicios de odontología y oftalmología. Junto con las acciones curativas el equipo de salud desarrolla acciones de promoción y prevención de salud. Este es el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud y constituye la etapa previa obligatoria de atención (con excepción de las situaciones de urgencia) para se produzca la atención secundaria y terciaria, articulándose inclusive a una red de farmacias populares.

Aunque se encuentra en proceso de consolidación, la Misión Barrio Adentro se ha expandido en todo el territorio nacional para ampliar el acceso y calificar la atención a nivel primario de atención, especialmente en las áreas urbanas y rurales. El programa presenta fuertes componentes de participación social, acción intersectorial interdisciplinaria. El Instituto Nacional de Estadística ha señalado que existe un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios con los servicios prestados por los Consultorios Populares. Apunta que hubo un incremento de las visitas a los Centros de Salud, del acceso a las consultas médicas y a la realización de las prácticas preventivas.^{40,46}.

3.2.3) La atención primaria en sistemas con una universalización incompleta con base municipal

✓ La experiencia de Colombia: la gestión municipal de la integración

En Colombia, en 1993, fue creado un “Sistema General de Seguridad Social en Salud (GSSS)” con la finalidad de aumentar la cobertura a través de un régimen contributivo y otro subsidiado. Se crearon dos Planos Obligatorios de Salud (POS): uno para el régimen contributivo y otro para el subsidiado, los cuales deberían en el futuro tener coberturas semejantes. Las Entidades Promotoras de Servicios (EPS) son responsables por la prestación de los servicios de salud y deben componer un conjunto de servicios de salud tales como hospitales, consultorios y centros de salud.

En el 2001, aproximadamente 26% de la población estaba afiliada al régimen

subsidiado, 30% al régimen contributivo y 44% permanecían sin afiliación⁶¹, sin que suceda la unificación prevista en los planes de beneficios. Actualmente las principales dificultades residen en la permanencia de esa importante brecha de cobertura con desigualdad en el acceso, asociada al incremento de los gastos sin aumento de la eficiencia.^{62,63}

Los gobiernos departamentales y municipales han procurado garantizar algunas acciones intersectoriales para mejorar el acceso de la atención integral a la salud. Estos cambios parecen ser posibles, aunque que se reconozcan las debilidades de los gobiernos locales que no acumularon fuerza suficiente para alcanzar cambios profundos en las políticas sociales y de salud del país.⁶⁴

El gobierno de Bogotá, en el ámbito del Plan “Bogotá sin Diferencias”, desarrolló el programa “Salud a su Hogar”, una estrategia basada en la atención primaria de salud, con un enfoque familiar y comunitario, que tuvo como objetivo mejorar la protección social de la población y garantizar el derecho a la salud, a pesar de las restricciones impuestas por la lógica del SGSSS.

La estrategia Salud a su Hogar se construye con base en el trabajo interdisciplinario que organiza la atención a nivel primario con enfoque familiar y comunitario para la población de un determinado territorio. El programa está dirigido para cubrir familias de los estratos 1 y 2 del plan de aseguramiento. Se ha preocupado en desarrollar estrategias de gestión que favorecen la articulación de la Entidad Territorial con el Asegurador y el Prestador, buscando intereses comunes y potencializando resultados en salud, así como articular el POS y el Plan de Atención Básica (PAB), para así proporcionar la integralidad de las acciones, a través de contratos y la acción intersectorial en territorios específicos.⁴⁰

Aunque la estrategia tenga como objetivo fortalecer la atención primaria, es frágil su capacidad de integración y coordinación en la relación con los otros niveles de atención. La tabla 1 sintetiza las principales características de los sistemas analizados.

TABLA 1 - Características de los sistemas de salud de la APS en países seleccionados de América Latina

APS COMO PUERTA DE ENTRADA Y EJE ESTRUCTURANTE DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD				
CARACTERÍSTICAS/ PAÍS	BRASIL	CHILE	COSTA RICA	VENEZUELA
Tipo de Sistema	Sistema Único de Salud Planos/seguros privados suplementarios	Sistema Nacional de Servicios de Salud - SNSS Seguro de Salud Público-FONASA Seguros Privados ISAPRE	Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) Sistema privado residual	Seguro social: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Sector Privado
Acceso/ Cobertura	Universal Doble cobertura (público + privado)	Universal segmentado Capacidad de pago - vinculación al tipo de plan	Universal Mecanismos de solidaridad para contribuciones/beneficios	Segmentado Sistema en reforma con objetivo de alcanzar integración e universalización a partir de la constitución de Sistema Nacional Público de Salud (SNPS)
Financiamiento	Recursos fiscales (Gobernos Federal, Estatal y Municipal) Seguros Salud privados Pago directo	Contribuciones (público, privado) Impuestos Co-pagos Pago directo	Seguro Público: Contribuciones sociales específicas Pago directo	Recursos fiscales Contribuciones sociales Pago directo
Regulación/ Gestión	Ministerio de Salud con Estados y Municipios	Ministerio de Salud (MINSAL) SNSS - gestión de la red de servicios de salud a cargo de la Sub Secretaria de Redes Asistenciales; Gobiernos locales administran APS, algunos con recursos propios	Ministerio de Salud CCSS	Con la creación de SPNS el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) será el regulador
Organización/ Gestión de la APS	Red pública APS puerta de entrada preferencial; Referencia para otros servicios de salud; Mix de acciones selectivas/abarcadoras; Piso de Atención Básica: financia conjunto de acciones en APS; Salud de la Familia: enfoque familiar y comunitario, equipo	Mix público/privado Servicios regionales (públicos o privados); Modalidad Institucional: territorialización/vinculación; Puerta de entrada; Referencia para otros servicios/niveles de atención; APS – consulta médica individual (consultorios municipales);	CCSS compra servicios de entes públicos y privados (pagos per capita/anual); Población inscrita; Puerta de entrada; Referencia para otros servicios; Regionalización: Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud, servicios especializados y hospitales;	Público/privado Sector privado – atención médica curativa; Sector público - pretende organizar la atención de forma regionalizada y jerarquizada por niveles de atención, integrando instituciones de MPPS y de IVSS; Programa Barrio a Dentro: atención organizada con base

