

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

LA ATENCIÓN PRIMARIA: EQUIDAD, SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

*María del Carmen García
Ricardo Pérez María Claudia Espinel*

B

Investigación

BREVIARIOS
DE SEGURIDAD
SOCIAL



LA ATENCIÓN PRIMARIA:
EQUIDAD, SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

Comité editorial

Elvin Bailey (St. Christopher & Nevis)

Alejandro Bonilla García (OPΠ)

Rosangela Elias (Brasil)

Adolfo Jiménez Fernández (OISS)

Patricia Kurczyn Villalobos (México)

Sephlin Lawrence (St. Christopher & Nevis)

Luis José Martínez Villalba (Uruguay)

María Antonieta Martín Granados (México)

Guido Miranda Gutiérrez (Costa Rica)

Martha Peláez Valdés (OPS)

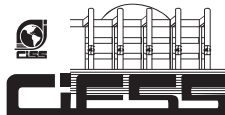
Orlando Peñate Rivero (Cuba)

Helmut Schwarzer (Brasil)

LA ATENCIÓN PRIMARIA:
EQUIDAD, SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

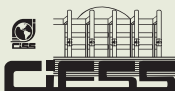


Carmen García Peña
Ricardo Pérez Cuevas
Claudia Espinel Bermúdez



Primera edición

México 2009



Primera edición, 2009

ISBN: 978-968-6748-45-1

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de su autor y no refleja necesariamente la posición del CIES.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
San Ramón s/n esquina San Jerónimo, San Jerónimo Lídice,
C. P. 10100 México, D. F. Registro 3079

© Derechos reservados, 2009. CIES

Índice

Introducción	1
Situación actual del sector salud en México	4
La atención primaria, su rol en los sistemas de salud	10
Atención primaria en México	14
Seguridad social y atención a la salud	19
Perspectivas de la atención primaria en el diseño de políticas de salud	26
Análisis comparativo de las experiencias internacionales y nuevas tendencias en la organización de servicios de atención primaria	28
Valores	40
Principios	41
Elementos estructurales y funcionales	44
Retos y propuestas para fortalecer la atención primaria: incremento de la cobertura y acceso universal a los servicios de salud	51
Fortalecimiento de la atención preventiva	55
Acceso a servicios de atención médica ambulatoria	57

Conclusión	60
Referencias bibliográficas	61

Introducción

Hasta hace pocos meses, los problemas de la crisis alimentaria global y el del alza de los energéticos ya habían producido efectos muy negativos en los países en desarrollo. La afectación a los programas de alimentación orientados a mejorar la distribución de alimentos y a abatir la desnutrición ya se ha reportado por distintas agencias internacionales. Seguida por la crisis financiera, esta situación originada en los países desarrollados, ha tenido consecuencias cuya magnitud todavía no se dimensiona completamente.

En los países de ingresos medios y bajos, la disminución de los flujos financieros provenientes de capital privado y de la inversión extranjera directa, el descenso del volumen y del valor de las exportaciones debido a la contracción de la economía y al descenso en el consumo y, de forma directa, el desempleo se reflejarán en menores ingresos, tanto para los gobiernos, como para los hogares. Esta compleja situación se manifestará en una menor capacidad del sector público y privado para contribuir a la atención a la salud, desacelerando múltiples planes y programas de salud.¹

¹ Horton, R. *The global financial crisis: an acute threat to Health*. The Lancet, 2009; 373(9661):355-356.

El Banco Mundial (BM) ha sugerido que, como parte de las estrategias de solución, en materia de salud se asigne la financiación principalmente para atender a las poblaciones vulnerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado la importancia de acelerar el trabajo para lograr atención primaria universal y la recomendación de utilizar la actual crisis financiera para reestructurar y reasignar recursos que respondan a las prioridades, a la vez que ha externado su preocupación por el retroceso que se observará en la consecución de las Metas del Milenio, urgiendo a los países desarrollados y a las agencias internacionales a no disminuir el esfuerzo ni los apoyos que se estaban otorgando a las poblaciones más vulnerables.²

Existe una influencia directa de las condiciones políticas, económicas y sociales sobre los sistemas de salud y también sobre las condiciones de salud de la población. El efecto de la situación global en los países y al interior de estos, en las instituciones de salud, se debe analizar de forma cuidadosa con una óptica local, lo cual permitirá definir su impacto posible y delinear estrategias posibles para afrontarlo.

Es imperativo que los Estados fortalezcan a los sistemas de salud para que cubran sus cuatro funciones sustantivas: rectoría, financiación, generación de recursos y provisión de servicios

En este sentido, es imperativo que los Estados fortalezcan a los sistemas de salud para que cubran sus cuatro funciones sustantivas: rectoría, financiación, generación de recursos y provisión de servicios, lo cual en turno hace posible el logro de las metas de cualquier sistema de salud: mejorar la salud,

² World Health Organization. *Primary Health Care: Now More Than Ever. The World Health Report 2008*, World Health Organization, Washington.

responder a las expectativas legítimas de la población y lograr la justicia en la contribución.³

Las recomendaciones de los organismos internacionales deben llevar a la reflexión. México y otros países de la región analizan los recursos con los que se cuenta para afrontar tanto la problemática existente como la emergente derivada de un entorno global adverso. Estos hechos motivan el presente trabajo cuyo objetivo es analizar, desde un punto de vista conceptual y operativo, el papel que desempeñan la atención primaria, la seguridad social y el sistema de protección social en salud como elementos clave para afrontar los efectos negativos de la grave situación de crisis financiera en los sistemas de salud, fortaleciendo los objetivos de la reforma de equidad, calidad y protección financiera.

Se toma como modelo de análisis la arquitectura actual de atención primaria en México, su contribución para la consecución de las políticas nacionales de salud y para el logro de los objetivos de la seguridad social mexicana. Se presenta además una comparación de la situación que guarda la atención primaria en diversos países, aplicando para ello el modelo de la Organización Panamericana de la Salud y finalmente se discuten los retos y desafíos.

³ WHO. "How the public interest is protected" en *The World Health Report*, capítulo seis, WHO, Ginebra, 2000.

Situación actual del sector salud de México

En México existe un sector salud fragmentado; diferentes instituciones de salud (subsistemas) de alcance nacional coexisten para otorgar servicios de salud a segmentos de la población cuyas condiciones económicas, demográficas y epidemiológicas son distintas.⁴ El gasto *per cápita* en salud también es diferente debido a que las fuentes de financiación para cada institución de salud también lo son; si bien, la mayoría de los recursos provienen de recursos fiscales.

En forma esquemática, la población de México se puede dividir en dos segmentos: aquella que tiene seguridad social, proporcionada por medio de las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]; servicios médicos de Petróleos Mexicanos [PEMEX] y las fuerzas armadas [marina y ejército]). Estas instituciones en conjunto cubren aproximadamente a 65% de la población.

⁴ Londoño, J. L. y J. Frenk. *Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America*. Health Policy, 1997; 41:1-36

El segundo segmento, la población sin seguridad social, está cubierta por la Secretaría de Salud por medio del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), comúnmente conocido como Seguro Popular, y por el Seguro Médico para una Nueva Generación (un componente dirigido específicamente a los menores de cinco años) y mediante la provisión directa de servicios médicos a quienes no están afiliados a estos programas.

El SPSS es un nuevo esquema de seguro público de salud que es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas, es de afiliación voluntaria y otorga apoyo financiero a los Estados para la provisión de servicios de atención primaria y para la atención de un grupo de enfermedades complejas cuyo costo es considerado como catastrófico. Los atributos del SPSS son universalidad, portabilidad nacional, priorización explícita de intervenciones, prepago de servicios de salud, solidaridad financiera, subsidiariedad, presupuestación democrática y rendición de cuentas.

Tanto la seguridad social como el sistema de protección social en salud coexisten con el sector privado el cual no está totalmente organizado y cuya cobertura alcanza 2% de toda la población. Aunque el sector público otorga atención a la mayor parte de personas, existe una considerable cantidad de gasto en salud realizado por medio del gasto de bolsillo.⁵

Cada institución otorga a la población servicios de salud de atención primaria, hospitalaria y de alta especialidad en las instalaciones bajo su responsabilidad. Existe escasa intercomunicación entre las instituciones la cual se da principalmente para la provisión de servicios preventivos y de urgencia, pero no para la provisión de servicios médicos regulares ya sea de carácter ambulatorio u hospitalario. La fragmentación del sector salud causa que las instituciones implementen sus

⁵ Knaul, F. y J. Frenk. *Health Insurance In Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform*, Health Affairs 2005; 24(6):1467-1476.

programas de forma individual lo que puede ser determinante para que los servicios de salud tengan un impacto menor al esperado en lo referente a mejorar las condiciones de salud de la población.

Distintas condiciones y presiones políticas y financieras han modelado este complejo y difícil escenario a partir de la década de 1940; el sector salud mexicano se encuentra en plena reforma y transformación continuas cuyo enfoque es hacia la consecución de las metas de equidad, calidad y protección financiera.⁶⁻⁷ No obstante, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha puntualizado los retos que el sistema de salud de México enfrentará antes de lograr las metas propuestas. Entre estos se encuentra la alta dependencia del sector de los recursos fiscales, la necesidad de responder a la presión que los usuarios del SPSS ejercerán para que se expandan los actuales servicios ofertados los cuales no cubrirán la potencial demanda; el riesgo de que los proveedores den preferencia a los afiliados al SPSS en detrimento de quienes no lo están y la escasez de recursos también será un factor que promueva mayor eficiencia y calidad de la atención.⁸

El sector salud mexicano se encuentra en plena reforma y transformación continuas cuyo enfoque es hacia la consecución de las metas de equidad, calidad y protección financiera

Esta situación es por demás difícil porque este mosaico de instituciones y sistemas de salud son asimétricos no solamente en cuanto a la población que atienden, sino también en cuanto a la financiación. Su desarrollo no ha sido paralelo y existe asimetría en su estructura, organización, financiación,

⁶ Frenk, J. J. Sepúlveda y otros. *Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico*, The Lancet; 362(9396):1667-1671.

⁷ Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud 2001-2006*, México.

⁸ OCDE. *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*, París, 2005.

programas e incluso en sus sistemas de información, lo que impide medir la efectividad de sus acciones con la exactitud requerida; su capital humano y sus esquemas de contratación también son desiguales. Esto se refleja en inequidad, falta de acceso, deficiente calidad y obsolescencia tecnológica y genera asimismo la necesidad de proteger a la población contra potenciales gastos catastróficos.

Dada la inequidad, en México permanecen rezagos y desigualdades. La persistencia de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los padecimientos ligados al embarazo y al parto, reflejan subdesarrollo; de forma simultánea, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las lesiones tanto accidentales como intencionales son propias de una sociedad industrializada. Ambas coexisten y en la actualidad, las principales causas de enfermedad y muerte son los padecimientos crónico-degenerativos.

En cuanto al aspecto financiero se observó, por ejemplo, que en 2002 el gasto público para la población asegurada era 2.3 veces mayor que el de la población no asegurada por la seguridad social. Esta inequidad en la financiación de las instituciones de salud es patente, dado que los sistemas de seguridad social fueron financiados por un convenio tripartita entre empleadores, trabajadores y el gobierno, mientras que la Secretaría de Salud era financiada únicamente por el gobierno federal, lo que generaba un serio desequilibrio de recursos y, como consecuencia, menor calidad y cobertura de los servicios. La implantación del spss ha tratado de subsanar gradualmente este desequilibrio. El análisis de este escenario se ha efectuado desde distintas perspectivas de equidad y financiación,⁹⁻¹⁰

⁹ Barraza, M., S. Bertozzi y otros. *Addressing inequity in health and health care in Mexico*, Health Affairs, 2002; 21(3):46-57.

¹⁰ Coady, D. *Alleviating structural poverty in developing countries: the approach of PROGRESA in Mexico*, Food Consumption Nutrition Division, International Food Policy Research Institute, febrero, 2003.

lo que a su vez también ha fomentado la pluralidad de las soluciones.¹¹⁻¹²

Son incuestionables los beneficios alcanzados por el sector salud para contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de México, lo cual es observable en la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil, el incremento en las coberturas de los programas preventivos y el acceso a servicios de salud de las poblaciones más vulnerables.

No obstante estos avances, se hace indispensable fomentar la integración funcional del sector salud de modo que se articulen esfuerzos para mejorar el acceso y la cobertura de servicios de salud para toda la población. La integración del sistema de salud comprende su constitución por funciones (rectoría, financiación, inversión, prestación de servicios) de manera que se opera como un sistema único en lugar de una colección de subsistemas sueltos tanto para la población como para los proveedores, y cuando ambas partes percatan una perspectiva homogénea y sin barreras para el acceso, la provisión y la compra de los servicios de salud.¹³

Se hace indispensable fomentar la integración funcional del sector salud de modo que se articulen esfuerzos para mejorar el acceso y la cobertura de servicios de salud para toda la población

El propósito principal de los sistemas públicos de salud es proporcionar acceso a toda la población a servicios de calidad, de forma equitativa y sustentable. Esto incluye a todas las personas, independientemente de su condición social, ingreso, grupo

¹¹ Londoño, J. L., J. Frenk. *Óp Cit.*, pp. 1-36.

