



Atención Primaria de Salud en Suramérica

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD

Director Ejecutivo

José Gomes Temporão

MINISTROS DE SALUD DE SURAMÉRICA EN ABRIL DE 2015

Daniel Gustavo Gollan – Argentina

Ariana Campero Nava – Bolivia

Arthur Chioro – Brasil

Carmen Castillo Taucher – Chile

Alejandro Gaviria Uribe – Colombia

Carina Vance Mafla – Ecuador

Bheri Ramsaran – Guyana

Antonio Barrios – Paraguay

Aníbal Velásquez Valdivia – Perú

Michel Blokland – Suriname

Jorge Basso – Uruguay

Henry Ventura Moreno – Venezuela

CONSEJO EDITORIAL DEL ISAGS

Ernesto Báscolo

Juan Eduardo Guerrero

Juan Garay

Laura Nervi

Lígia Giovanella

Luis Beingolea

Oscar Feo Istúriz

Paulo Buss

Atención Primaria de Salud en Suramérica

Abril de 2015

Copyright @ 2015 Isags

Organizado por:

Lígia Giovanella

Traducción y revisión de textos: *Jorge Davidson*

Tapa y proyecto gráfico: *Carlota Rios*

Edición e imágenes: *Carlota Rios y Robson Lima*

Tapa inspirada en la obra del artista uruguayo Torres García

Investigadoras asistentes: Suelen Oliveira y Gabriella Carrilho

Apoyo: Camilla Ibiapina, Flávia Bueno, Laura Santana, Luana Bermudez, Mariana Moreno y Renan Capossi

Catalogación en la fuente

A864 Atención primaria de salud en Suramérica / organizado
2015 por Lígia Giovanella. Rio de Janeiro: Isags: Unasur,
2015.

298 p.

ISBN 978-85-87743-24-4

1. Salud pública. 2. Atención primaria de salud. 3. Región
suramericana. I. Giovanella, Lígia (org.). II. Instituto
Suramericano de Gobierno en Salud. III. Unión de
Naciones Suramericanas.

CDD 23.ed. – 614

Contactos del Isags

Av. Rio Branco, 151 - 19º andar - Centro

20040-911 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Tel.: + 55 21 2505-4400

Email: isags@isags-unasur.org

www.isags-unasur.org

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva
responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la
organización.



Autores

Gilberto Ríos Ferreira

Médico, especialista en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar); máster en Políticas y Gestión en Salud Europa-América Latina de la *Università di Bologna*, Italia; diplomado en Salud Pública, Facultad de Medicina – Udelar. Es asistente académico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva, Uruguay.

Hedwig Goede

Médica, máster en Salud Pública de la Universidad de Michigan, Estados Unidos. Es consultora en salud pública en la región del Caribe, con sede en Suriname.

Herland Tejerina Silva

Médico, doctor en Salud Pública de la Universidad Católica de Lovaina (ULC), Bélgica. Es profesor de posgrado en la Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia.

Lígia Giovanella

Médica, doctora en Salud Pública de la *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca* de la *Fundação Oswaldo Cruz* (Ensp/Fiocruz), Brasil, con posdoctorado en el Instituto de Sociología Médica de la Universidad de Frankfurt. Es investigadora titular de la Ensp/Fiocruz.

Naydú Acosta Ramírez

Médica, doctora en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca-México. Es profesora asociada en el Departamento de Salud Pública y Epidemiología, en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia.

Oscar Feo Istúriz

Médico, especialista en Salud Pública y Salud de los Trabajadores. Es profesor titular de la Universidad de Carabobo y del Instituto de Altos Estudios del Ministerio de Salud, Venezuela.

Patty Fidelis de Almeida

Psicóloga, doctora en Salud Pública de la *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca* de la *Fundação Oswaldo Cruz* (Ensp/Fiocruz), Brasil. Es profesora adjunta del *Departamento de Planejamento em Saúde* del *Instituto de Saúde Coletiva* de la *Universidade Federal Fluminense* (UFF), Brasil.