	multidisciplinar, acciones intersectoriales.	Minsal define las acciones de APS realizadas en los municipios; Centro de Salud Familiar: Enfoque familiar y comunitario. Modalidad Libre Elección: elección de la institución y del médico es libre ISAPRE Cobertura explícita – depende del plano escogido	Atención organizada por Programas de Atención Integral a la Salud.	en la atención primaria, siendo los Consultorios Populares el primer nivel de atención (puerta de entrada).
Problemas/ Tendencias	A pesar del sistema único y universal, es la población de menor renda que accede prioritariamente al SUS; Problemas en la integración de la APS con los otros niveles de atención; APS es puerta de entrada de preferencia; Insuficiente regionalización del sistema de servicios; Distribución desigual de los recursos entre las regiones/localidades.	Segmentación – doble administración de la APS; Lista de espera en los servicios especializados.	Organización de la atención se concentra en el Ministerio de Salud y CCSS; Participación limitada de los niveles subnacionales en la gestión/organización de atención; Distribución desigual de los recursos financieros entre áreas geográficas.	Todavía permanece segmentado; Ampliación de la cobertura por nuevo modelo asistencial de APS.
APS SELECTIVA INTEGRADA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL				APS EN SISTEMAS CON UNA UNIVERSALIZACIÓN INCOMPLETA CON BASE MUNICIPAL
CARACTERÍSTICAS/ PAÍS	BOLÍVIA	EL SALVADOR	NICARÁGUA	COLÔMBIA
Tipo de Sistema	Público (Ministerio) Seguro Social (varios) Privado	Público (Ministerio) Seguro Social Privado	Público (Ministerio) Seguro Social: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) Privado	Seguro Nacional de Salud Régimen: Contributivo; Subsidiado; Vinculado (público). Privado
Acceso/ Cobertura	Segmentado Selectivo y focalizado	Segmentado Selectivo y focalizado	Segmentado Selectivo y focalizado	Segmentado Selectivo/Focalizado

	Seguro Universal Materno Infantil	Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición	Fondo de Maternidad y Infancia Segura	Plan de Atención Básica de cobertura universal
Financiamiento	Impuestos Contribuciones – seguro social y sector público Ayuda Internacional (ONGs) Pagos directos Seguro privado	Impuestos Contribuciones – seguro social Pagos directo Ayuda Internacional	Impuestos Contribuciones INSS Pago directo Subsidios cruzados del sector público al INSS	Contribuciones Impuestos Pagos directos
Regulación/ Gestión	Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Protección Social Departamentos
Organización/ Gestión de la APS	Múltiples proveedores: ONGs, seguros sociales, iglesias y proveedores privados; APS - Paquete Básico de acciones de promoción, prevención y curativas para mujeres embarazadas y niños hasta cinco años de edad.	Los servicios de salud están provistos por el MS, seguros sociales, ONGs, servicios privados, parteras; Programas de extensión de cobertura en APS; Prestación de paquete básico de acciones para mujeres y niños MS contrata ONGs que financian red de servicios compuesta por promotores de salud y Equipos Itinerantes de Salud.	INSS tiene red propia de servicios de salud; Empresas Médicas Previsionales públicas y privadas; Centros de salud de atención primaria con médicos y sin médicos; Centros de salud se apoyan en el trabajo de la red de voluntarios; Paquetes básicos priorizan mujeres y niños; Empresas Medicas Previsionales, inclusive ONGs son prestadores de servicios; SILAIS - Sistemas locales de atención integral la salud ofrecen servicios limitados.	Mix público/privado Entidades Promotoras de Salud son responsables pela prestación de los servicios de salud previstas en el Plan de Atención Básica; Gobiernos locales buscan garantizar algunas acciones para mejorar el acceso integral a la salud con énfasis en APS.
Problemas/ Tendencias	Segmentado sin coordinación Baja cobertura APS selectiva y focalizada	Segmentado sin coordinación APS selectiva y focalizada	Segmentado sin coordinación APS selectiva y focalizada	Sistema de salud Segmentado APS selectiva Desigualdad en el acceso

Fuentes: Mesa-Lago⁴, Cepal⁴⁰, Herrera⁴¹, Conill⁴⁸, Ministerio da Saúde (Brasil)⁵², Ministerio de Salud (Chile)⁴⁷, Ministerio de Salud (Costa Rica),; Ministerio de Poder Popular para la Salud (Venezuela)⁴⁶ ..

4 INTEGRACIÓN DE LA APS EN EL SISTEMA DE SALUD EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA

4.1 Características generales de los modelos de protección social y de las reformas de atención primaria

En el año 2007, 27 países hacen parte del bloque geo-político y económico constituido inicialmente por seis miembros fundadores - Alemania, Bélgica, Países Bajos, Francia, Italia y Luxemburgo bajo la denominación de Comunidad Económica Europea. Gradualmente, los siguientes países fueron incorporados: Dinamarca, Irlanda, Reino Unido, Grecia, España, Portugal, Austria, Finlandia, Suecia, República Checa, Chipre, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Bulgaria y Rumania⁶⁵. Los sistemas de salud europeos pueden ser agrupados en dos grandes modelos de protección: seguros sociales de contratación obligatoria financiados por contribuciones de los trabajadores asalariados regulados por el Estado, y servicios nacionales de salud financiados con recursos fiscales^{*}. Aunque en los seguros sociales el acceso puede estar condicionado al tipo de contribución, gradualmente, se fueron expandiendo con convergencia de derechos, sin segmentaciones importantes en las coberturas asistenciales en esos países.