¹² Frenk, J. E. González Pier y otros. *Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico*, Lancet, octubre, 2006, 28; 368(9546):1524-34.

¹³ WHO. "How the public interest is protected" en *The World Health Report*, capítulo seis, WHO, Ginebra, 2000.

étnico o situación geográfica,¹⁴ considerando principalmente a los pobres, quienes en general tienen las peores condiciones de salud y las mayores necesidades de servicios.¹⁵

La inequidad en la financiación es uno de los principales problemas del sector salud mexicano. Hasta antes del año 2002, aproximadamente la mitad de la población no contaba con seguro de salud y una proporción significativa del gasto en salud provenía del gasto de bolsillo, lo que afectaba principalmente a los más pobres. En cambio, la población atendida por la seguridad social, compuesta principalmente por personas incorporadas al mercado formal (78.8% del IMSS), aseguradas voluntariamente (22.2% del IMSS) y los burócratas (ISSSTE), tienen acceso a una mayor diversidad de servicios y estos son de mayor calidad. Sin embargo, un aspecto común a todas estas instituciones es que, si bien todas cuentan con servicios hospitalarios de alta complejidad, en la práctica, los servicios de atención primaria son los que se otorgan con mayor frecuencia y en conjunto, las instituciones de seguridad social son las que tienen afiliada a la mayor parte de la población.

La atención primaria en México comprende a los servicios otorgados por los médicos generales y por los familiares. Estos últimos representan la base de los sistemas de salud de la seguridad social. La medicina familiar, en particular, ha sido objeto de análisis periódicos y de esfuerzos continuos para mejorar su desempeño.

En forma similar, la seguridad social también es objeto de escrutinio constante debido a los cambios en las condiciones económicas, laborales y financieras de los países. Distintas publicaciones han destacado que el mayor reto que enfrenta la

¹⁴ Clewer, A., D. Perkins. *Economics for Health Care Management*, Prentice Hall, 1998.

¹⁵ Jonsson, B., P. Musgrove. *Government Financing of Health Care. Innovations in Health Care Financing*, World Bank, Washington, 1997.

seguridad social es el déficit financiero, debido a que impediría el cumplimiento de las prestaciones con la consecuente afectación de los afiliados y los beneficiarios.¹⁶

En este sentido, resulta justificable analizar con mayor detalle, la interrelación entre la atención primaria y la seguridad social. Mejorar el desempeño de la atención primaria tiene un efecto positivo en la seguridad social.

● La atención primaria, su rol en los sistemas de salud

Existen distintas definiciones de atención primaria, algunas se basan en la atención que los médicos de ciertas especialidades proporcionan, por ejemplo, médicos generales, médicos familiares, especialistas en medicina interna, pediatras y ginecoobstétricas. Otra definición incluye una lista de actividades cuyas funciones se encuentran dentro de los límites de la atención primaria: curar enfermedades comunes o discapacidades. También se utiliza el punto de entrada al sistema como un elemento de la definición: las unidades de atención primaria corresponden al primer nivel, los hospitales generales al segundo nivel, y los centros médicos y hospitales de enseñanza e investigación al tercer nivel. Existen otras definiciones que se refieren a los atributos de la atención primaria, una de las cuales establece que está caracterizada por ser de primer contacto, accesible, longitudinal y comprensiva.¹⁷⁻¹⁸ Otra más considera a la atención primaria como la provisión de servicios de salud integrales, accesible, otorgada por clínicos quienes son responsables de abordar una mayoría de necesidades de salud personales, de construir una colaboración permanente

¹⁶ Larre, B., M. Bonturi. *Public Spending in Mexico: How to Enhance its Effectiveness*, OCDE, 2001.

¹⁷ Mendizábal, G. *Reflexiones sobre la financiación de la seguridad social*, Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social, Biblioteca CIESS 5, México, 2006.

¹⁸ Starfield, B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*, Oxford University Press, USA, 1992.

con sus pacientes y proveer sus servicios en el contexto de la familia y la comunidad.¹⁹ De Maeseneer extiende el concepto basado en atributos y establece que la atención primaria es de primer contacto (accesibilidad), longitudinal (enfocada en la prevención, curación y rehabilitación, durante el tiempo que sea necesario para resolver el problema de salud), centrada en los pacientes, comprensiva (atiende los valores morales y culturales) y coordinada (incluye la comunicación con atención secundaria hospitalaria y terciaria de alta especialidad); además, tiene un enfoque comunitario, especialmente orientado hacia los determinantes sociales de la salud y cuya interacción con otros sectores (educación, laboral, económico, etcétera) fortalece sus acciones. Se asume que mediante estas acciones, la atención primaria promueve la equidad y la cohesión social.²⁰

La atención primaria cubre la tarea de ser el primer contacto entre el usuario y los servicios

La atención primaria mantiene un vínculo constante entre la sociedad y el sistema de salud, en forma más sencilla, cubre la tarea de ser el primer contacto entre el usuario y los servicios. Este hecho motiva a que la atención primaria sea altamente sensible a la identificación de las necesidades sociales en salud, a la vez que debe ser capaz de identificar y evaluar el impacto de su quehacer, lo cual puede ser un importante insumo en el diseño de intervenciones y programas.

Una revisión sistemática de los trabajos realizados acerca de la atención primaria hace énfasis en que los países de ingresos bajos y medios deben fortalecer la gobernanza, definida esta como los procesos de formulación de políticas que buscan atender el

¹⁹ Donaldson, M., K. Yordy K y otro. *Primary Care; America's Health in a New Era*, Institute of Medicine, Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine, 1996.

²⁰ De Maeseneer, J., S. Willems y otros. *Primary health care as strategy for achieving equitable care. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, The Health Systems Knowledge Network Network, Ghent, University of Ghent, 2007.

interés público²¹ por medio del cumplimiento de las funciones sustantivas de los sistemas de salud:²² rectoría, creación de recursos (inversión y capacitación), financiación (recolección, acumulación y asignación) y provisión de servicios para implementar intervenciones costo-efectivas en atención primaria.²³

La atención primaria forma parte de los sistemas de salud públicos o privados y está bajo escrutinio constante tanto en lo que se refiere a la conducción de estudios de investigación en esta área como a la reconsideración de su perspectiva²⁴ y a la inclusión de nuevas disciplinas.²⁵

La importancia de abordar los servicios de atención primaria dentro de la reforma de los sistemas de salud ya ha sido analizada a profundidad y sus resultados se han reportado en países como Inglaterra,²⁶ España,²⁷ Polonia,²⁸ Uzbekistán²⁹ y Estonia.³⁰

²¹ Saltman, B., O. Ferroussier-Davis. "On the Concept of Stewardship in Health Policy" en Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2000; 78:6: 732-39, 735.

²² OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, OMS, Ginebra, 2000:25-51.

²³ Lewin, S. et al. *Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews*, Lancet, 2008; 372:928-39.

²⁴ Maeseneer, J. de, M. Van Driel y otros. *The need for research in primary care*, Lancet, 2003; 362:1314-1319.

²⁵ Tovey, P., J. Adams. *Primary care as intersecting social worlds*, Soc Sci & Med, 2001; 52:695-706.

²⁶ Ham, C. *Chronic Care In The English National Health Service: Progress And Challenges*, Health Aff, 2009; 28(1):190-201.

²⁷ Larizgoitia, I., B. Starfield. *Reform of the primary health care. The case of Spain*, Health Policy, 1997(41):121-137.

²⁸ Chawlaa, M., P. Bermanb y otros. *Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow*, Soc Science & Med, 2004; 58(2):227-35.

²⁹ Pavin, M., T. Nurgozhin y otros. *Prescribing practices of rural primary health care physicians in Uzbekistan*, Tropical Medicine and International Health, 2003, 8(2):182-190.

³⁰ Koppel, A., K. Meiesaar y otros. *Evaluation of primary Health care reform in Estonia*, Soc Science & Medicine, 2003; 56:2461-2466.

El avance de la atención primaria a partir del 30 aniversario de ALMA ATA pone de manifiesto su importancia para los sistemas de salud y su contribución en el logro de la cobertura universal, el acceso y la equidad, a la vez que representa una opción viable en la situación actual de crisis financiera.³¹ Los análisis realizados en 30 países³² tienen resultados alentadores reflejados en el incremento en la expectativa de vida y en la reducción en la mortalidad infantil y por enfermedades infecciosas, su importancia para implementar intervenciones costo-efectivas y para disminuir el creciente peso atribuible a las enfermedades crónicas.

Las lecciones más importantes para el progreso de la atención primaria están relacionadas con:

- a) Liderazgo y rendición de cuentas, incluyendo la consistencia en las políticas de salud, lo cual significa la permanencia de los planes y programas que fortalecen la atención primaria, independientemente de los cambios políticos.
- b) Ampliación de la cobertura de los servicios, migrando de la atención selectiva a la atención comprensiva, enfocándose hacia la atención de las necesidades de salud con una visión que incluya a la comunidad y promueva el diseño de programas horizontales en lugar de los programas verticales.
- c) Incremento de la disponibilidad y competencia de los recursos humanos por medio de la capacitación y la educación continuas, dirigidas a los problemas que enfrenta de forma cotidiana el equipo de salud.
- d) Facilidad en el acceso a medicamentos esenciales y a la tecnología apropiada.

³¹ Editorial. *A renaissance in primary care*, The Lancet, 2008; 372:863.

³² Rohde, J., S. Cousens y otros. *30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?*, Lancet, 2008; 372:950–61.

- e) Fomento a la participación y el empoderamiento de la familia y la comunidad en lo referente a la atención y demanda de servicios de salud.
- f) Promoción de un enfoque hacia el ámbito local, ya sea municipal o distrital, por medio de la identificación y priorización de la problemática local.
- g) Prioridad de la equidad, disminuyendo o removiendo las barreras en el acceso para las familias con menores recursos y ofreciendo protección financiera.

Atención primaria en México

En México, la atención primaria ha tenido un desarrollo importante en tres ámbitos: políticas de salud, instituciones públicas y en la formación de recursos humanos.

En el caso de las políticas de salud, inicialmente se enfocó hacia la ampliación de la cobertura y la creación de programas nacionales que abordaron los principales problemas de la población. Los programas de ampliación de

La seguridad social continúa una reforma en la que se busca garantizar las prestaciones otorgadas por la seguridad social

cobertura de la Secretaría de Salud y el programa IMSS-Coplamar que inició en la década de 1970, y que actualmente es el programa IMSS-Oportunidades, lograron importantes avances en cuanto a la cobertura de la población incluida en programas preventivos y de servicios médicos, principalmente la de zonas rurales.

Las políticas gubernamentales se han enfocado a promover el aseguramiento social en salud, a incrementar la equidad, la protección financiera y la calidad de atención y, en paralelo, la seguridad social continúa una reforma en la que se busca garantizar las prestaciones otorgadas por la seguridad social.

Los programas nacionales se enfocaron hacia la implantación de paquetes de servicios para disminuir de forma selectiva la mortalidad infantil que incluyó la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la hidratación oral, alimentación al seno materno, un extenso programa de inmunizaciones con el que se logró la eliminación de la poliomielitis y disminución de las tasas de difteria y el sarampión y la reducción substancial de las tasas de mortalidad infantil, asimismo, se ha trabajado de forma intensa en el diseño de programas para abatir la desnutrición y la anemia.

En la atención a la salud reproductiva, los programas se han orientado hacia el control natal, la atención del embarazo y el parto por personal calificado con la consecuente disminución de la mortalidad materna y la prevención de enfermedades emergentes como el VIH-sida. Estos programas han sido interinstitucionales y se ha contado con la participación de múltiples actores, lo cual se ha reflejado en un avance importante de las coberturas y de las metas propuestas.

El origen de los sistemas de atención primaria en México data de 1954 con la creación de los servicios de médico de familia, por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Su enfoque, aunque con algunas variantes, permanece hasta la fecha y se orienta hacia la provisión de servicios de salud a un determinado número de familias en un área geográfica previamente definida dentro de la zona de influencia de la clínica de medicina familiar. Este mismo esquema básico opera actualmente para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Otro modelo importante ha sido el desarrollado por el programa IMSS-Oportunidades, por medio de la creación de casi 3 000 unidades médicas rurales (de un consultorio) y de una red de hospitales. Este modelo se ha caracterizado por una gran participación comunitaria mediante distintos programas

que abordan desde la nutrición hasta la educación en salud reproductiva. La principal característica de este programa es la gratuidad de la atención médica (ambulatoria y hospitalaria) incluyendo la provisión de medicamentos esenciales. Su efecto en la disminución de la mortalidad infantil y materna ha sido determinante para el avance de las políticas del sector.