Román Vega Romero

Médico cirujano, doctor en Administración y Políticas de Salud de la Universidad de Hull, Inglaterra. Es profesor titular de la Pontificia Universidad Javeriana en los Posgrados de Administración en Salud y Salud Pública, Maestría de Política Social y Doctorado Interfacultades de Ciencias Sociales y Humanas, Colombia.

Suelen Oliveira

Psicóloga, máster en Ciencias de la Salud de la *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca* de la *Fundação Oswaldo Cruz* (Ensp/Fiocruz), Brasil. Es profesora de la Universidad Centro ABEU, Brasil.

Índice

Presentación	9
Prefacio – Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos	15
<i>Oscar Feo Istúriz</i>	
Capítulo I – Atención primaria de salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral?	23
<i>Lígia Giovanella, Román Vega Romero, Herland Tejerina Silva, Patty Fidelis de Almeida, Gilberto Ríos Ferreira, Hedwig Goede, Naydú Acosta Ramírez, Suelen Oliveira</i>	
Capítulo II – Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay	59
<i>Gilberto Ríos Ferreira</i>	
Capítulo III – Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿Transición hacia la atención primaria integral?	111
<i>Herland Tejerina Silva</i>	
Capítulo IV – Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil	155
<i>Patty Fidelis de Almeida</i>	
Capítulo V – La atención primaria en sistemas de salud basados en el aseguramiento: El caso de Chile, Colombia y Perú	195
<i>Román Vega Romero, Naydú Acosta Ramírez</i>	
Capítulo VI – Atención primaria de salud en Guyana y Suriname: Diversidad y desafíos para superar inequidades en salud entre poblaciones del interior y de la costa	257
<i>Hedwig Goede</i>	
Lista de siglas y acrónimos	295



Presentación

El Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags/Unasur) tiene como función realizar investigaciones sobre políticas de salud y sistematizar, organizar y difundir información técnico-científica en salud que apoye la toma de decisiones y fortalezca los procesos del liderazgo en salud en Suramérica. A partir de este mandato, el Isags/Unasur elaboró y publicó en 2012 su primer libro, “Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad”. En 2013, el instituto publicó su segundo libro, “Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental”. Ambas publicaciones fueron resultado de un largo trabajo de investigación y articulación con los 12 países miembros de Unasur.

El Consejo Suramericano de Salud aprobó en el Plan Operativo Anual 2013 del Isags la realización del Mapeo de los Modelos de Atención Primaria de Salud (APS) en los países de Suramérica. Comprendemos esta acción como una oportunidad para discutir las concepciones de APS y también para investigar cómo la atención primaria está contribuyendo a la construcción de sistemas universales de salud en la región.

El proyecto tuvo como objetivo proporcionar un panorama inédito de la organización de la APS en la región, identificando experiencias exitosas, desafíos y tendencias en su implantación. La investigación de los diversos modelos de APS vigentes en los 12 países de Suramérica reveló datos respecto a la prestación, organización y coordinación de los cuidados, la fuerza de trabajo, el financiamiento, la gestión y la participación social, pasando por cuestiones como intersectorialidad e interculturalidad, presentando tendencias, desafíos y también experiencias de éxito.

El mapeo se inició en noviembre de 2013, cuando cinco consultores de países miembros de Unasur fueron seleccionados por el Isags. El equipo compuesto para realizar la investigación elaboró una matriz metodológica, constituida por ocho

dimensiones, para facilitar y uniformizar las informaciones recolectadas por los consultores en cada uno de los 12 países de Suramérica. El objetivo fue construir un panorama suramericano que partiera de una misma matriz de investigación.

En los meses de enero y febrero del año 2014 estos investigadores, divididos por regiones, salieron a campo, donde recopilaron información gracias a la colaboración de los Ministerios de Salud de los países con el apoyo del Grupo Técnico de Sistemas Universales de Salud del Consejo Suramericano de Salud.