En esta modalidad la prestación de servicios es realizada, en general, por un *mix* de prestadores públicos y privados con una diversidad de arreglos organizacionales⁴⁸. Los países de Europa del Este cambiaron del sistema soviético (Semashko) de servicios nacionales de planificación centralizada para la forma de seguros sociales con pluralismo de agentes bajo diversos grados de regulación estatal. La existencia de servicios orientados por la APS es considerado como un criterio favorable para el ingreso de estos países en la Unión Europea (EU)^{68:27}

Los servicios de salud de los países de Europa Occidental fueron objeto de sucesivas reformas a partir de la década de 1980. En este periodo, aunque el enfoque

* La implantación del *Nacional Health Service (NHS)* en Inglaterra tuvo como referencia un célebre Informe enfatizando la importancia de las políticas sociales para el desarrollo económico divulgado en 1942, escrito por Sir William Beveridge, por esto, el modelo de servicio nacional de salud es, a veces, denominado "beverigiano" y el oriundo del seguro social es considerado "bismarckiano" por haber sido concebido por el canciller alemán Otto Von Bismarck a finales del siglo XIX e implantado en Alemania en 1883.

haya privilegiado el control de gastos en lugar de las necesidades, no hubo un retroceso importante en los principios de protección social que predominan en estos sistemas: cobertura universal, base solidaria de financiamiento, responsabilidad pública por la provisión (directa o no) de servicios y el control estatal sobre el funcionamiento del sistema. Al discutir el impacto de las reformas europeas en la equidad, Saltman demostró que aquellas que apostaron en mecanismos innovadores de reorganización de la oferta fueron más exitosas que aquellas que privatizaron la demanda.²¹

Dos estudios realizados con datos de países de la *Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD)* evaluaron los resultados de sistemas orientados por los principios de la APS y traen informaciones interesantes sobre la UE. El costo de los servicios es menor en aquellos que presentan un *score* elevado para APS²⁸ con un mejor desempeño en relación a indicadores de mortalidad (años potenciales de vida perdida para causas específicas), efecto que se mantiene incluso cuando son controlados los determinantes económicos, demográficos, de oferta de recursos y de estilos de vida⁶⁷.

Las variables utilizadas para elaborar ese *score* fueron los atributos de la atención primaria desarrollados por Starfield⁶ (acceso, vínculo, puerta de entrada, integralidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria) junto a otros aspectos referentes al sistema de salud, tales como, la regulación de la distribución de los recursos, el tipo de financiamiento y las características del profesional médico en la APS. La coordinación fue medida a través de la existencia de un sistema para compartir informaciones. Presentaron *scores* por encima de la media en el grupo analizado para el año base 1995, por orden decreciente: Reino Unido, Dinamarca, España, Países Bajos, Italia, Finlandia, Noruega y Suecia.

El análisis permite observar la tendencia de esa política en las últimas tres décadas notándose que no hubo un incremento significativo en las puntuaciones a lo largo del tiempo: países con buen desempeño en 1970 se mantuvieron así en las siguientes décadas, con un cambio favorable para el caso de España⁶⁷.

El financiamiento por fuentes fiscales parece ser una de las características asociadas a una mejor orientación de la APS. Una excepción son los Países Bajos, cuyo sistema está basado en seguros, pero existen pocas barreras de acceso, con regulación en la distribución de estos servicios y médicos de familia en la puerta de entrada. A pesar de esto, si el financiamiento es un factor preponderante en la

implementación de esta política, también es uno de los más difíciles a ser modificado, junto con la distribución geográfica de recursos y la implantación de listas de pacientes. Entretanto, importantes fragilidades identificadas en la coordinación y orientación comunitaria podrían ser enfrentadas por las reformas.

En parte, estos resultados coinciden con el mapeamiento de la atención primaria realizado por Boerma y Dubois⁶⁶ que sintetizaron datos sobre recursos e informaciones de estudios sobre el perfil de la práctica del médico general en treinta y dos países europeos. Las reformas de los años de 1990 impulsaron la transferencia de cuidados hospitalares para el nivel ambulatorio sin una transferencia de recursos compatible con estas nuevas funciones (o hasta su disminución). El número de médicos generalistas por 1000 habitantes es muy desigual entre los países, permaneciendo estable desde 1990-2002. En el 2002, esa relación era mejor en Austria, Bélgica, Finlandia y Francia, manteniéndose la brecha salarial desfavorable para los médicos generalistas. Al analizar el perfil de las prácticas se enfocan el primer contacto, la cartera de servicios, la existencia de trabajo en equipo y cooperación, la disponibilidad de equipos y la satisfacción. La continuidad de la atención (en el tiempo y en el sistema) es medida a través de la realización de visitas a hospitales, horas extras y existencia de historias clínicas.

Hay una gran diversidad entre esos aspectos y ningún país presenta un buen desempeño en todos esos ítems. Se confirma la relación entre la figura del *gatekeeper* o de la existencia de un sistema formal de referencia y el financiamiento por fuentes fiscales. Todavía en los locales donde los médicos generalistas ejercen esta función, parecen estar menos satisfechos. En España y en Italia se ha referido la realización de una gama restringida de acciones, siendo el uso de las historias clínicas inferior al conjunto, habiendo predominado el trabajo en equipo y la cooperación en el Reino Unido, Finlandia, Portugal y Suecia. La mejor oferta de equipos para la práctica fue encontrada en los Países Bajos, en Alemania, Reino Unido y en los países Nórdicos.

Los autores concluyen que la forma de financiamiento y la organización del sistema de salud tienen gran influencia en la prestación de los servicios de APS, resaltando algunas posibilidades que pueden ser consideradas:

- ✓ La presencia obligatoria del médico generalista en la puerta de entrada es útil al papel de coordinación, con todo, este sistema no puede ser rígido. Algunos países estudian formas más flexibles para enfrentar las

enfermedades crónicas, por ejemplo;

- ✓ El registro de pacientes en una lista bajo responsabilidad del clínico general favorece la coordinación y la continuidad, pero debe ser acompañado de un sistema de información extenso y el profesional necesita establecer una comunicación con otros niveles de cuidado y con otros profesionales;
- ✓ El modo de contratación y pago debe equilibrar la responsabilidad sin incentivar tratamientos desnecesarios. Los profesionales liberales tienden a ser más activos que los asalariados tanto en relación al número de horas trabajadas como a la gama de servicios que realizan. Las actividades preventivas exigen, en general, incentivos que deben ser asociados a las formas de capitación.
- ✓ El número creciente de actividades delegadas hacia el nivel primario requieren recursos y capacitación, viendo que la práctica en grupo es, en general, más eficiente;
- ✓ La informatización de las historias clínicas es útil no solo para la coordinación y la continuidad, sino también para el triaje y el seguimiento de pacientes, para la epidemiología y la investigación.