En cuanto a la formación de recursos humanos, existen los programas de posgrado en Medicina Familiar, los cuales forman especialistas por medio del programa formal de residencia y mediante un programa especialmente diseñado para médicos generales que ya están en el ejercicio cotidiano de sus actividades profesionales. Asimismo, el currículo de la carrera de Medicina ha incorporado elementos básicos de la medicina familiar.³³ Estos programas tienen reconocimiento universitario y si bien su evolución ha sido lenta, la medicina familiar ocupa de forma gradual un lugar relevante en los ámbitos académicos y de investigación.

El Cuadro 1 analiza la situación de la atención primaria en México tomando como punto de partida los elementos de las actividades sustantivas de los sistemas de salud y los principios de ALMA ATA. En forma general, se aprecia que la atención primaria tiene limitaciones y fortalezas, lo cual está determinado por distintas fuerzas, la disponibilidad de recursos humanos y financieros, la pluralidad y heterogeneidad de los subsistemas que componen el sector salud de México y también la profunda desigualdad social que existe en el país.

³³ Rodríguez, J., M. Fernández y otros. *La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas*, Aten Primaria, 2006; 38(9):519-22.

	Acción intersectorial	Equidad	Participación en la salud por los usuarios	Calidad de atención	Atención efectiva	Acceso y cobertura	Sistema de referencia
Gobernanza	Existe coordinación para el diseño y la implantación de programas preventivos y acciones específicas.	No es equitativa porque el sector salud está fragmentado y cada sistema atiende a diferentes poblaciones.	Existen programas que involucran a proveedores de medicina tradicional y parteras.	Existe un programa de certificación de la calidad en unidades de atención primaria.	-- --	Los subsistemas de seguridad social proporcionan acceso a todos sus afiliados y el subsistema del SPSS, a los afiliados y a las personas de escasos recursos.	Cada subsistema de salud tiene disponible la normatividad para que opere la referencia y contrarreferencia.
Financiación	Los subsistemas manejan en forma independiente sus recursos y bajo convenios específicos es posible la transferencia intersectorial.	Existe diferente forma de financiación en cada subsistema de salud y la asignación <i>per capita</i> de los recursos es inequitativa.	En el sistema de seguridad social la cuotas son obligatorias y en el SPSS la afiliación es voluntaria y existe un esquema de pago que está definido por el decil de ingreso.	No existen estudios formales para establecer cuales intervenciones son costo-efectivas en la atención primaria.	Los proveedores asalariados, existen incentivos económicos y profesionales en algunos subsistemas.	El gasto de bolsillo ocurre en una proporción importante, principalmente para la adquisición de medicamentos.	En el srss se contemplan referencias al sector privado cuando la capacidad institucional es rebasada.

	Acción intersectorial	Equidad	Participación en la salud por los usuarios	Calidad de atención	Atención efectiva	Acceso y cobertura	Sistema de referencia
Provisión de servicios	El spss ha establecido convenios específicos para la provisión de servicios de atención primaria.		Los usuarios son receptores pasivos de servicios y excepcionalmente participan de forma activa.	Existen una incipiente actividad para evaluar la calidad de la provisión de atención.	La implantación de sistemas de información en salud es incipiente. Un indicador apropiado es el surtimiento de las recetas en el primer nivel.	Existe una cobertura superior a 95% para obtener servicios de atención primaria.	Existe referencia, sin embargo, tiene problemas de accesibilidad reflejados en largos tiempos de espera para atención especializada médica y quirúrgica.
Implementación	Existen convenios para la provisión de servicios de atención primaria preventivos y curativos en situaciones específicas.	---	---	Guías de práctica clínica, escasos criterios de evaluación de calidad, baja oferta de oportunidades de educación continua a personal de salud.		---	En la seguridad social el sistema opera con rezago.

Cuadro 1. Análisis de las actividades sustantivas de los sistemas de salud en lo referente a la situación de la atención primaria en México

Seguridad social y atención a la salud

La seguridad social se define como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales, que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.³⁴

La seguridad social abarca principalmente tres rubros: pensiones, atención a la salud y servicios sociales. El sistema de pensiones es una combinación de retiro, incapacidad y programas de compensación a trabajadores. La atención a la salud es una combinación de programas para trabajadores en activo, pensionados, discapacitados y beneficiarios y los servicios sociales consisten en programas de atención infantil y cuidados de largo plazo.

³⁴ Ruezga, A. *Desafíos de la reforma del seguro social en México*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Serie Biblioteca CIES 2, México, 2005.

A partir de 1995, con la reforma del seguro social, motivada por el agotamiento de los mecanismos de financiación y por los cambios demográficos de la población, se observó que la población mayor de 65 años tenía un crecimiento rápido y dado que muchos de ellos son pensionados esto representaría un desequilibrio con relación a los trabajadores en activo, causando un desbalance en las tasas de dependencia.

Las propuestas de reforma, reflejadas en la *Ley del Seguro Social*, promovieron la extensión de la cobertura de la seguridad social a un mayor número de personas, en particular a los grupos menos favorecidos (trabajadores del campo) y a la población sin seguridad social, por medio del seguro de salud para la familia. Se estableció un nuevo sistema de pensiones, propiciando el ahorro del propio trabajador en su beneficio y se reguló que los recursos de un seguro determinado (por ejemplo, seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez) se utilizaran para la financiación de otro (por ejemplo, seguro de enfermedades y maternidad). A la fecha se reconoce el avance de los objetivos establecidos por la reforma, sin embargo, es una tarea no concluida y que enfrentará nuevos retos derivados de la actual situación económica del país.

Existe un delicado equilibrio y una relación bidireccional entre la seguridad social y la salud que es indispensable atender

Existe un delicado equilibrio y una relación bidireccional entre la seguridad social y la salud que es indispensable atender en forma permanente y que en parte es consecuencia de los problemas de la economía. Los cambios demográficos reflejados en la disminución de la natalidad y el envejecimiento de la población se acompañan también de cambios manifestados principalmente por la polarización epidemiológica (persistencia de enfermedades del subdesarrollo: infecciones, anemia, desnutrición) e incremento

de enfermedades crónico-degenerativas. Sin embargo, a esta situación se añade el incremento en la proporción de personas en situación de vulnerabilidad y dependencia quienes tendrán un deterioro en el estado de salud (dado el descenso en sus ingresos y calidad de vida) y, consecuentemente, habrá un incremento en la demanda de ejercicio de derechos de la seguridad social. A su vez, la provisión adecuada y oportuna de las prestaciones otorgadas por la seguridad social permite asumir que tendrán un efecto positivo en el estado de salud y de bienestar de la población, sin embargo, todo lo anterior representa un alto costo social y fiscal. Para ello será indispensable fortalecer la dimensión ética de la política pública de forma que se oriente a mantener los servicios de salud y sociales que son esenciales para la población.

A partir del año 2000, y en parte derivado de los cambios promovidos por la reforma, se estableció el Programa de Administración de Riesgos Institucionales (PARI)³⁵ en el que se identifican los riesgos más significativos para el IMSS desde el punto de vista financiero. Los riesgos comprenden aspectos de salud, operativos, económicos y de otro tipo. Los riesgos de salud comprenden los padecimientos de alto costo e impacto económico (diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipertensión arterial, cáncer cervico uterino, cáncer de mama y síndrome de inmunodeficiencia adquirida –SIDA–).

Con base en información contenida en el PARI y en la Memoria Estadística Institucional 2007³⁶ se construyó el

³⁵ Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. *Evaluación de los riesgos considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007*, Dirección de Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, México, 2007.

³⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social. *Memoria estadística 2007*, capítulo III.

Prestaciones médicas, consultado en

http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/memoria_est_2007.htm, último acceso lunes 25 de mayo, 2009.

Cuadro 2, en el cual se hacen estimaciones aproximadas y se muestra que los cinco motivos de atención representan 30% del total de consultas otorgadas en el IMSS y que representaron 12.5% del total del gasto en salud del Instituto.

El impacto de estos padecimientos se ha analizado desde el punto de vista epidemiológico, demográfico y económico, y el propio PARI ha establecido las tendencias en el mediano plazo

Motivo de atención	Consultas totales por motivo de atención	Total de consultas registradas en 2007* 76 149 593	Personas en tratamiento	Edad más frecuente de atención (años)	Gasto médico (millones de pesos)	Porcentaje del total del gasto médico en 2007
Diabetes Mellitus	9 241 330	12.14	699 286	55-69	6 260	3.90%
Hipertensión arterial	11 450 349	15.04	680 347	55-74	6 616	4.10%
Insuficiencia renal	658 933	0.87	10 183	55-69	4 013	2.90%
Cáncer cérvico uterino	127 019	0.17	26 938	> 30	365	0.23%
Cáncer de mama	882 942	1.16	181 112	> 35	1 225	0.76%
VIH-sida	171 105	0.22	15 384	30-54	1 009	0.63%
Total	22 531 678	29.59	1 613 250		19 488	12.52%

Cuadro 2. Principales motivos de atención médica que representan el costo más alto para el IMSS³⁷

³⁷ Fuentes de información. * *Memoria Estadística 2007*, Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales, 2007.

(año 2050) y se ha destacado la necesidad de atenderlos en forma prioritaria por medio de estrategias costo-efectivas entre las cuales se encuentran las acciones de prevención y atención primaria que se otorgan en las unidades de medicina familiar.

Durante el periodo 2000-2006 el IMSS implantó una estrategia denominada “Proceso de Mejora de Medicina Familiar”³⁸ con la cual se fortaleció la capacidad institucional para la provisión de servicios de atención primaria. El sustrato conceptual del proceso de mejora fue la atención integral, la cual se define como la atención oportuna y la satisfacción de las necesidades y expectativas de salud de la población derechohabiente, con la participación activa de las familias, en la secuencia técnicamente correcta y mediante la articulación de los servicios de salud.

La atención integral tiene los siguientes atributos:

- *Relevancia.* Cuando además de atender el motivo de consulta, en forma sistemática se otorgan los servicios indispensables para mantener o recuperar la salud del derechohabiente y su familia.
- *Oportunidad.* Cuando los servicios de salud se otorgan en el momento en que el derechohabiente y su familia los necesita.
- *Atención con enfoque hacia la familia.* Cuando por medio de la atención del derechohabiente se identifican y atienden sus necesidades de salud y las de su familia.
- *Trabajo en equipo.* Se refiere a que las acciones que realizan los diferentes profesionales que laboran en la unidad médica se otorguen de manera organizada y coordinada,

³⁸ García Peña, C., O. Muñoz y otro. *Family Medicine in the dawn of the 21st century*, Conferencia Americana Médico Social, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2005.

y en la secuencia técnicamente correcta, para satisfacer las necesidades de salud de los derechohabientes y sus familias.

- *Corresponsabilidad.* Cuando tanto el equipo de salud como la población derechohabiente asumen las acciones necesarias para mantener o recuperar la salud.
- *Capacidad resolutoria.* Cuando el resultado en salud es el mejor posible.

La estrategia comprendió inversión en unidades médicas, implantación de un programa de educación médica continua dirigido a 14 000 médicos familiares, diseño e implantación del programa PREVENIMSS, diseño y diseminación de guías clínicas basadas en evidencia, diseño del expediente clínico electrónico, establecimiento de nuevos servicios en medicina familiar (rehabilitación) y diseño de nuevos estándares de calidad y desempeño. Los resultados fueron satisfactorios en términos de eficiencia y de mejora en la efectividad de los servicios.³⁹ En particular, el programa PREVENIMSS, el cual comenzó en el año 2002, tuvo como objetivo general elevar la cobertura y el impacto de los programas de salud preventivos.

El principio básico del programa es la provisión sistemática y la evaluación de grupos específicos de población: niños (0 a 10 años), adolescentes (10 a 19 años), mujeres (20 a 59 años), hombres (20 a 59 años) y adultos mayores (60 y más años). Las cartillas de salud y las citas médicas integraron las acciones a realizar en los rubros de promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades de forma que la atención por los equipos de salud se sistematizara. Un cambio fundamental fue el desarrollo de un sistema de información en

³⁹ García Peña C. *Óp Cit.*

salud que permitiera la real evaluación de coberturas y no solo el número de acciones realizadas.

Esta estrategia cambió el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos por el de protección a la salud, de acciones aisladas y desintegradas se cambió a un programa integral de prevención. Además, PREVENIMSS reordenó los más de 30 programas preventivos existentes en IMSS, los cuales se otorgaban en forma aislada y cuyo impacto, en términos de mejorar la salud de la población, resultaba difícil de medir. El programa tiene siete años de operación y ha demostrado importantes avances en el logro de las coberturas de los programas preventivos dirigidos a los distintos grupos de edad.