Los resultados obtenidos por los consultores se presentaron en el taller “Abordajes de la Atención Primaria de Salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas alejadas y vulnerables en los países suramericanos”, que fue realizado por el Instituto entre los días 13 y 15 de mayo de 2014 en Río de Janeiro. El Taller contó con la participación de representantes de los 12 Ministerios de Salud de las naciones suramericanas y ofreció a los consultores la oportunidad de presentar los resultados preliminares de la investigación a los representantes de los países suramericanos y debatir el contenido y los datos recolectados para la elaboración de los documentos autorales.

Los documentos autorales producidos por los consultores del proyecto tienen carácter descriptivo y presentan la síntesis de los resultados obtenidos en el mapeo de la APS de cada uno de los 12 países de Suramérica. Los documentos fueron divulgados en el boletín electrónico del Isags a lo largo del segundo semestre del 2014 y presentan un insumo más para apoyar el debate actual sobre la APS en la región. Todos están disponibles en la biblioteca del sitio del Instituto en español y también pueden encontrarse en el idioma original en que fueron escritos: el de Brasil, en portugués, y los de Guyana y Suriname, en inglés.

Así como los dos primeros libros publicados por el Isags/Unasur, este libro es resultado de un amplio trabajo de investigación, articulación con los países, análisis y consolidación de las experiencias en la región suramericana. El libro **“Atención Primaria de Salud en Suramérica”** es la tercera publicación organizada por el Instituto y busca, a través de un enfoque analítico, identificar desafíos y tendencias de la APS en la región.

El contenido de este libro fue dividido en seis capítulos. El primero presenta un panorama crítico de la atención primaria en los países de Unasur a través de un análisis transversal que señala problemas compartidos por los países y sugiere caminos para solucionarlos. Los cinco capítulos siguientes fueron elaborados por los consultores contratados por el Isags para el proyecto de mapeo y reúnen convergencias de tendencias entre los países. Se agruparon en un capítulo, por ejemplo, las experiencias en APS de los países con sistemas basados en el seguro de salud y, en otro, las naciones con propuestas similares de búsqueda por la atención integral.

Asimismo, se consideraron criterios como la proximidad geográfica (que facilitó el trabajo de campo) y la historia compartida.

Sirvieron de insumos para este libro el material resultante del mapeo, considerando aspectos como conducción, financiamiento, recursos humanos, características de la organización y de la prestación de los servicios de APS, las entrevistas realizadas con autoridades de los países y con los puntos focales de los Ministerios de Salud, indicados por representantes del Grupo Técnico de Sistemas Universales de Salud (GT-SUS) del Consejo de Salud Suramericano (CSS), y los resultados del taller “Abordajes de la Atención Primaria en Salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas alejadas y vulnerables en los países suramericanos”.

Reconocemos que este estudio fue posible gracias a la generosa colaboración de todos los entrevistados: autoridades nacionales, autoridades locales y responsables por los establecimientos de atención primaria visitadas en las ciudades de Suramérica. A todos ellos: ¡gracias!

La iniciativa del libro no se restringe a la producción de conocimiento, sino que busca también estimular la formulación de estrategias en los niveles local, nacional y regional, reconociendo la APS como eje fundamental para la concretización de los sistemas universales de salud en la región suramericana. Se espera que esta publicación sirva para proporcionar a los gobiernos información que permita identificar políticas estratégicas de actuación regional o local, facilitando la toma de decisiones y fortaleciendo Unasur en su conjunto.

Dirección del Isags-Unasur





Prefacio

Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos

Oscar Feo Istúriz

El Isags, dando cumplimiento a los mandatos de los Ministros de Salud, ha realizado una investigación de singular importancia para caracterizar y analizar el papel de la Atención Primaria de Salud (APS) en los sistemas de salud de los países miembros, la cual se publica en este libro. Este trabajo permite un replanteamiento político conceptual de la APS en el marco de la salud como derecho humano y social fundamental. Construye una rica metodología de análisis basada en ocho dimensiones: 1. Conducción, 2. Financiamiento, 3. Prestación y organización, 4. Coordinación de los cuidados e integración en la red de servicios, 5. Fuerza de trabajo, 6. Actividades intersectoriales, 7. Participación social y 8. Interculturalidad; lo que posibilita hacer un certero diagnóstico de la situación de la APS en la región suramericana. Además, sintetiza la situación de la APS en cada uno de los países que conforman Unasur, convirtiéndose en un documento de análisis y reflexión para la acción. Felicitaciones al Isags que, una vez más, cumple su rol como centro de pensamiento estratégico en salud.