Las tablas 2 y 3 presentan un panorama de las características de atención primaria por tipo de sistema de salud en algunos países de la Unión Europea, reuniendo informaciones de estos y otros trabajos⁶⁶⁻⁶⁸. Es importante anotar algunas diferencias entre *scores* de la APS (obtenidos por opinión de *experts* y fuentes secundarias) y las informaciones conferidas por los médicos generalistas en lo que se refiere a los países como Italia, Suecia y Portugal. En los dos primeros las puntuaciones elevadas no coinciden con el perfil de prácticas, al contrario de lo que ocurre en Portugal. A pesar de que esto pueda ser consecuencia de un *score* compuesto, se debe tener en cuenta la diferencia de enfoques metodológicos y la complejidad de los estudios comparativos.

TABLA 2 – Características de la Atención Primaria en Servicios Nacionales de Salud, Unión Europea, década de 1990

Países	Profesional/ Tipo de Unidad*	Inscripción/ "Gatekeeper"	Equipos** (disponibilidad)	Pagos*	GP/MD* (%)	Equipe/** Colaboración	Satisfacción** De los GPs	Score de APS*** > Media
Dinamarca	GP/Grupo	SI	++++	Capitación/US	25	++	+	SI (18)
España	GP/pediatra	SI	+++	Salario	37	++	+++	SI (16,5)
Finlandia	GP/CS	NO	++++	Salario	37	++++	+	SI (14)
Grecia	GP/CS	NO	++	Salario/US	...	+++	+	No (4)
Italia	GP/Pediatra consultorio	SI	++	Capitación	26	+	+	SI (14)
Portugal	GP/CS	SI	+	Salario	23	++++	+	NO (7)
Reino Unido	GP/Grupo	SI	++++	Capitación/US	60	++++	+	SI (19)
Suecia	GP/CS	NO	++++	Salario	10	++++	++	SI (11.5)

Fuente: * Giovanella⁶⁸; ** Boerma, Dubois⁶⁶ (valoración nuestra); *** Macinko, Starfield, Shi⁶⁷ score para el año 1995, promedio 9.5, desvío padrón 5.51
CS: Centro de Salud; GP: General Practitioner; US: Unidad de Servicio (fee for service). MD: total de médicos

TABLA 3 – Características de la Atención Primaria en Seguros Sociales, Unión Europea, década de 1990

Países	Profesional/ Tipo de Unidad*	Inscripción/ "Gatekeeper"	Equipos** (disponibilidad)	Pagos*	GP/MD* (%)	Equipo/** Colaboración	Satisfacción** de los GPs	Score de APS*** > Media
Alemania	CP/especialista/ consultorio	NO	+++	US	22	++	++++	NO (3)
Bélgica	GP/Consultorio	NO	++++	US	46	+	++	NO (4)
Francia	GP/Especialista Consultorio	SI	+++	US	54	++	+++	NO (2)
Países Bajos	GP/Grupo	SI	++++	Capitación/US	33	++	+	SI (15)
Irlanda	GP	SI (paciente Baja renda)	++++	Capitación	42	++	+++

Fuentes: * Giovanella⁶⁸; ** Boerma, Dubois⁶⁶ (valoración nuestra); *** Macinko, Starfield, Shi⁶⁷ score para el año 1995, promedio 9.5, desvío padrón 5.51.
CS: Centro de Saúde; GP: General Practitioner; US: Unidad de Serviço (fee for service). MD: total de médicos

Las reformas pro-coordinación en países de la UE en la década de 1990, confirman la diversidad de configuraciones existentes en el primer nivel de atención⁶³. Las estrategias de integración pueden ser sintetizadas en tres grupos: aumento de poder de la APS sobre los demás niveles a través de la coordinación o compra de servicios, incremento del rol de actividades a través de la transferencia de funciones o cambios en las condiciones para el ejercicio de este nuevo papel (formación, sistemas de información).^{36, 68}

La posibilidad de ejercicio de la coordinación por el médico generalista y su credibilidad frente a los pacientes y otros prestadores son apuntadas como fundamentales en el fortalecimiento de la APS (la función de referencia confiere poder al médico generalista frente al especialista). En los servicios nacionales, donde la tradición del “*gatekeeper*” es más antigua (Reino Unido, Dinamarca) las asociaciones profesionales son más fuertes y se constituyeron como aliados de los gestores en la implementación de los cambios. Estos cambios tuvieron más éxito que aquellos realizados en los países con seguro social donde hubo una fuerte oposición de los especialistas (Francia y Alemania). En estos países, en general, las asociaciones de profesionales de atención primaria eran frágiles, los seguros estuvieron poco interesados y la legislación fue dudosa o reconciliadora. Por ejemplo, en Francia se creó la figura del “*médècin traitant*”⁷ de libre elección y sin la obligatoriedad de que sea un médico generalista, instituyéndose así la referencia para consultas especializadas⁶⁹.

El *NHS* británico ha sido objeto de importantes transformaciones, en una velocidad y diversidad poco habituales para la estabilidad que marcaron las primeras décadas de su apareamiento. En los años de 1980 e inicios de 1990, se estableció una lógica de mercado con estímulo a la competición entre los prestadores, bajo financiamiento y regulación estatal (el mercado interno). Con el advenimiento del gobierno laboral en 1997, se imprimió otra dirección con propuestas de trabajo basados en la colaboración entre instituciones, el involucramiento de los usuarios, evaluación y énfasis en la atención primaria a través de la organización de nuevas estructuras de gestión denominadas *Primary Care Trusts (PCTs)*.

Durante el mercado interno el principio de regionalización se quebró y las autoridades distritales empezaron a realizar contratos con hospitales y otros

servicios de atención secundaria transformados en “*trusts*”, es decir, con la responsabilidad de generar su propio presupuesto. Los *GPs* fueron también estimulados a administrar fondos para la compra directa de servicios. Existe controversia en cuanto a los resultados de esas medidas, pero el hecho es que éstas introdujeron una dinámica favorable a la atención primaria aumentando considerablemente el *status* de los médicos generalistas.