Perspectivas de la atención primaria en el diseño de políticas de salud

A partir de la Declaración de ALMA ATA ha sido evidente la presencia de la atención primaria en el diseño de políticas. En la actual situación de crisis financiera, se ha mencionado que la atención primaria representa la primera opción para que los sistemas de salud cumplan con su responsabilidad social.

La atención primaria juega un papel central en el diseño de políticas por medio de cinco vertientes:

- 1) Acceso universal, independientemente de que se trate de un sistema público o privado de salud.
- 2) Cambio de programas verticales, orientados a la atención de enfermedades específicas, hacia programas horizontales con enfoque comunitario.
- 3) Integración de equipos de salud adecuados y orientados hacia la comunidad.
- 4) Establecimiento de servicios de atención primaria de alto desempeño.

- 5) Organización intersectorial del sistema de salud de forma que se fortalezca la vinculación con distintos sectores, como educación, ambiental, laboral, desarrollo social y con la participación de la sociedad civil.⁴⁰

El análisis cuidadoso de las cinco vertientes para el diseño de políticas en el entorno de México hace considerar que estas pueden ser factibles, una vez que la visión actual de la atención primaria en el país evolucione, se reoriente al fortalecimiento de la visión comunitaria e incluya la perspectiva de los determinantes sociales. En la actualidad, las instituciones de salud afrontan la problemática en congruencia con las condiciones particulares de la población bajo su responsabilidad y han hecho esfuerzos independientes para fortalecer sus respectivos sistemas de salud, incluyendo la atención primaria.

⁴⁰ Maeseneer, J. de, et al. *Primary health care as strategy for achieving equitable care. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, The Health Systems Knowledge Network Network. Ghent, University of Ghent, 2007.

Análisis comparativo de las experiencias internacionales y nuevas tendencias en la organización de servicios de atención primaria

El concepto de *atención primaria a la salud*, originalmente establecido por la Organización Mundial de la Salud en 1978, fue adoptado por los países aplicando diferentes estrategias. Sin embargo, es claro que aquel objetivo de “salud para todos en el año 2000” no fue alcanzado, al menos a finales del siglo anterior. La importancia de la atención primaria ha sido nuevamente analizada a partir del reporte sobre la salud en el mundo 2008 de la oms, *Atención primaria a la salud, más necesaria que nunca*.⁴¹ Por tanto, resulta indispensable un análisis comparativo de las diferentes experiencias para el desarrollo y la innovación de los sistemas de atención primaria en distintos países, con la finalidad de sentar las bases para el futuro. El objetivo es identificar las similitudes en los enfoques seguidos en las distintas naciones para el desarrollo de la atención primaria; las diferentes rutas y direcciones que

⁴¹ World Health Organization. *Primary Health Care: Now More Than Ever. The World Health Report 2008*, World Health Organization, Washington.

la atención primaria ha tomado y las lecciones que podemos aprender para su progreso futuro.

El marco conceptual que se presentará a continuación servirá como fundamento para organizar y entender cómo debe funcionar un sistema basado en la atención primaria. Posteriormente, se tratará de presentar cómo cada país ha desarrollado su propia estrategia, de acuerdo con los recursos económicos, las circunstancias políticas, las capacidades administrativas y el desarrollo histórico del sector. La figura es tomada del reporte de la Organización Panamericana de la Salud (ops).⁴²



Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en atención primaria (reproducido de PAHO).

⁴² Pan American Health Organization. *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization*. Washington, DC, World Health Organization (PAHO/WHO), 2007.

El esquema presenta en su círculo interno los valores que deberían regir todo sistema de salud, el derecho al más alto nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad. El círculo intermedio representa los principios en los que un sistema de atención primaria debe basarse para operar el sistema y que definen o fundamentan las políticas de salud, la asignación de recursos, la legislación, etcétera. El círculo externo constituye los elementos tanto estructurales como funcionales, como atención continua y basada en la familia o énfasis en promoción y prevención. Los elementos están interconectados y deberían estar presentes en todos los niveles del sistema de salud.

Dicho esquema sirve como base para las subsiguientes comparaciones. La disertación se centrará en el análisis de algunos países considerados trazadores, es decir, que representan, ya sea por su condición sociopolítica y/o por la estructura de su sistema de salud, una realidad que pudiera ser semejante a la de otros países de América y Europa.

Para continuar con el esquema marcado por la OPS, podríamos analizar los sistemas de atención primaria desde tres niveles: valores, principios (Cuadro 3) y elementos (Cuadro 4). Para la comparación se eligió a Estados Unidos de América, Reino Unido, Canadá, Brasil, Argentina, México (IMSS), Chile y Costa Rica. Si bien debemos admitir que la inclusión ha sido arbitraria, los países fueron seleccionados porque representan peculiaridades y circunstancias interesantes para el análisis comparativo.

Aspectos comparativos						
País	II. Principios					
	I. Valores	Respuesta a las necesidades de la población	Orientado a la calidad	Responsabilidad gubernamental y sostenibilidad	Intersectorialidad	Desafíos futuros/ justicia social
Estados Unidos de América 43, 44, 45, 46, 47, 48	Derecho al más alto nivel de salud. Equidad Solidaridad	Respuestas basadas en la dinámica del mercado.	Seguridad al paciente. Efectividad.	El seguro médico es un programa federal, pero es operado y administrado por los Estados quienes los derivan a instituciones privadas.	Seguros públicos y privados cubren 84% de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Contención de costos médicos. Eliminación de las disparidades en acceso.
Reino Unido 49, 50, 51, 52, 53, 54	Equidad	Servicios basados en las necesidades y preferencias de la población, familias y cuidadores.	Alta calidad de la atención y minimización de errores. Estrategias costo-efectivas.	El gobierno federal, por medio del Ministro de salud, es el encargado de administrar el servicio nacional de salud (NHS).	Estrategias coordinadas por diversos sectores reducen las disparidades en salud.	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la oportunidad de los servicios. Reducción de las listas de espera.

Cuadro 3. Valores y principios

Aspectos comparativos	
II. Principios	
I. Valores	
País	
Canadá 55, 56, 57	<p>Equidad</p> <p>Necesidades de la comunidad son tomadas en cuenta para la definición de políticas públicas "decisiones informadas".</p> <p>Se involucra a la población mediante el Programa de Agentes Comunitarios de la Salud y la Estrategia de la Salud de Familia.</p> <p>Programación integral por necesidades de la población</p> <p>Administrado por provincias y territorios soportado por impuestos generales y transferencias federales. Aproximadamente 70% del total de los gastos en salud son gubernamentales.</p> <p>La ejecución está a cargo de la Secretaría de Atención a la Salud y los estados, el Distrito Federal y los municipios.</p> <p>Servicios de alta calidad mediante equipos multidisciplinarios de salud.</p> <p>Evaluación de la calidad de la atención mediante el proceso de calificación profesional.</p> <p>Se desarrolla el programa nacional para la calidad de la atención</p> <p>Combina servicios en salud y servicios comunitarios basados en atención primaria provinciales y territoriales.</p> <p>Mezcla de esquemas de atención pública y privada con mayor expansión de red privada.</p> <p>Combina la atención mediante el subsector público y de seguridad social con una fuerte participación del sector privado en medicina prepagada.</p> <p>Servicios suminiztrados y financiados por el sector público por medio de la Nación, las provincias y las municipalidades, aunque 70% de los fondos utilizados para su operación provienen de los presupuestos de cada provincia.</p>
Brasil 58, 59, 60, 61, 62, 63	<p>Equidad y participación social</p> <p>Combina servicios en salud y servicios comunitarios basados en atención primaria provinciales y territoriales.</p> <p>Mezcla de esquemas de atención pública y privada con mayor expansión de red privada.</p> <p>Combina la atención mediante el subsector público y de seguridad social con una fuerte participación del sector privado en medicina prepagada.</p> <p>Insuficiente red de servicios.</p> <p>Reducción de costos en salud.</p>
Argentina 64, 65, 66, 67	<p>Equidad</p> <p>Programación integral por necesidades de la población</p> <p>Servicios suminiztrados y financiados por el sector público por medio de la Nación, las provincias y las municipalidades, aunque 70% de los fondos utilizados para su operación provienen de los presupuestos de cada provincia.</p> <p>Combina la atención mediante el subsector público y de seguridad social con una fuerte participación del sector privado en medicina prepagada.</p> <p>Inequidad.</p> <p>Énfasis en programas de prevención y promoción.</p> <p>Desarticulación de la red de servicios entre jurisdicciones.</p>
	<p>● Largos tiempos de espera.</p> <p>● Mejora la oportunidad de los servicios.</p>

México (IMSS) 68, 69, 70, 71	Equidad y Solidaridad	Programas de atención primaria se sustentan en las necesidades de atención de los usuarios.	Se elabora un plan integral de calidad y uso de guías para la práctica clínica que aseguren la realización de las mejores prácticas.	La distribución de presupuesto para la atención primaria en el IMSS es centralizada, las unidades de atención médica administran el presupuesto asignado, pero los recursos son cubiertos por el nivel central.	A partir de la Secretaría de Salud, IMSS y la Secretaría del Trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> Mejora la oportunidad de los servicios.
Chile 72, 73, 74, 75	Equidad y participación comunitaria	Modelo comunitario con amplia participación de la población.		Los municipios administran los recursos para los centros de atención primaria, los cuales se organizan mediante un sistema de pago per cápita por población adscripta.	Desarticulación entre las acciones comunitarias y la red de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente capacidad de gestión. Insuficiente oportunidad de atención.
Costa Rica 76, 77, 78, 79	Equidad	Acciones del modelo se desarrollan a partir de las necesidades de la población.	Se lleva a cabo un plan de mejora continua de la calidad de la atención.	La Caja Costarricense de Seguro Social administra centralizadamente los recursos para la atención primaria en salud.	Los programas integrales de servicios se desarrollan en sectores públicos y privados.	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la burocracia. Reforzamiento de acciones de atención primaria.

Cuadro 3. Valores y principios (continuación)

- ⁴³ Bensing, M.J., L. D. Roter y otro. *Communication patterns of primary care physicians in the United States and The Netherlands*, J. Gen Intern Med, 2003; 18:335-342.
- ⁴⁴ McDonald, R., M. Roland. *Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences*, Ann Fam Med, 2009; 7:121-127.
- ⁴⁵ North N, Peckham S. "Analysing structural interest in Primary Care Groups". *Social Policy & Administration* 2001;35(4):426-440.
- ⁴⁶ O'Toole, P.T., M. P. Simms y otro. *Primary care office policies regarding care of uninsured adult patients*, J. Gen Intern Med, 2001; 16:693-696.
- ⁴⁷ Pollock, M. A. *Will primary care trusts lead to USstyle health care?* B.M.J. 2001; 322:964-967.
- ⁴⁸ Westheimer, M.J., M. Steinley-Bumgarner. *Primary Care Providers' Perceptions of and Experiences with an Integrated Healthcare Model*, J. Am Coll Health, 2008; 57(1):101-108.
- ⁴⁹ Ham, C. *Chronic Care In The English National Health Service: Progress And Challenges*, Health Aff, 2009; 28(1):190-201.
- ⁵⁰ Birch, M. *Implementing equity: the Commission on Social Determinants of Health*, Bull World Health Organ, 2009; 87:3.
- ⁵¹ Golligly, L. *Ways around the NHS*, Lancet, 2004; (363):914.
- ⁵² George, J. T., K. S. Rozario y otros. *Non-European Union doctors in the National Health Service: why, when and how do they come to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland?*, Hum Resour Health, 2007, febrero 27;5:6.
- ⁵³ Rico, A., B. R. Saltman y otro. *Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care*, Social Policy & Administration 2003; 37(6):592-608.
- ⁵⁴ Woodward, V., C. Webb. *Prowse M. Nurse consultants: organizational influences on role achievement*, J. Clin Nurs, 2006; 15:272-280.
- ⁵⁵ Hutchison, B., J. Abelson y otro. *Primary Care In Canada: So Much Innovation, So Little Change*, Health Aff, 2001; 20(3):116-131.
- ⁵⁶ Bergman, J. "Primary Health Care Transition Fund, Evaluation and Evidence", Minister of Health Canadá, marzo 2007 en <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2006-synth-evaluation/index-eng.php> consultado el día 26 de mayo 2009.
- ⁵⁷ Moores, G. D., R. D. Wilson y otros. *Improving the Quality and Capacity of Canada's Health Services: Primary Care Physician Perspectives*, Health Policy, 2007; 3(2):e145-e161.
- ⁵⁸ Aquino, R., F. N. de Oliveira y otro. *Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities*, Am J. Public Health, 2009; 99(1):87-93.
- ⁵⁹ Behague, D. P., H. Goncalves y otro. *Making medicine for the poor: primary health care interpretations in Pelotas, Brazil*. *Health Policy Plan*, 17(2):131-143.
- ⁶⁰ Harzheim, E. et al. *Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil*, BMC Health Services Research, 2006, 6:156.
- ⁶¹ Kepp, M. *Cracks appear in Brazil's primary health-care programme*, Lancet, 2008; 372:877.