Ahora, permítanme hacer algunas consideraciones en torno a la Atención Primaria de Salud. Mucha gente cree que tuvo su origen en Alma-Ata, pero es necesario recordar que existieron muchas experiencias previas, dos de ellas, muy conocidas: los *feldsher*, de Rusia y algunos países de Europa central y oriental, y los médicos descalzos de China, que acompañaron la revolución cultural a finales de la década de los sesenta, ambas basadas en personal no médico entrenado para resolver problemas de salud en áreas rurales. Pero mencionaré también dos experiencias más cercanas y menos conocidas de Latinoamérica: la primera es la “medicina simplificada” en Venezuela (González, 1968), donde a partir de 1962 se desarrolló una propuesta para llevar salud a regiones rurales, entrenando a pobladores de esas comunidades para convertirlos en “auxiliares de medicina simplificada”, llegando a cubrir más de 3.000 ambulatorios rurales. La segunda experiencia fue

centroamericana, basada en programas de salud comunitaria con fuerte influencia de la teología de la liberación y las ideas de Paulo Freire sobre educación popular (Zúñiga, 2003).

Sin embargo, es a partir de la Conferencia Internacional sobre “Atención Primaria de Salud” realizada en Alma-Ata, en 1978, que la APS se difunde e institucionaliza mundialmente, en parte gracias a un singular documento conocido como Declaración de Alma-Ata, de gran importancia en la historia de la salud mundial y que tiene el valor de reconocer las graves desigualdades existentes y reclamar un “nuevo orden mundial” que permita salud para todos a través de la estrategia de atención primaria de salud. Esa Declaración incorpora conceptos claves y novedosos para la época. En primer lugar, la salud como derecho humano, señalando la responsabilidad del Estado de garantizarla; en segundo lugar, la universalidad y la integralidad como elementos claves de la organización del cuidado de la salud, reconociendo y exigiendo acción intersectorial; y por último, la organización y participación de la comunidad como componente central de la construcción social de la salud.

No obstante, la polisemia de nuestra lengua le jugó una mala pasada a la APS, ya que la palabra “primario” tiene acepciones radicalmente opuestas: primario como esencial y fundamental, y primario como primitivo y elemental. Por supuesto, muchas organizaciones optaron por la segunda acepción, convirtiendo la APS inicialmente integral, en APS selectiva con unas pocas prestaciones, antecediendo a los “paquetes básicos” que caracterizaron las reformas neoliberales de los noventa. En esa reformulación de la APS jugaron un papel fundamental la Fundación Rockefeller y Unicef, quienes apenas un año después de Alma-Ata promovieron una conferencia internacional en Bellagio, donde surgió la APS selectiva, reducida a unas pocas prestaciones entre las cuales se destacan las sales de rehidratación oral, inmunizaciones y lactancia materna, dirigidas a los sectores más empobrecidos de la población (Testa, 1993; Giovanella, 2008).

Por otro lado, se considera que hubo un importante problema semántico desde el principio, ya que el “*Primary Health Care*” del inglés fue traducido como “Atención Primaria de Salud”, cambiando el término “cuidado” por “atención” y utilizando el confuso “primario”, que según algunos debió haber sido “integral”. Un artículo publicado por Tejada (2003), quien fuera el coordinador de la conferencia de Alma-Ata y subdirector general de la OMS, señala que el término “cuidado integral de la salud” expresa mejor el sentido primigenio de Alma-Ata. Esa situación crea lo que algunos consideran el pecado original de la APS, al permitir que sea considerada como “atención sanitaria básica”, reduciendo la APS integral a una APS selectiva. En ese camino se perdió la carga política transformadora de la idea de salud para todos y se dio mayor relevancia a la APS como estrategia operativa desprovista de su sentido inicial.