Este aspecto fue estratégicamente aprovechado en la nueva fase aunque las instituciones permanecieron como “*trusts*” es decir con responsabilidad de administrar sus recursos. La gestión local paso a ser función de los *PCTs*, a los cuales todos los *GPs* están vinculados y donde, finalmente, comenzaron a trabajar juntos las autoridades distritales responsables por las actividades de salud pública y los órganos de control de los servicios de atención primaria.

En funcionamiento desde 2002, los *PCTs* parecen estar avanzando en dirección de una integración entre los servicios, siendo la compra de cuidados especializados definida a partir de las necesidades del nivel local.⁷⁰ Fueron previstas inversiones para el periodo 2000-2010 con el objetivo de reducir los tiempos de espera para máximo 48 horas en el caso de los *GPs*, tres meses para especialistas y seis meses para cirugías electivas.⁷¹ El control del acceso es hoy central en las actividades de los *PCTs* cuyo trabajo enfrenta el desafío de promover cualidad entre una diversidad de prestadores liberales. En enero del 2006, un nuevo documento presentado al Parlamento reiteraba la continuidad de estas medidas.⁷²

Analicemos ahora más detenidamente algunas intervenciones específicas que fueron realizadas para implementar la integración en esos sistemas en el ámbito de la micro-regulación.

4.2 Integración de la APS en los sistemas de salud de la Unión Europea

Esas intervenciones predominan en el Reino Unido y tienen como finalidad enfocar la interfase entre la atención primaria y el nivel secundario, mejorando la efectividad y la eficiencia de los cuidados ambulatorios. Pueden ser agrupadas en cuatro tipos.^{73,74}

⁷ Dispensan referencia situaciones de urgencia y para especialidades de oftalmología, ginecología, psiquiatría y pediatría.

- Transferencia o sustitución de servicios médicos prestados a nivel hospitalario: cirugías ambulatorias, cuidados clínicos, aprovechamiento de médicos generalistas con intereses especiales (*General practionner with special interest (GPSI)*), alta hospitalaria con acompañamiento en la APS, acceso directo para exámenes o tratamientos hospitalarios a partir del pedido hecho por el médico generalista;
- Reorganización o cambio de flujo de pacientes para el nivel primario: organización de clínicas especializadas de hospitales en la comunidad, videoconferencias, introducción de especialistas en el equipo;
- Colaboración o gestión conjunta de casos;
- Cambios de comportamiento profesional para disminuir referencias: *guidelines*, auditorias con *feed-back*, educación, segunda opinión

Existen también intervenciones cuyo locus son los hospitales o servicios de salud mental tales como internaciones domiciliarias, el desinstitutionalizar los cuidados; o rediseño de servicios con clínicas de emergencia para dolor torácico, por ejemplo. Más que la integración, el foco de estas iniciativas es disminuir los tiempos de espera para la obtención de atención especializada, que constituye una problemática crucial en muchos sistemas de salud. Fueron evaluados los resultados de esas intervenciones tanto para los pacientes (satisfacción, situación de salud, costos) como para el sistema de salud (calidad técnica, impacto hospitalario para la APS, costos).⁷³

Se mostró efectivo el seguimiento de pacientes en la APS después del alta hospitalaria y la implementación de medidas para el aumento de la capacidad de resolución del médico generalista con acceso directo a exámenes y tratamiento. Parece ser útil el uso de médicos generalistas con intereses especiales con la creación de líneas de cuidado estructuradas en áreas críticas (ortopedia, ginecología, urología, dermatología) usando el espacio hospitalario.⁷³

La cuestión de referencia o de integración vertical fue objeto de una revisión sistemática realizada en los moldes de la metodología Cochrane.⁷⁴ Las intervenciones se dividían en educacionales, organizacionales y financieras, siendo las primeras las más numerosas. La difusión de *guidelines* acompañado de actividades con especialistas, el establecimiento de una ficha estructurada de

referencia, la expansión de acciones ofertadas en la APS (fisioterapia) y una segunda opinión interna se muestra promisorio. Tienen mejores resultados aquellas iniciativas que propician procesos de interacción entre los profesionales y en la cual los profesionales de la APS notan cambios concretos en los servicios hospitalarios en función de sus necesidades.

Estos estudios apuntan hacia las dificultades de la histórica separación entre generalistas y especialistas insistiendo en la necesidad de reconfigurar el equipo de salud y de las relaciones de trabajo desde la formación de los profesionales.

En España, un extenso documento de consenso reuniendo representantes de las Sociedades Científicas de las Comunidades Autónomas (*Proyecto AP21*)⁷⁵ analizó la situación de la atención primaria destacando aspectos relacionados a la integración horizontal, la capacidad resolutoria, la gestión y la credibilidad. Se apunta la existencia de las siguientes medidas en la dirección a incentivar la integración:

- Promulgación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Decreto Real 1030/2006) que establece una “*cartera de servicios básicos comunes*”
- El desarrollo de planes de carrera en muchas Comunidades Autónomas;
- La generalización de programas de informatización de la historia clínica y de la gestión de Centros de Salud;
- La implantación de procesos de gestión compartida entre la APS y cuidados hospitalarios.

En relación a la integración horizontal tomamos como referencia al trabajo de la *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* que a través de un *Programa de Actividades de Promoción y Prevención de la Salud (PAPPS)* genera y actualiza recomendaciones periódicas dirigidas hacia el contexto epidemiológico del país. También existen diversos modelos organizativos para la integración de los servicios de salud pública. Algunas Comunidades Autónomas integraron veterinarios, farmacéuticos y técnicos de medio ambiente en la red de atención primaria y en otras fueron creados servicios paralelos a la estructura asistencial.

El papel de la gestión en la credibilidad de la APS es crucial para dimensionar recursos, influenciar la agenda de especialistas, evitar filas y tiempos de espera,

facilitar la información y la educación continua en todos los niveles, identificar modalidades de pago y de regulación que favorezcan la autonomía pero garanticen resultados. Por ejemplo, al ser realizada la territorialización con inscripción de la clientela, se debería tomar en cuenta las características del área y la complejidad de problemas (dispersión geográfica, degradación social) con factores de corrección en la alocaión y la organización de recursos³⁰.