- ⁶² Ministerio de Salud. "Atención Primaria y Estrategia Salud de la Familia en Brasil. Política Nacional de Atención Primaria", Brasil 2006 en http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/psf_espanol.pdf consultado el día 26 de mayo 2009.
- ⁶³ Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). "Brazil Health systems and services profile. 2008", en http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=156 consultado el 26 de mayo 2009.
- ⁶⁴ Caporale, J. E., H. Calvo y otro. *Costos de atención médica de personas con diabetes anteriores y posteriores a su hospitalización en Argentina*, Rev Panam Salud Pública, 2006; 20(6):361-368.
- ⁶⁵ Cámara de diputados de la Nación. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*, Argentina, 2006.
- ⁶⁶ Maceira, D., C. Cejas y otros. *Enseñanzas y desafíos de las iniciativas reparticipación comunitaria en atención primaria de la salud*, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), 2006.
- ⁶⁷ Tobar, F., R. Falbo. *¿Cuánto se gasta en atención primaria de la salud en Argentina?*, Medicina y Sociedad, 2006; 4.
- ⁶⁸ OCDE. *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*, París, 2005.
- ⁶⁹ Garmendia, A., F. Nava. *Los trabajadores en la estrategia de calidad del IMSS*, El cotidiano, 2002; 18(112):15-23.
- ⁷⁰ Pérez Cuevas, R., H. Reyes y otros. *The primary care clinic as a setting for continuing medical education: program description*, CMAJ 2000; 163(10):1295-1299.
- ⁷¹ R, Bojalil, H. Guiscafre y otros. Research report. *The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico*, Health Policy Plan, 1998; 13:323-331.
- ⁷² Atkinson, S., A. Cohn A. y otros. *Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil*, Health Promot Int., 2005, Jun; 20(2):167-75.
- ⁷³ Bastias, G., T. Pantoja y otros. *Health care reform in Chile*, CMAJ, 2008; 179(12):1289-1292.
- ⁷⁴ Borzutzky, S. *Health in Chile: is the government doing everything it can to achieve social justice?*, Med Law, 2008, Sep; 27(3):645-59.
- ⁷⁵ Román, O., S. Pineda S. y otro. *Perfil y número de médicos generales que requiere el país*, Rev Méd Chile, 2007; 135:1209-1215.
- ⁷⁶ Sáenz, M. R. et al. *Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata*, Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), 2005.
- ⁷⁷ Bixby, L. R. *Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental*, Rev Panam Salud Pública, 2004; 15(2):94-103.
- ⁷⁸ Macq, J., P. Martiny y otros. *Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: issues and challenges*, Health Policy, 2008; 87(3):377-88.
- ⁷⁹ García Prado, A., M. Chawla. *The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica*, Health Policy Plan, 2006; 21(2): 91-100.

Aspectos comparativos									
III. Elementos estructurales y funcionales									
Pais	Cobertura universal y acceso	Atención integral y continua y primer contacto	Atención familiar	Énfasis promoción/prevención/Cuidado apropiado	Mecanismos de participación	Programas en favor de la equidad	Organización y administración óptima. Esquema legal	Recursos humanos adecuados	Recursos sostenibles adecuados
Estados Unidos de América	No hay cobertura universal Atención a grupos vulnerables	En programas el médico general de primer contacto. En sector privado libre elección del nivel de atención	Sistema disperso con énfasis en medicina especializada	Sistema reactivo mas no preventivo	Se provee información, pero los usuarios no participan en la definición de los planes de atención	1. Medicare 2. Medicaid 3. State Children's Health Insurance Program 4. Veterans administration	Seguros públicos gubernamentales, altos costos administrativos o ^a recibe pagos por capitación u honorarios	Gran variabilidad en la calidad de la atención. Medicalización de la atención	Invierte 15.3% del PIB en salud, 46% de los recursos para atención primaria son gubernamentales

Reino Unido	Por medio de un seguro público universal. Servicio Nacional de Salud NHS. Con atención al 100% de la población	A partir de médicos generales de primer nivel tienen registrados a sus usuarios y hacen referencias a servicios requeridos	A cargo de equipo de médicos y enfermeras que conjuntamente dan atención a las personas y familias	Actividades de prevención basadas en medicina con base en evidencia	Pacientes involucrados en las actividades de prevención, mediante "carta constitucional de los pacientes"	Programas de atención social y comunitaria que evalúa las condiciones socioeconómicas de las personas y establece subsidios a los costos de la atención	Sistema centralizado, médicos proveen atención por mecanismos de capitación. NHS define atenciones del especialista y controla los recursos	La <i>Healthcare Commission</i> evalúa a los proveedores de servicios de salud por medio de indicadores y auditorías clínicas. Desarrollan políticas de uso eficiente de los recursos	Solo 7.7% del PIB se invierte en salud
Canadá	Sistema de atención primaria público al 10%	Mediante médicos familiares y generales de atención primaria corresponsables a 60% de los recursos en salud	Médicos familiares y un equipo de salud realizan la atención	Programas de promoción y prevención en cada provincia enfocados a enfermedades crónicas	Actividades de mercadotecnia social y educación en salud con estrategias centradas en las personas. Libre elección de servicios por portabilidad de derechos	Aunque el sistema es universal aun hay barreras de acceso a la APS entre provincias. Programas de protección a ancianos, indigentes y enfermos con enfermedades de alto costo	Servicios suministrados por sector público y privado mediante pago de servicios con portabilidad de cobertura entre provincias	Políticas de información y realimentación	Invierte 10% del PIB en salud, con 70% de los recursos financiado por el gobierno

Cuadro 4. Elementos estructurales y funcionales

Aspectos comparativos									
III. Elementos estructurales y funcionales									
País	Sistema unificado de salud	Atención mediante policlínicas	Sistema de atención primaria basada por medio del programa de salud familiar	Programas de promoción y prevención mediante agentes comunitarios en salud	Participación social organizada mediante programas de participación comunitaria en el programa de salud de la familia	Provisión de servicios a la población mediante el programa de salud familiar con cobertura integral	Administración descentralizada basado en el principio de comando único pero regidos financieramente por el Fondo Nacional de Salud	Los prestadores de servicios se rigen por un modelo organizacional y de procesos orientados para la satisfacción del cliente	El gasto en salud representa 7.5% del PIB; 50% se relaciona con atención primaria
Brasil	Seguro Nacional de Salud	Se realizar por medio de amplia red de centros médicos de atención primaria	Modelo de atención basado en la medicina familiar	Modelo de prevención y tratamiento de enfer-medades crónicas basado en los sistemas de provinciales de salud primaria	El acceso a la información es considerado un derecho instrumental de la población para la toma de decisiones informadas	El sistema público atiende principalmente a quienes no tienen cobertura formal en salud	Administración descentralizada entre municipalidades	Con la incorporación del modelo de atención primaria, se insertaron programas de educación continua al personal de salud	El gasto en salud representa 9.5% del PIB; 60% de estos fondos corresponde a atención primaria
México	Instituto Mexicano del Seguro Social	Atención a partir de unidades de medicina familiar	Modelo de atención basado en la medicina familiar	Programa Prevenims establecido por grupos programáticos según edad	Los usuarios tienen acceso a la información, pero es restringida la elección del médico familiar	La solidaridad del sistema favorece la equidad entre los usuarios además se cuenta con el programa IMSS-Solidaridad para dar atención a la población rural pobre	Administración centralizada	Se cuenta con un programa de educación continua y actualización de guías de práctica clínica	En México el gasto en salud equivale a 6.1% del PIB

Chile	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Mediante modalidad de atención familiar en centros comunitarios de Salud Familiar, CECOF	Modelo de salud familiar es el eje principal de las actividades comunitarias	Actividades basadas en campañas comunitarias dentro de un modelo de promoción salud vida Chile	La comunidad, toma un papel activo en la definición de necesidades y actividades en salud	A partir del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) se asegura protección social en salud a la población	Administración y gestión de la atención primaria a cargo de los municipios	Se cuenta con una política de recursos humanos para el programa de salud familiar que incentiva la formación de médicos orientados a APS	El gasto en salud corresponde a 7% del PIB
Costa Rica	Seguro público universal	Equipos básicos de atención integral en salud	Énfasis de la atención en medicina familiar y comunitaria	Incentiva acciones de promoción a partir del autocuidado	La participación comunitaria es uno de los ejes principales de las acciones de atención primaria la cual se desarrolla a partir de todos los sectores del sistema de salud	Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) administra los fondos para atención de la población de bajos recursos	La administración se desarrolla a partir de las instituciones estatales, autónomas, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud	La política actual se centra en la gestión y desarrollo humano acorde con las necesidades de la población y del sector salud	El gasto en salud corresponde a 7.2% del PIB del cual 55% se deriva de atención primaria

Cuadro 4. Elementos estructurales y funcionales (Continuación)

Valores

El derecho al más alto nivel de salud posible sin distinción de raza, género, religión, posición política o condición social o económica es un precepto incluido en los marcos legales de un gran número de países. Sin embargo, aterrizar el precepto legal en acciones concretas que lleven un valor fundamental de equidad y solidaridad ha resultado para el mundo mucho más complejo que aceptar la verdad del enunciado. Analizamos a continuación algunos aspectos.

Derecho a la salud, equidad, solidaridad

A treinta años de la declaración de ALMA ATTA, es una realidad que las estrategias de atención primaria han logrado permear las políticas y los programas que fundamentan los sistemas de salud de los diferentes países, valores fundamentales, como el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad han quedado, incluso, enmarcados

La equidad es la principal prioridad, pero a pesar de ello también sigue siendo el principal desafío de los países

como derechos esenciales para la población y plasmados como fundamento compartido dentro de las reformas a los sistemas de salud. Esta situación se hace evidente en el análisis realizado, donde la equidad es la principal prioridad, pero a pesar de ello también sigue siendo el principal desafío de los países ya que aun existen grandes diferencias e inequidades entre la población, especialmente porque a pesar de fincar las estrategias de atención primaria en sistemas universales de salud, lo cierto es que siguen inmersos dentro de sistemas de salud fragmentados y orientados hacia la alta especialización y sistemas de mercado.⁸⁰ Por otra parte, en la revisión realizada solo el IMSS, caso tomado para ejemplificar la atención primaria en México, expresa además

⁸⁰ World Health Organization. *Primary Health Care: Now More Than Ever. The World Health Report 2008*, World Health Organization, Washington.

como valor fundamental la solidaridad, que si bien pone en riesgo la sostenibilidad de la institución a largo plazo, permite que los mecanismos de transferencia de recursos solventen la atención de los más necesitados, rompiendo las barreras de la inequidad.

● Principios

La Organización Panamericana de la Salud plantea que los sistemas de salud basados en atención primaria deben fundamentarse en siete principios: respuesta a las necesidades de la población, orientación a la calidad, responsabilidad gubernamental, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Estos principios deben proveer las bases para las políticas de salud y sirven de enlace entre los valores más amplios y los elementos funcionales del sistema. A continuación se presenta la discusión de algunos de los más relevantes para la región.

● Respuesta a las necesidades de la población

Dos elementos fundamentales de la orientación de los sistemas en salud hacia la atención primaria es considerar las necesidades de la población para definir las acciones en salud y, por otra parte, mantener la calidad de dichas acciones. En este sentido vale la pena señalar que considerar permanentemente estos dos elementos como soporte de la operatividad en las acciones de atención primaria es una preocupación compartida de los países. Los países analizados expresan de igual manera que las necesidades de atención de la población son tomadas en cuenta para la definición de acciones en salud, lo cual en la práctica cotidiana de los servicios de salud de primer nivel no se lleva a cabo y, al contrario, se mantiene una atención inversa donde las necesidades de la población son menores y se mantienen esquemas en los cuales los problemas de salud de los que menos tienen son los menos beneficiados.⁸¹ Situación de igual manera

81 World Health Organization. *Op. Cit.*

presente en Estados Unidos donde a pesar de que los esquemas de atención primaria están representados principalmente por los programas estatales de atención a los ancianos (Medicare) y a los más pobres (Medicaid), la atención en salud sigue siendo establecida por paquetes básicos que responden a una necesidad de contención de costos más que la necesidad de la población.

● Orientado a la calidad

Los esfuerzos de los gobiernos por mejorar la calidad de la atención en los primeros niveles de atención se ha centrado en la necesidad de ofrecer servicios efectivos y seguros a los pacientes. Un elemento común en los países analizados es la preocupación permanente de que los errores médicos aumentan los gastos en salud, por lo cual la calidad se ha orientado a la búsqueda de estrategias costo-efectivas mediante la implementación de procesos estandarizados por medio de guías clínicas que aseguren la calidad técnica de la atención, pero aun falta desarrollar procesos de calidad centrados en las personas que incentive la realización de procesos de mayor interacción entre médicos y pacientes, que sustenten el logro de mejores resultados en el largo plazo. Reto que aun no ha sido difundido entre los países evaluados.

● Responsabilidad gubernamental y sostenibilidad

En cuanto a los procesos de administración y gestión, hay dos vertientes de discusión entre los países. Se observa de manera generalizada cómo los países latinoamericanos han iniciado procesos de descentralización de la administración financiera, conservando normativamente la influencia de las decisiones nacionales. Estos procesos de descentralización han generado importantes retos para los países latinoamericanos con grandes inequidades económicas, en los que las transferencias financieras y de responsabilidades a los municipios, generan

grandes discrepancias entre áreas de alto desarrollo económico y poblaciones altamente marginadas, lo cual requiere nuevos procesos de toma de decisiones y conocimientos entorno a las necesidades del sector salud, la distribución de recursos y la contención de gastos ineficientes.

● **Intersectorialidad**

Llama la atención que este principio demuestra la brecha que existe entre los diferentes sectores de salud que intervienen en cada sistema de salud, en especial, la poca participación del sector privado en las acciones de atención primaria en salud, a excepción de Reino Unido, Canadá y Costa Rica que han sabido involucrar al sector privado en la prestación de servicios de primer nivel mediante esquemas de pago por capitalización y honorarios a los médicos y establecimientos privados. Por otra parte, en el resto de los países la literatura es escasa con relación a experiencias de éxito que conjuguen los vínculos de los sectores público y privado, y más aún la relación con otros sectores socioeconómicos que permitan direccionar las acciones en salud hacia esquemas de salud integral, lo cual representará para los próximos años un reto importante para la toma de decisiones al interior de las naciones entorno a la definición de políticas públicas en salud.

● **Desafíos futuros y justicia social**

Parece haber una convergencia entre los países respecto a los siguientes problemas:

- Asistencia social y médica integrada
- Padecimientos crónicos
- Envejecimiento de la población
- Expediente electrónico, mejora la toma de decisiones clínicas y los resultados de salud

- Mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud
- Lograr un acceso eficiente para todos los sectores de la población, recursos similares para todos los grupos sociales

Todos los países cuentan con propuestas que pretenden abordar estos problemas en diferente grado; el país que claramente está a la delantera es Reino Unido. En América Latina, existe mucho interés, pero un éxito limitado. En México, las instituciones de seguridad social han progresado en forma continua a la evaluación de estos problemas; no obstante, la población que carece de seguridad social no ha avanzado al mismo ritmo. Argentina, Canadá y Brasil poseen múltiples iniciativas, pero sus sistemas de salud no han sido suficientemente rediseñados para abordar dichos problemas.⁸²

● Elementos estructurales y funcionales

Los elementos estructurales y funcionales son aquellos que, interconectados, se presentan en todos los niveles de los sistemas. Un problema recurrente es que la evidencia de su efectividad debiera ser el punto base y en una gran parte de los países de la región este elemento de evidencia no se incluye. Revisamos entonces, como estos elementos han sido analizados e implementados en algunos de los países.

● Cobertura universal y acceso

El acceso a la atención médica está relacionado con los costos, en particular, a un sistema nacional de seguros. Con frecuencia las altas tasas de no asegurados y la participación de gastos en Estados Unidos crean un importante problema de acceso en este país. Reino Unido, por el contrario, mostró problemas insignificantes de acceso asociado a costos, mientras otros países se encontraban entre los dos extremos.

⁸² Starfield, B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*, Oxford University Press, USA, 1992.

En los países latinoamericanos la razón principal del interés no es precisamente el control de costos, sino más bien la escasez de recursos para la atención médica. Por tanto, en estas naciones el problema se define como la oportunidad de acceso, es decir, otros factores más allá del costo directo de la atención que se constituyen en barreras para la atención a la salud.

● **Atención integral y continua y primer contacto**

Con excepción de Reino Unido, la coordinación y la continuidad en la atención médica sigue constituyendo una importante preocupación para todos los países. Los sistemas de referencia-contrarreferencia parecen no funcionar de forma apropiada y el rol de vigilante de la puerta de entrada al sistema por parte del médico familiar parece no ser eficiente. Por esta razón es que se realizan esfuerzos para crear los registros médicos electrónicos, de manera que puedan programar las citas, evitar la duplicación de pruebas o procedimientos o tener información contradictoria. Por otro lado, el aterrizaje del concepto de atención integral representa un enorme reto. Prevalece, en general, la atención episódica y por demanda más que la atención familiar integral y continua.

● **Atención familiar**

La organización de la medicina familiar no solo es diferente en todos los países, también la denominación de sus actores es distinta. En algunas naciones se ha dado énfasis a la definición del médico familiar y su trabajo, en tanto que en otros el acento se ha puesto en la definición del papel de los médicos generales dentro de un enfoque de atención primaria. De manera independiente a las distintas nomenclaturas, la atención familiar como un todo es poco frecuente. El ejercicio de la atención primaria está supeditado a sobrecargas de trabajo que producen fragmentación en la atención del núcleo familiar.

● Énfasis en promoción y prevención. Cuidado apropiado

Un elemento importante que ha permitido el desarrollo de estrategias de atención primaria en los diferentes países se ha centrado en las acciones de promoción y prevención, especialmente ante la transición epidemiológica que impacta a todos los grupos de edad y los estilos de vida actuales, ante la presencia de enfermedades crónicas de alto costo que tienen efectos directos sobre los servicios de salud y el gasto público en salud, lo cual tendrá que ser reforzado y superado en los próximos años, manteniendo de igual modo acciones de prevención de enfermedades infectocontagiosas en grupos vulnerables, que ante la polarización epidemiológica de la mayoría de los países latinoamericanos es necesario seguir reforzando. Por otra parte, si bien es cierto que en la mayoría de los países estas estrategias tienen un peso importante en el desarrollo de los sistemas de salud, la realidad es que las redes de servicios de atención primaria se siguen concentrando en servicios curativos y especializados, lo cual representa también un reto importante que deberá ser modificado para dar cabida a acciones integrales en salud donde el equipo multidisciplinario tenga un peso importante en la promoción de la salud de las comunidades.

● Mecanismos de participación

Un elemento común y fundamental en los mecanismos de participación, reportado por los países, refiere a la información de la población entorno a la salud y a la toma de decisiones acerca de la atención que reciben y las acciones en salud de las cuales son partícipes, aspectos que sustentan la necesidad de la participación comunitaria en las estrategias de atención primaria. Kumar⁸³ expresaba que la participación comunitaria es uno de

⁸³ Kumar, B. K. *Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed program in the developing countries*, BMC Public Health, 2004, 4:11.

los elementos fundamentales para el éxito de las acciones en salud y la disminución de los costos de atención, especialmente porque la salud no solo tiene relación con la enfermedad como tal sino con un gran abanico de relaciones sociales, educativas y del entorno en que se desarrolla una comunidad, lo cual, a partir de la educación en salud y la participación, puede tener efectos positivos en la promoción de la salud y el autocuidado.

● **Programas en favor de la equidad**

Resulta evidente que la equidad tiene un lugar preponderante en los servicios de atención primaria en salud entre los países seleccionados, los programas que se han desarrollado entorno a la equidad van de la mano con una preocupación de reforzar la protección social en salud en las comunidades de escasos recursos, lo cual necesariamente impacta en mover la balanza en favor de la población más vulnerable.

En este sentido, se ha fundamentado la necesidad imperante de que los sistemas de salud se reformen en favor de la cobertura universal. Ejemplos de ello se pueden apreciar en la mayoría de los países analizados, en donde, por medio de sistemas unificados de salud a nivel nacional, se trata de abatir la brecha de la inequidad en salud; en contraste, Estados Unidos mantiene programas aislados que dan cobertura en servicios a las poblaciones más vulnerables, pero a pesar de los esfuerzos, la realidad de la población supera con creces los esfuerzos realizados y el sistema se mantiene incapaz de contener la necesidad de atención de la población menos favorecida.

● **Organización y administración óptima.**

Esquema legal

En la mayoría de los países representados, existe una larga tradición en la formación en atención primaria y medicina familiar. Por ejemplo, en todo el mundo es ampliamente sabido

que el programa de Mac Master en Canadá, México, Argentina, Estados Unidos de América y Brasil cuenta con planes de residencia desde la década de 1980. En otros países de la Comunidad de Naciones, la experiencia ha seguido la trayectoria del Reino Unido en la preparación de médicos generales.

En la mayoría de los países parece haber una coincidencia en cuanto a la brecha existente entre los programas académicos y el diseño organizacional del sistema de servicios de salud. Este es un problema muy importante que la mayoría de las naciones ha enfrentado: cómo preparar o capacitar a los profesionales de la salud que se necesitan, tanto en número suficiente como con las destrezas que demanda un mejor modelo de atención primaria (trabajo en equipo de atención primaria, adecuada atención de padecimientos crónicos, manejo clínico del anciano).

En la mayoría de los países parece haber una coincidencia en cuanto a la brecha existente entre los programas académicos y el diseño organizacional del sistema de servicios de salud

Un progreso interesante en Argentina y Brasil lo constituye el papel de las asociaciones de profesionales en la redefinición de la medicina familiar y la propuesta de formas innovadoras de formación de estos profesionales en este campo.

Otro enfoque es el seguido en el Reino Unido y, hasta cierto punto, en México donde el rediseño del sistema de salud está encaminando los enfoques hacia la formación de personal de salud en los nuevos modelos organizacionales. En el caso de México, hemos tenido la oportunidad de colaborar con diferentes universidades (con una participación fundamental de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM) en el diseño de esquemas de formación de médicos familiares y enfermeras conforme al modelo mejorado de medicina familiar en la institución.

● Recursos humanos adecuados

El surgimiento de la medicina familiar y la atención primaria en entornos académicos no tiene relación con el contexto social y económico sino hasta hace veinte años. En este momento, en los países desarrollados, la creciente preocupación por los altos gastos en el sistema de salud generó un entorno favorable para el papel del agente de salud (*gatekeeper*). La medicina familiar, en sus diferentes formas, encontró así un nicho para su desarrollo en Estados Unidos. En Reino Unido, el papel de los médicos generales se amplió para responder a las demandas de un sistema muy preocupado con los costos de la represión.

En el caso de los países de América Latina, el contexto varió de un país a otro. En México, el diseño organizacional de seguridad social, junto con los niveles de atención médica, facilitó el desenvolvimiento de la medicina familiar en un contexto al que se denominó “el milagro económico de México” (década de 1960). Más tarde, cuando las crisis económicas siguieron una a otra, el esquema también encontró mayor apoyo. En Argentina y Brasil fue hasta años recientes (1990, aproximadamente), con los esfuerzos de modernización, que el contexto resultó más favorable y, de hecho, estimuló el surgimiento de numerosas innovadoras iniciativas para el desarrollo de la medicina familiar.

Llama la atención que uno de los países pionero en el desarrollo de programas académicos de medicina familiar, Canadá, enfrente un contexto menos favorable y, por consiguiente, desde la perspectiva organizacional, hasta hace poco tiempo mostrara un progreso lento en el desarrollo de la medicina familiar (2001).

● Recursos sostenibles adecuados

En general, la experiencia de las naciones representadas en este texto muestra que existe una enorme variación en el desarrollo

de los recursos para atención primaria, desde las experiencias basadas en entornos académicos (Canadá) hasta la formación empírica del papel del médico familiar por medio de diseños y rediseños continuos de la organización de los servicios de salud (Reino Unido).

Sorprende que el desarrollo de la medicina familiar en Canadá ha sido limitado y en cierta forma sea similar a la experiencia de Estados Unidos, país en el cual existe un abanico de iniciativas, pero se carece de una política nacional efectiva de atención primaria a la salud. Es importante señalar que en ambos casos, Canadá y Estados Unidos, existen experiencias aisladas de

La medicina familiar necesita considerar la relación entre el médico y los profesionales de la salud en una forma más compleja

éxito en atención primaria (el programa de servicios de salud de la Administración de Veteranos y las redes de salud familiar en Ontario). En Latinoamérica, la imagen varía entre un desarrollo de la medicina familiar basado en la profesionalización, Argentina y Brasil, y una intensa participación de la seguridad social en la definición de medicina familiar del IMSS.

La evolución de la medicina familiar ha tenido diferente duración y ha seguido distintas rutas, pero en la actualidad todas parecen converger en lo siguiente: la medicina familiar necesita considerar la relación entre el médico y los profesionales de la salud en una forma más compleja en la que se integre el contexto fisiológico, psicológico, familiar, económico y social. Los problemas son diversos e incluyen, entre otros: asistencia materno-infantil, indigencia, trabajo en equipos de atención primaria, tabaquismo y acceso a la atención médica de padecimientos crónicos; todos estos se centran en un amplio abanico de servicios de salud que demanda el rediseño de los sistemas, así como nuevos enfoques científicos en busca de soluciones a los desafíos de atención primaria y medicina familiar que todos los países enfrentan.