La importancia de la credibilidad, de la gestión y de la búsqueda por modelos que puedan ser diversificados, flexibles y negociables siempre que sean orientados por principios comunes, es también enfatizada por Saltman¹¹. Al sistematizar los resultados de los cambios en la organización, en los procesos de trabajo y en los patrones de calidad en el ámbito de las reformas en el primer nivel de atención en Europa, este autor sugiere que el papel de coordinación sea atribuido a estructuras de la APS y no únicamente a la figura del médico generalista. Tal objetivo sería realizado a través de redes integradas donde la noción de puerta de entrada puede ser redefinida. Como respuesta a la pregunta que le da título al estudio (*“Primary care in the driver’s seat?”*) concluye que una gestión orientada para la APS debe estar al volante, pero con los médicos generales en el asiento de atrás. En este sentido, el acompañamiento de las reformas realizadas en el *NHS* con la implantación de los *PCT*’s se hace particularmente interesante.

En este país y en España existe referencia sobre el control social y de mecanismos para aumentar la apropiación de los usuarios, que constituyen aliados estratégicos en la construcción de la integración. Las experiencias van desde la capacitación de pacientes con enfermedades crónicas para que puedan lidiar con sus problemas (*patient’s experts*) hasta foros y encuestas de satisfacción con metodologías participativas innovadoras⁷⁶.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la experiencia latinoamericana la integración de la atención primaria se muestra todavía un poco frágil porque históricamente se ha constituido como una acción selectiva poco articulada con otras acciones del sistema de salud. Esto refleja una tendencia de los sistemas en la región, los cuales están marcados mayoritariamente por la segmentación y fragmentación. Sin embargo, recientemente ha existido un reconocimiento y defensa de la atención primaria en su sentido abarcador e integrado como base para la organización de los sistemas de salud con iniciativas importantes en esa dirección. La discusión de la problemática de fragmentación se torna crucial para los rumbos de esta propuesta. Reformas en el sector salud están en curso y muchas todavía no alcanzaron los resultados esperados. Sin embargo, es innegable que uno de los resultados más significativos de estos procesos ha sido la expansión de la cobertura del acceso a los servicios en el nivel primario. Inclusive en las experiencias que reducen este acceso a un conjunto de acciones seleccionadas es posible identificar movimientos innovadores. En algunas de estas experiencias y en los sistemas públicos mejor consolidados, las características multidisciplinarias de los equipos de salud y la base municipal de las acciones favorecen el desarrollo de las acciones intersectoriales y de promoción de la salud. En América Latina parecen ser fértiles las iniciativas de integración horizontal.

En la Unión Europea, el patrón de protección social garantiza una cobertura prácticamente universal a través de seguros públicos o servicios nacionales de salud. A pesar de esto, existen problemas de fragmentación en los servicios, mostrando ser ese un tema de interés común. En la década de 1990 fueron implementadas reformas organizacionales pro-coordinación, lo que sugiere la existencia de un movimiento favorable a la difusión de una política de atención primaria más abarcadora. El gran número de intervenciones que pretenden fortalecer la integración de la APS con el nivel de cuidados especializados (la integración vertical) ofrece aspectos interesantes para ser observados, teniendo en cuenta la enorme fragilidad de esa cuestión en los sistemas de salud latinoamericanos.

En el análisis de la configuración de los sistemas de estos países, el financiamiento por fuentes fiscales se afirma como una de las características asociadas a un buen desempeño de las propiedades de la atención primaria, y los sistemas que se guían por estos principios presentan mejores resultados en salud. La búsqueda por modelos que puedan ser diversificados, flexibles y negociables, orientados siempre por principios comunes, es enfatizada en las experiencias de integración en la APS en la Unión Europea así como también la importancia de la gestión tanto en la capacidad resolutoria como en la legitimación de estos servicios.

Intereses sociales y económicos presionan el consumo de tecnologías, siendo que los derechos de acceso y de cobertura expresan el resultado de la negociación de reglas pactadas en cada sociedad en función de esas demandas. Pero la posibilidad de que los principios formulados en las políticas se conviertan en prácticas efectivas en los servicios depende en gran parte de las actividades de gestión, que cumplen un importante papel de mediadores entre el nivel macro y el nivel micro social.

En la reflexión de esta problemática es necesario articular tres niveles de análisis destacando acciones que predominan en cada uno de ellos. La figura 3 (Anexo II) nos muestra la representación del modelo analítico propuesto. Así, a nivel macro-social se producen decisiones que establecen reglas que inciden en la segmentación de los sistemas y en la fragmentación de los servicios con diversos grados e intensidad. Tales decisiones se refieren a los derechos de acceso, las coberturas, al financiamiento y la macro regulación, entendida aquí de manera amplia (políticas de información, planificación, evaluación, desarrollo de recursos humanos, científico y tecnológico).

En el nivel intermedio, o nivel meso, se localiza un conjunto de actividades de soporte necesarios para el adecuado desempeño de las prácticas de salud. En este nivel es importante observar no solamente las decisiones, pero principalmente la implementación de mecanismos operativos importantes para el ejercicio de la coordinación por la APS. El abordaje de los aspectos que se refieren a la interacción de profesionales y usuarios, es decir a nivel micro social, escapan del objetivo de este estudio. Constituyen un campo de investigación importante teniendo en cuenta las interacciones entre estos niveles y las influencias negativas que el desempeño inadecuado de los servicios acarrea para el trabajo de cuidar y para los resultados en salud.

Los factores organizacionales identificados como centrales para la integración de la APS en los sistemas de salud en la revisión que realizamos pueden ser sistematizados en cuatro grupos: flujo de los usuarios en los servicios, soporte tecnológico y formación, comunicación e información y regulación profesional. Se conforman así campos prácticos de conocimiento y experiencia alrededor de los cuales se puede pensar actividades de intercambio técnico en esta área temática. Esto comprende el reordenamiento del flujo de atención con territorialización, la puerta de entrada y el sistema formal de referencia; la garantía de soporte tecnológico con educación continua para facilitar respuestas que propicien la creación de vínculo y legitimidad en la utilización de los servicios a este nivel.