Retos y propuestas para fortalecer la atención primaria: incremento de la cobertura y acceso universal a los servicios de salud

En comparación con Estados Unidos, la medicina familiar/atención primaria ha tenido un mayor avance en Latinoamérica. La atención primaria está más avanzada en países donde ha sido mayor la participación del Estado, mas aún en estos casos, las variaciones son considerables.

Aun así, y a pesar de la amplia variación en las definiciones de atención primaria y medicina familiar, existen coincidencias alrededor de los desafíos que ambas enfrentan. Parece haber tres retos principales:

- Ofrecer servicios integrados de asistencia social y sanitaria.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud ofrecidos.
- Mejorar el rendimiento/desempeño del sistema (elevar la responsabilidad).

Por ejemplo, en un estudio en cinco países de la Comunidad de Naciones, los encuestados demandaron mayores reformas en sus sistemas nacionales de atención primaria.⁸⁴ Sin embargo, los estadounidenses que participaron en la encuesta sobresalieron como los más negativos respecto a sus opiniones generales del sistema de salud. Por su parte, los encuestados del Reino Unido mostraron la perspectiva más positiva sobre el sistema de salud de su país. El informe cita una variedad de esfuerzos que abarcan desde la contratación de médicos generales sustentada en incentivos en Reino Unido, hasta cooperativas de estudio en salas de urgencias en Australia.

El acceso universal a la atención primaria es uno de los principales atributos de las reformas de los sistemas de salud en el mundo

Los servicios de atención primaria deben ser culturalmente aceptables, coordinados, continuos, centrados en el usuario y con sensibilidad social.⁸⁵ El acceso universal a la atención primaria es uno de los principales atributos de las reformas de los sistemas de salud en el mundo.^{86, 87, 88}

Las condiciones actuales del sector salud hacen factible el acceso a los servicios de atención primaria por medio de la

⁸⁴ Schoen, C., R. Osborn y otros. *Primary Care and Health System Performance: Adults' experiences in five countries*, Health Affairs-Web Exclusive (DOI 10.1377/hlthaff. W4.487), Posting date: October 28, 2004.

⁸⁵ Tovey, P., J. Adams. *Primary care as intersecting social worlds*, Soc Sci & Med, 2001; 52:695-706.

⁸⁶ Starfield, B., L. Shi y otro. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, The Milbank Quarterly, 2005; 83(3):457-502.

⁸⁷ Chawla, M., P. Berman y otros. *Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow*, Soc Science & Med, 2002.

⁸⁸ Wilton, P., R. Smith. *Primary care reform: a three country comparison of "budget holding"*, Health Policy, 1998; 44:149-166.

coordinación e integración funcional de las distintas instituciones mexicanas de salud, para ello es indispensable promover un cambio en la organización del sector salud que garantice a la población una atención integral efectiva y eficiente con una protección financiera universal bajo un esquema competitivo de entrega de servicios.

La integración funcional en salud comprende las cuatro funciones de los sistemas de salud:

- 1) *Rectoría*. La integración de esta función significa que la rectoría se convierte en la misión principal del gobierno por medio de sus agentes para asegurar el desarrollo del sistema y una interacción equilibrada y eficiente entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados, y la supervisión de todo el sistema, incluyendo las finanzas con el principal propósito de atender el interés público.
- 2) *Financiación*. Implica el uso de fondos mancomunados en lo referente a la inversión y la prestación de servicios, mediante el envío de todos los fondos a un fondo común o el uso de las subvenciones cruzadas entre los financiamientos mancomunados.
- 3) *Inversión y generación de recursos*. Esta integración requiere la fusión de los planes de inversión de todos los organismos que construyen y dan mantenimiento a los hospitales y clínicas, compran bienes de equipo o capacitan al personal médico.
- 4) *Integración de la función de prestación de los servicios* representa que, por un lado, cualquier paciente tiene derecho a solicitar la atención de cualquier proveedor acreditado sin importar para quién trabaje ni cómo se pagan los servicios. El panorama de los proveedores debe verse homogéneo para el paciente, permitiendo

que su elección sea determinada por la conveniencia, por la calidad y respuesta disponible.

La integración funcional permite:

- Evitar la duplicación de las unidades organizacionales y de los proveedores.
- Lograr una asignación flexible de los recursos a los proveedores.
- Disminuir los costos de atención.
- Utilizar con mayor efectividad los recursos y la infraestructura.
- Mejorar la equidad en la protección financiera y los resultados de salud.

Existen experiencias previas en Australia, Nueva Zelanda, Portugal, Reino Unido, Suecia y recientemente la República Eslovaca y Polonia⁸⁹ que muestran resultados favorables de la integración funcional.⁹⁰

La propuesta concreta, en el caso del sector salud de México, que podría reproducirse en algunos países de la región, para la integración funcional se enfoca en el acceso *universal a los servicios de atención primaria*, el cual se divide en dos acciones: fortalecimiento de la atención preventiva y provisión de servicios de atención médica ambulatoria. Hay que mencionar que el análisis se aplica al caso de México, pero podría tomarse como caso pista para ser aplicado en otros países de semejantes condiciones y circunstancias.

⁸⁹ Sobczak, A. Opportunities for and constraints of health services in Poland, *Int J Integr Care*, 2002; 2:1-10.

⁹⁰ OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). *The reform of Health Care: A comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Policy Studies, París; 1992.

● Fortalecimiento de la atención preventiva

La importancia de la atención preventiva se sustenta en que sus acciones tienen un efecto positivo en el bienestar de la población y en la economía de las instituciones de salud. Los programas preventivos están diseñados para evitar o retardar la ocurrencia de las enfermedades, detectarlas oportunamente, evitar o retrasar las complicaciones y evitar las muertes prematuras para mejorar la calidad de vida y ahorrar recursos.

El fortalecimiento de la atención preventiva es factible porque la población tiene acceso a servicios preventivos gratuitos, incluso la utilización de algunos de ellos (vacunas, atención prenatal), condicionan que algunos beneficiarios de programas sociales reciban el apoyo económico correspondiente. Este acceso a servicios preventivos es independiente de la afiliación de la población a las instituciones de seguridad social y/o de protección social en salud; en la práctica, cualquier persona puede acudir a una unidad médica para recibir atención preventiva. La disponibilidad de recursos e insumos es lo que limita el acceso. Un paso fundamental para el fortalecimiento de la atención preventiva es la vinculación interinstitucional y la estandarización de los sistemas de información en salud.

El Cuadro 5 toma como modelo de integración funcional la prevención de enfermedades crónico degenerativas y describe las cuatro funciones de los sistemas de salud y las estrategias recomendadas para lograr esta iniciativa.

Función	Estrategias
Rectoría efectiva en el sector	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumentar la capacidad de la Secretaría de Salud para influir en las políticas de cada institución y llevar una supervisión continua de todo el sistema ● Crear los mecanismos de interacción permanente con las instituciones integrantes del sector para que haya comunicación y consenso, a la vez que se obtiene el apoyo de las instituciones para operar las políticas de salud, en particular, las enfocadas a los programas preventivos
Financiamiento equitativo sostenible	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaborar una política nacional de establecimiento de precios de los servicios y en particular para los servicios preventivos ● Separar el sistema de pensiones para los empleados del IMSS y del ISSSTE ● Separar el comprador y el prestador de servicios ● Aumentar los recursos dirigidos a los programas de prevención
Generación de recursos suficientes y oportunos	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar equipamiento suficiente para la detección oportuna de cáncer de mama en forma conjunta entre las instituciones ● Capacitar al personal en la lectura de los resultados de mamografía y de papanicolaou
Prestación de servicios de alta calidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Unificar los programas preventivos en las instituciones de salud de Pemex, SEMAR y SEDENA ● Implementar una cartilla nacional de salud uniforme en todas las instituciones ● Hacer un registro nominal automatizado de acciones preventivas ● Aumentar la cobertura de los programas preventivos para las enfermedades crónicas ● Mejorar de la calidad de los programas preventivos ● Diseñar procedimientos unificados de evaluación interna y externa de los programas preventivos

Cuadro 5. Estrategias para lograr mayor integración funcional del sector con una perspectiva de programas preventivos para las enfermedades crónico-degenerativas

● Acceso a servicios de atención médica ambulatoria

El acceso a servicios de atención médica ambulatoria abarca la atención de los padecimientos más frecuentes, incluyendo servicios de rehabilitación. El avance de las instituciones de salud hace posible su integración funcional para ampliar los servicios de atención médica ambulatoria a toda la población, de forma que cada persona tenga acceso a los mismos servicios de atención primaria y con la misma calidad, independientemente de la institución que los provee.

Para ello es indispensable vincular la atención otorgada por las instituciones de seguridad social y la Secretaría de Salud que atiende a la población afiliada al SPSS (Sistema de Protección Social en Salud). En cuanto a la atención a la población sin seguridad social, el SPSS enfrentará el reto de la financiación, la cual será indispensable incrementar de forma paulatina para que sea más equitativa, a la vez que es deseable fortalecer su interacción con las instituciones de seguridad social, la cual deberá ser dinámica y flexible, de acuerdo con las condiciones locales en cada Estado.

Algunos aspectos adicionales que contribuyen a la integración funcional en la atención médica ambulatoria se refieren a subsanar las profundas diferencias en capacidad de producción de servicios entre las instituciones y a establecer regulaciones homogéneas para estas y las cuales se reflejan en la heterogeneidad en los niveles de calidad que las distintas unidades de atención ofrecen a los usuarios.

Asimismo es indispensable realizar distintas tareas, como:

- Establecer estándares de atención horizontales a todas las instituciones.
- Diversificar y fortalecer la participación de distintas disciplinas, como nutricionistas, trabajadoras sociales,

enfermeras, estomatólogos, gerontólogos sociales, cuyo número y acciones en el ámbito de las unidades de atención primaria es todavía mínimo y no alcanza a satisfacer las necesidades y demandas

- Incrementar las acciones de capacitación y formación de personal enfocado a la atención primaria.
- Incrementar la capacidad instalada, incluyendo tecnología y sistemas ágiles de información en salud.
- Incrementar la oferta de servicios para la atención a problemas sociales (violencia doméstica, salud mental, etcétera).

Es importante continuar trabajando en dirección a la cobertura universal como parte de un abordaje general de la atención primaria.

Las estrategias para mitigar el impacto de la crisis financiera también se pueden considerar oportunidades para consolidar la reforma (financiación, eficiencia y efectividad); el motivador debe ser

Las estrategias para mitigar el impacto de la crisis financiera también se pueden considerar oportunidades para consolidar reforma

hacia la eficiencia, como un estímulo para formas más efectivas de trabajo y no como un modelo que favorezca la reducción de los recursos. Se ha destacado la importancia de sostener los recursos indispensables para la prevención; en tiempos de crisis, la atención curativa tiene mayor peso político y se sacrifica el apoyo a acciones preventivas.

Las cambiantes necesidades y condiciones de salud de la población, cuyas manifestaciones sociales y epidemiológicas son evidentes por medio de cifras y estadísticas, hace considerar seriamente la necesidad de contar con una atención primaria ágil y capaz de evolucionar para responder a las necesidades sociales.

El carácter predominantemente público y fragmentado del sector salud mexicano motiva a tener la perspectiva de la integración funcional para lo cual será indispensable la voluntad y la participación de las distintas instituciones de salud. Los retos estructurales y financieros, así como las condiciones actuales de la población, presentan importantes desafíos para satisfacer las necesidades de salud de la población por lo cual es oportuno y pertinente iniciar este esfuerzo.

Conclusión

Un hecho afortunado es que la Organización Mundial de la Salud ponga de nuevo en el panorama mundial la importancia de la atención primaria. Con el reporte del 2008, pone de relieve que la atención primaria “es más necesaria hoy que nunca”. Sin embargo, y a pesar de los diversos reportes que señalan que la atención primaria es la estrategia más sustentable para proveer salud a las poblaciones, es un hecho que los países aún no responden integralmente a los retos inmediatos y futuros.

Las tareas son múltiples. Para México, y probablemente para otros países de la región, la integración funcional es una tarea impostergable. Esquemas de atención primaria que vayan más allá del otorgamiento de paquetes de salud y que se rijan bajo los valores marcados por la Organización Panamericana de la Salud, derecho a la salud, equidad y solidaridad son urgentemente necesarios. El acceso universal, la formación de recursos humanos, no solo médicos, que provean alta calidad y que sean evaluados por su desempeño, la administración de los recursos eficiente, son entre otras, algunas de las tareas por venir más importantes. Sin embargo, los sistemas de salud no serán suficientes. El enlace con el sector económico, educativo, de comunicaciones, transporte y de desarrollo social que incluya agua potable, drenajes, etcétera, es indispensable para cumplir con el precepto de alto nivel de salud para las poblaciones. El valor de equidad y el principio de justicia social deben sustentar cada política en salud que se ejecute. Poblaciones sanas debe ser la meta por alcanzar.