Recordemos las observaciones de Gervás et al.³⁰ para quienes en la APS responder no significa resolver, pero sí proponer los mejores caminos de acción asegurando la continuidad. La capacidad de adaptación a las necesidades no depende apenas del trabajo clínico y sí del conjunto de la red y del desarrollo de formas innovadoras de gestión que favorecen la coordinación.

Admitimos, sin embargo, que los factores y niveles de análisis sugeridos deben ser contextualizados a luz de las particularidades de cada sociedad y de la dinámica de convergencias y divergencias que caracterizan los sistemas de servicios contemporáneos conforme lo sugieren estudios comparados en salud. Por un lado, cada sistema es único, siendo resultado de la historia y de los valores de cada país, del desarrollo económico y social y de la capacidad que cada gobierno tiene para implementar políticas sociales. Por otro lado, los servicios, reciben e incorporan influencias universales en el campo tecnológico y en el campo de la información que se difunden cada vez más rápido y enfrentan desafíos determinados por cambios demográficos y epidemiológicos. Junto con eso, los organismos internacionales tienden a crear consensos en torno de políticas que, en general, ejercen presiones más evidentes sobre los países en desarrollo. Uno de los aspectos importantes de la metodología comparada es mostrar la importancia que tiene el conocer diferentes experiencias para reflexionar sobre su utilidad, teniendo siempre en mente la imposibilidad de la importación mecánica de cualquiera de sus elementos para contextos socialmente distintos.

REFERENCIAS

- 1 Kleczkowski B, Roemer M, Ven Der Werff A. Sistemas nacionales de salud y su orientación hacia la salud para todos, pautas para una política. Cuadernos de Salud 77, Ginebra: OMS; 1984.
- 2 Frenk J, Londoño JI, Knaul F, Lozano R. Los sistemas latinoamericanos en transición: una visión para el futuro In: Bezold C, Frenk F, McCarthy S, editores. Atención a la salud en América Latina y Caribe en el siglo XXI: perspectivas para lograr salud para todos. México, D.F; Institute for Alternative Futures; 1998. p.119.156.
- 3 Almeida C. Equidade e reforma setorial na América latina: um debate necessário. Cadernos de Saúde Pública 2002; 18(supl):23-36.
- 4 Mesa-Lago, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago del Chile, CEPAL, Documentos de Proyectos, Diciembre del 2005 [cited 2007 mai. 26]. Available from: [http://www.eclac .cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/24058/P24058.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.sl&base=/tpl/top-bottom.xslt](http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/24058/P24058.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.sl&base=/tpl/top-bottom.xslt).
- 5 Seedhouse D. Reforming health care. The Philosophy and practice of internacional health reform Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
- 6 Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
- 7 Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, AlmaAta, URSS, 6-12 de setembro de 1978, Brasília, UNICEF, 1979..
- 8 Organização Panamericana de Saúde(OPS). Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de saúde/OMS. Brasília: OMS; 2005.
- 9 Magnussen LEJ, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. Health Affairs 2004; 23 (3): p.167-176.
- 10 Rothman AA, Wagner EH. Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? Annals of Internal Medicine 2003; [cited 2004 ago 17] 138(3): 256-61. Available from: <http://www.annals.org/cgi/content/full/>. Acesso em ago. 17 2004.
- 11 Saltman RB, Rico A, Boerma W, Editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006.
- 12 Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care, a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care, International Journal of Integrated Care, 2001 Jun; 11(1)[cited 2007 5 mai]. Available from: [//ijic.org](http://ijic.org).
- 13 Meads G, Iwami M, Wild A. Transferable learning from international primary care developments. Int J Health Plann Mgmt 2005; 20:253-67.

- 14 Sen A. Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Publica/OPAS 2002; 11(5/6): 302-9.
- 15 Fleury S. Estados sem cidadãos - seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
- 16 Freeman R, Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana ALCDA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 45-64.
- 17 Ferrera M, Rhodes M. Recasting European Welfare State. London: Frankcass; 2000.
- 18 Putnan R. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1996.
- 19 Lobato LV, Giovanella L. Introdução à Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde. Curso à distância de aperfeiçoamento em metodologias de investigação em sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo/Ensp/Fiocruz e Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde; 2006.
- 20 Viacava et al. Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório Final. Rio de Janeiro: CICT/Fiocruz; 2003 [acesso em 2006 03 mar]. Disponível em: www.proadess.cict.fiocruz.br..
- 21 Saltmann RB. Equity and distributive justice in european health care reform. Int J Health Services; 1997; 27: 443-453.
- 22 Litsios S. The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection. Internacional Journal of Health Services, 2002; 32(4): 709-32.
- 23 Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003 [cited 2004 21 ago]. Available from: <http://www.globalhealthtrust.org/doc/Word%20Marcos%20Cueto.pdf> .
- 24 Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. Health Policy. 1985; 4(3):221-30.
- 25 Conill EM, Neil M. La notion santé communautaire: éléments de comparaison internationale. Canadian Journal of Public Health 1984; 75:166-175.
- 26 Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2006.
- 27 Boerma WGW Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma, W, Editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006. p 3-21.
- 28 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60:201-218.
- 29 Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Foro de políticas de salud, equidad y atención primaria. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2001 Nov;

[cited 2007 mai. 28]. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-1/salud-dossier.pdf>.

30 Gervas J, Pané OM, Mainar, AS. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico *Med Clin (Barc)* 2007; 128(14):540-4 [cited 2007 08 mai]. Available from: <http://www.doyma.es>.

31 Watson D, Boremeling AM, Reid RJ, Black C. A resulted-based logic model for primary health care. Columbia: The University of Britsch Columbia; 2004.

32Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS/MS; 2005.

33 Amaral, J. Grows, E., Bryce, J., Leite, A.J.M., Cunha, A.L.A., Victora, A.G. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast Brazil. *Cad Saúde Públ* 2004; 20 (Sup 2):S209-S219

34 Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II, Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

35 Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

36 Boerma W, Rico A. Changing conditions for structural reform in primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 50-67.

37 Organización Panamericana de Salud (OPS). Análisis de salud y sistemas de información (AIS). Atlas de Indicadores Básicos 2001, Iniciativa Regional de Datos Básicos, Washington, DC. [cited 2007 06 fev]. Available from: <http://paho-hqchat1.paho.org/spanish/atlas/>.