Bibliografía

- AQUINO, R., F. N. de Oliveira y otro. *Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities*, Am J Public Health, 2009; 99(1):87-93.
- ARIAS, R. J. *Atención primaria de salud en las grandes ciudades*, Fundación para la Educación Superior, Bogotá, 1989.164.
- ATKINSON, S., A. Cohn y otros. *Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil*, Health Promot Int, 2005, Jun; 20(2):167-75.
- BARRAZA, M., S. Bertozzi y otros. *Addressing inequity in health and health care in Mexico*, Health Affairs, 2002; 21(3): 46-57.
- BASTIAS, G., T. Pantoja y otros. *Health care reform in Chile*, CMAJ, 2008; 179(12):1289-1292.
- BEHAGUE, D. P., H. Goncalves y otros. *Making medicine for the poor: primary health care interpretations in Pelotas, Brazil*, Health Policy Plan; 17(2):131-143.
- BENSING, M. J., L. D. Roter y otro. *Communication patterns of primary care physicians in the United States and The Netherlands*, J Gen Intern Med, 2003; 18:335-342.
- BERGMAN, J. *Primary Health Care Transition Fund, Evaluation and Evidence*. Minister of Health Canada, Marzo, 2007 en <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/prim/2006-synthe-evaluation/index-eng.php> consultado el 26 de mayo de 2009.

- BIRCH, M. *Implementing equity: the Commission on Social Determinants of Health*, Bull World Health Organ, 2009; 87:3.
- BIXBY, L. R. *Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental*, Rev Panam Salud Pública, 2004; 15(2):94-103.
- BOJALIL, R., H. Guiscafre y otros. *Research report. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico*, Health Policy Plan, 1998; 13:323-331.
- BORZUTZKY, S. *Health in Chile: is the government doing everything it can to achieve social justice?*, Med Law, 2008, Sep; 27(3):645-59.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica*, Argentina, 2006.
- CAPORALE, J. E., H. Calvo y otro. *Costos de atención médica de personas con diabetes anteriores y posteriores a su hospitalización en Argentina*, Rev Panam Salud Pública, 2006; 20(6):361-368.
- CLEWER, A., D. Perkins. *Economics for Health Care Management*, Prentice Hall, 1998.
- COADY, D. *Alleviating structural poverty in developing countries: the approach of PROGRESA in Mexico*, Food Consumption Nutrition Division, International Food Policy Research Institute, febrero 2003.
- COORDINACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES. *Evaluación de los riesgos considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007*, Dirección de Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, México, 2007.

- CHAWLAA, M., P. Bermanb y otros. *Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow*, Soc Science & Med, 2002.
- DONALDSON, M., K. Yordy y otro. *Primary Care; America's Health in a New Era*, Institute of Medicine, Editors, Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine, 1996.
- FRENK, J., J. Sepúlveda y otros. *Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico*, The Lancet, 362(9396):1667-1671.
- FRENK, J., E. González Pier y otros. *Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico*, Lancet, 2006, octubre 28, 368(9546):1524-34.
- GARCÍA PEÑA, C., O. Muñoz y otro. *Family Medicine in the dawn of the 21st century*, Conferencia Americana Médico Social, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2005.
- GARCÍA PRADO, A., M. Chawla. *The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica*, Health Policy Plan, 2006; 21(2):91-100.
- GARMENDIA, A., F. Nava. *Los trabajadores en la estrategia de calidad del IMSS*, El cotidiano, 2002, 18(112):15-23.
- GEORGE, J. T., K. S. Rozario y otros. *Non-European Union doctors in the National Health Service: why, when and how do they come to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland?*, Hum Resour Health, 2007, febrero 27; 5:6.
- Gollogly, L. *Ways around the NHS*, Lancet, 2004; (363):914.
- HAM, C. *Chronic Care In The English National Health Service: Progress And Challenges*, Health Aff, 2009; 28(1):190-201.

- HARZHEIM, E. *et al.* *Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil*, BMC Health Services Research, 2006, 6:156.
- HORTON, R. *The global financial crisis: an acute threat to Health*, The Lancet, 2009; 373(9661):355-356.
- HUTCHISON, B., J. Abelson y otro. *Primary Care In Canada: So Much Innovation, So Little Change*, Health Aff, 2001; 20(3):116-131.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. *Memoria Estadística 2007*. Capítulo III. Prestaciones Médicas en http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/memoria_estadistica.htm consultado el 26 de mayo de 2009.
- JONSSON, B., P. Musgrove. *Government Financing of Health Care. Innovations in Health Care Financing*, World Bank, 1997, Washington.
- KEPP, M. *Cracks appear in Brazil's primary health-care programme*, Lancet, 2008; 372:877.
- KNAUL, F., J. Frenk. *Health Insurance In Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform*, Health Affairs, 2005; 24(6):1467-1476.
- KNOWLEDGE, Network. *The Health Systems Knowledge Network Network*, University of Ghent, 2007.
- KOPPEL, A., K Meiesaar y otros. *Evaluation of primary Health care reform in Estonia*, Soc Science & Medicine, 2003; 56:2461-2466.
- KUMAR, B. K. *Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed program in the developing countries*, BMC Public Health, 2004, 4:11.

- LARRE, B., M. Bonturi. *Public Spending in Mexico: How to Enhance its Effectiveness*, OECD, 2001.
- LARIZGOITIA, I., B. Starfield. *Reform of the primary health care. The case of Spain*, Health Policy, 1997(41):121-137.
- LEWIN, S., J. Lavis y otro. *Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews*, Lancet, 2008; 372:928-39.
- LONDOÑO, J. L., J. Frenk. *Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America*. Health Policy, 1997;41:1-36.
- MACEIRA, D., C. Cejas y otros. *Enseñanzas y desafíos de las iniciativas de participación comunitaria en atención primaria de la salud*, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), 2006.
- MACQ, J., P. Martiny y otros. *Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: issues and challenges*, Health Policy, 2008;87(3):377-88.
- MAESENEER, J. de, M. Van Driel y otros. *The need for research in primary care*, Lancet, 2003;362:1314-1319.
- MAESENEER, J. de, S. Willams y otros. *Primary health care as strategy for achieving equitable care. A literature review commissioned by the Health Systems*. WHO, 2007.
- MCDONALD, R., M. Roland. *Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences*, Ann Fam Med, 2009; 7:121-127.
- MENDIZÁBAL, G. *Reflexiones sobre la financiación de la seguridad social*, Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social, Biblioteca CIES 5, México, 2006.

- MINISTERIO DE SALUD. *Atención primaria y estrategia salud de la familia en Brasil*. Política Nacional de Atención Primaria, Brasil 2006 en http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/psf_espanol.pdf consultado el 26 de mayo 2009.
- MOORES, G. D., R. D. Wilson y otros. *Improving the Quality and Capacity of Canada's Health Services: Primary Care Physician Perspectives*, Health Policy, 2007; 3(2):e145–e161.
- NORTH, N., S. Peckham. *Analysing structural interest in Primary Care Groups*, Social Policy & Administration, 2001; 35(4):426–440.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. *The reform of Health Care: A comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Policy Studies, París, 1992.
- . *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*, París, 2005.
- O'TOOLE, P. T., M. P. Simms y otro. *Primary care office policies regarding care of uninsured adult patients*, J Gen Intern Med, 2001; 16:693–696.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). *Brazil Health systems and services profile. 2008* en http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=156 conusltado el 26 de mayo 2009.
- . *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization*, World Health Organization (PAHO/WHO), Washington, 2007.
- PAVIN, M., T. Nurgozhin y otros. *Prescribing practices of rural primary health care physicians in Uzbekistan*, Tropical Medicine and International Health, 2003; 8(2):182–190.

- PÉREZ CUEVAS, R., H. Reyes y otros. *The primary care clinic as a setting for continuing medical education: program description*, CMAJ, 2000; 163(10):1295-1299.
- POLLOCK, M. A. *Will primary care trusts lead to USstyle health care?*, BMJ, 2001; 322:964-967.
- RICO, A., B. R. Saltman. *Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care, Social Policy & Administration*, 2003; 37(6):592-608.
- RODRÍGUEZ, J., M. Fernández y otros. *La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas*, Aten Primaria, 2006; 38(9):519-22.
- ROHDE, J., S. Cousens y otro. *30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries?*, Lancet, 2008; 372:950-61.
- ROMÁN, O., S. Pineda y otro. *Perfil y número de médicos generales que requiere el país*, Rev Méd Chile, 2007; 135:1209-1215.
- RUEZGA, A. *Desafíos de la reforma del seguro social en México*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Serie Biblioteca CIESS 2, México, 2005.
- SÁENZ, M. R. et al. *Atención primaria de salud en Costa Rica: 25 años después de ALMA ATA*, Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), 2005.
- SALTMAN, B., O. Ferroussier-Davis. *On the Concept of Stewardship in Health Policy*, Bulletin of the World Health Organization, 2000; 78:6732-39, 735.
- SANDY, L., S. Schroeder. *Primary care in a new era: disillusion and dissolution?*, Ann Intern Med, 2003; 138:262-267.
- SCHOEN, C., R. Osborn y otros. *Primary Care and Health System Performance: Adults' experiences in five countries*, Health

- Affairs-Web Exclusive (DOI 10.1377/hlthaff.W4.487), Posting date: October 28, 2004.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Plan Nacional de Salud 2001-2006*, México.
- STARFIELD, B. *Primary care: concept, evaluation, and policy*, Oxford University Press, USA, 1992.
- STARFIELD, B., L. Shi y otro. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, The Milbank Quarterly, 2005; 83(3):457-502.
- SOBCZAK, A. *Opportunities for and constraints of health services in Poland*, Int J Integr Care, 2002; 2:1-10.
- THE LANCET'S EDITORIAL. *A renaissance in primary care*, The Lancet, 2008; 372:863.
- TOBAR, F., R. Falbo. *¿Cuánto se gasta en atención primaria de la salud en Argentina?*, Medicina y Sociedad, 2006; 4.
- TOVEY, P., J. Adams. *Primary care as intersecting social worlds*, Soc Sci & Med, 2001; 52:695-706.
- WESTHEIMER, M. J., M. Steinley-Bumgarner. *Primary Care Providers' Perceptions of and Experiences With an Integrated Healthcare Model*, J Am Coll Health, 2008; 57(1):101-108.
- WILTON, P., R. Smith. *Primary care reform: a three country comparison of budget holding*, Health Policy, 1998; 44:149-166.
- WOODWARD, V., C. Webb C. y otro. *Nurse consultants: organizational influences on role achievement*, J Clin Nurs, 2006; 15:272-280.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. *Primary Health Care: Now More Than Ever. The World Health Report 2008*, World Health Organization, Washington.

- , *How the public interest is protected*, chapter six. The World Health Report, who, Geneva, 2000.
- , *Informe sobre la salud en el Mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, oms, Ginebra, 2000:25-51.



Para la
publicación de esta obra
se contó con la colaboración de
Martín Gómez y Jacqueline Briño
en el cuidado de la edición; el diseño de
interiores y la diagramación estuvieron a
cargo de Miriam Gómez y Mariana Sierra,
mientras que el diseño de cubiertas
es de Brenda Serrano Casasola. La
impresión se realizó en los talleres
de Solar, Editores durante
junio de 2009.

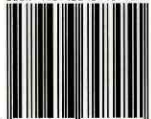
LA ATENCIÓN PRIMARIA: EQUIDAD, SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Este libro aborda la atención primaria como estrategia de organización de un modelo de atención que priorice la universalidad de la cobertura en un marco de equidad y de la integralidad de las acciones de salud, ya sea que se dirijan a la promoción y prevención, o la curación y rehabilitación. Desde esa perspectiva, los autores evitan la visión de una atención primaria básica, para los pobres, centrada en pocas intervenciones de alta repercusión y bajo costo. Se trata, entonces, de una obra con aportaciones renovadoras después de tres décadas de debates sobre reforma en los que fue poco considerada la organización de la atención.

SALUD. EL RETO DEL BIENESTAR

En los brevarios de la colección *Salud. El Reto del Bienestar* se analizan temas relacionados con políticas públicas, enfoques teóricos, diseño de sistemas de salud, resultados de programas, gerencia de servicios e investigaciones diversas que demuestran la importancia de la salud para una protección social integral. De ahí que se resalte el estudio de la atención al adulto mayor y de otros grupos en situación de fragilidad, así como experiencias e innovaciones dirigidas a alcanzar sociedades con condiciones de salud más equitativas.

ISBN 978-958-1748-45-1



9 789686 748451