38 Fleury S, Belmartino S, Baus E. Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brasil and Mexico. Canadá, International Development Research Center, 2000 [cited 2007 mai. 28]. Available from:http://www.idrc.ca/en/ev-9421-201-1-DO_TOPIC.html.

39 Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington, D.C. BID, 1997 (Serie de Documentos de trabajo 353).

40 CEPAL. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Montevideo, marzo del 2006 [cited 2007 28 mai. Available from: <http://www.cepal.org/>

41 Herrera AR. Las reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en America Central. Santiago del Chile: CEPAL; 2006 [cited 2007 25 mai] Available from: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/26117/lcl2524e.pdf>

42 Levcovitz E. Transformações e desafios dos sistemas de saúde na América Latina. Seminário História e Perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

43 Flores W. Equidad y reformas del sector salud en America Latina y el Caribe: experiencias y lecciones aprendidas. Informe Sociedad Internacional por la equidad en Salud. Mayo de 2005. Versión para discusión. [cited 2007 21 mai]. Available from: [http://www.revmed.unal.edu.co/equidad/doc/Foro/RSS%20y%20equidad-%20MAYO%5B2%](http://www.revmed.unal.edu.co/equidad/doc/Foro/RSS%20y%20equidad-%20MAYO%5B2%2005%5D.pdf)

5D.pdf .

44 Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Black RE, Scherpbier RW . Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy and Planning* 2005 20 (Suppl. 1):i5-i17.

45 Pan American Health Organization (PAHO). *Primary Health Care in the Americas: conceptual framework, experiences, challenges and perspectives*. Cidade: PAHO; 2002.

46 Ministerio de Poder Popular para la Salud (Venezuela). *Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención: caso república bolivariana de Venezuela*. Venezuela: Ministerio de Poder Popular para la Salud; 2007.

47 Ministério de Salud (Chile). *Integración de la APS com outros niveles de atención. Dossier Nacional*. Chile. Chile: Ministério de Salud; 2007.

48 Conill EM. *Sistemas comparados de saúde*. In: Campos GVS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, /Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p. 563-614.

49 Ministério da Saúde (BR). *Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil. Uma análise de Indicadores selecionados, 1998-2004*. Brasília: O Ministério; 2006.

50 Ministério da Saúde.(BR). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Serie Pactos pela Saúde 2006*, Brasília: O Conselho; 2006.

51 Vianna ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez, Novaes MHD. *Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 577-606 [cited 2007 28 mai]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30976.pdf>

52 Ministério de Salud (Brasil). *Dossier nacional sobre integración de la atención primaria en salud con otros niveles de atención. Dossier Nacional*. Brasil: Ministério de Salud; 2007.

53 Conill, EM. *Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000*. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(Supl.):191-202. [cited 2007 28 mai] Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13805.pdf>.

54 Fachini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues, MA. *Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 669-681 [cited 2007 28 mai]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>.

55 Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. *Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo* *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3) 683-703 [cited 2007 23 mai]. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>.

56 Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Júnior Escrivão A, Gomes A, Bousquat A. *Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo*. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11 (3): 633-641 [cited 2007 28 mai]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>.

- 57 Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2007 21(2): 164-176
- 58 Neves LA, Ribeiro JM. Consórcio em saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública* 2006 Out.; 22(10):2207-17[cited 2007 21 mai]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/20.pdf> .
- 59 Guimarães L, Giovanella L. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. *Saúde Debate* 2004; 28:149-58.
- 60 Senna MC, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7 (3): 523-35[cited 2007 28 mai]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13029.pdf>.
- 61 Ministério da Saúde (BR). Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 62 Gomez-Camelo D. Analisis comparado de los sistemas de salud de la region andina y del Caribe *Revista de Salud Publica* 2005 [cited 2007 12 jun]. Available from: <http://www.scielo.org.co/cgi-bin/wxis.exe/iah/f>
- 63 Gomez LA, Tovar HC, Agudelo CA. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública* 2003; 5: 246-262.
- 64 Romero RV, Franco JC. APS y acceso universal a los servicios de salud em lãs condiciones del SGSSS de Colômbia. *Anais do 11 Congresso Internacional de Saúde Pública e 8 Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2006; Rio de Janeiro: ABRASCO: 2006. (CD ROOM)
- 65 Europa. Instituições e outros órgãos da União Européia [cited 2007 06 jun.]. Available from: http://www.europa.eu/institutions/inst/parliament/index_pt.htm,
- 66 Boerma W, GW, Dubois CA. Mapping primary care across Europe. In Saltman RB, Rico A, Boerma, W, organizadores. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 22-49.
- 67 Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003 Jun; 38(3): 831-65.
- 68 Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Púb* 2006 ; 22(5):951-963.
- 69 Ministère de La Santé et des Solidarités (França)., 2006. Médecin référent, médecin traitant:: ce qui va changer, (cited 2006 03 mar.) Available from : http://www.santé.gouv.fr/assurance_maladie/index.htm.
- 70 Conill EM, Giovanella L. O acesso e a integralidade na atual reforma do National Health Service (NHS) da Inglaterra: da competição à integração. *11 Congresso Mundial de Saúde Pública, 8 Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2006, Rio de Janeiro, 21-25 de ago; Rio de Janeiro: Brasil; 2006.

- 71 Department of Health. The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform. London: Department of Health; 2000.
- 72 Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services [cited 2006 06 mar]. Available from: <http://www.dh.gov.uk>.
- 73 National Primary Care Research and Development Centre. Centre for Public Policy and Management Outpatient Services and Primary Care. A scoping review of research into strategies for improving outpatient effectiveness and efficiency. Report to the NHS Service Delivery and Organisation R&D Programme, University of Manchester, march 2006.
- 74 Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford:Update Software.
- 75 Melguizo-Jiménez M, Cámara-González C, Martínez- Pérez JA, López-Santiago A, Prieto-Orzanco A. Proyecto Atención Primaria del Siglo XXI: Análisis de situación. Madrid; 2006.
- 76 Health Ideas Islington. Health services in Islington. What the people think, their experiences and views of GP's and other primary health care. Londres: Manor Gardens Centre; 2003.

ANEXO I – Figura 3 Marco Teórico–operacional para el análisis de las decisiones y medidas para la integración de la APS