Entonces, podemos afirmar que el término APS generó una gran confusión que aún se mantiene. Hay países donde APS remite exclusivamente al primer nivel de atención, mientras que en otros abarca programas especiales para los más pobres, o a veces hasta una oficina o dirección del Ministerio de Salud, dejando a un lado las ideas centrales de la APS. Como señala Rovere (2012), la APS ha servido para todo, para programas realmente transformadores o para que los organismos financieros promuevan paquetes de servicios.

La OMS publicó en 1991 un interesante texto, “De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino”, que contiene el discurso de Halfdan Mahler, gran sanitarista danés, quien como director de la OMS clausuró la conferencia de Alma-Ata con un discurso memorable en el cual formulaba ocho preguntas que, según él, definirían el éxito y el futuro de la APS. Entre esas preguntas estaban: ¿Hay disposición para enfrentar el abismo que separa a los “privilegiados” de los “desposeídos”? ¿Estamos dispuestos a cambiar los servicios de salud, colocando a la APS en el centro? ¿Estamos dispuestos a comprometernos políticamente y asignar los recursos necesarios? ¿Estamos dispuestos a superar las resistencias sociales, económicas y profesionales? En las respuestas a esas preguntas está la clave del porque no se alcanzó la salud para todos en el año 2000 (OMS, 1991). Es evidente que no hubo ni el compromiso político para superar las desigualdades ni para construir un nuevo orden mundial, indispensables para lograr la salud para todos utilizando la APS como estrategia. Hoy, a casi cuarenta años de Alma-Ata, se mantiene esa situación. Se han realizado muchas reuniones y organizado muchas comisiones para analizar las causas que impidieron ese logro, pero seguimos buscando el “nuevo orden mundial” que, con justicia y solidaridad, permita salud para todos.

Casi finalizando, una reflexión sobre las perspectivas de la APS. En el 2003, con ocasión de los 25 años de la reunión de Alma-Ata, la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS promovió un proceso de análisis y evaluación de la APS que permitió extraer las lecciones aprendidas en esos 25 años. Como resultado de ese proceso se elaboró una propuesta que hoy se conoce como APS renovada y se complementa con las redes integradas de servicios de salud y sistemas de salud basados en la APS. Pero para hacer realidad ese relanzamiento de la APS es indispensable hacer cambios sustanciales: pasar del paradigma de la enfermedad al de la salud, fortalecer sistemas públicos y universales de salud y nuevos modelos de atención y gestión, con real participación de las comunidades y organizaciones sociales (OPS/OMS, 2007).

Es necesario cambiar el modelo flexneriano de formación de profesionales de la salud, dirigido a la enfermedad y con una visión fragmentada que conduce inevitablemente a la subespecialización, marcada por formas de práctica cada vez más deshumanizadas y mercantilizadas. Necesitamos un modelo de formación más

integral, solidario y humano, que incorpore el concepto de determinación social de la salud y la enfermedad y facilite la acción intersectorial.

Debemos reconceptualizar la integralidad, asumiéndola como una combinación de enfoques conceptuales y estrategias de acción a lo largo de todo el ciclo vital y

en los diversos espacios de la vida social, con participación social concebida como problema de poder, de capacidad real para decidir. Sólo con la redistribución del poder y la capacidad de decisión tendremos una APS transformadora.

Para concluir, un comentario y una propuesta sobre la APS y la agenda sanitaria mundial. En los últimos cuarenta años la agenda de la salud varió desde la APS en los



ochenta, las reformas y paquetes básicos en los noventa, los ODM en los primeros años del nuevo siglo y pareciera que quiere imponerse ahora la Cobertura Universal de la Salud. Pero atención, en los últimos años, gracias al gran desarrollo científico-técnico, ha ocurrido un significativo cambio en el sentido y la significación de la salud y de la medicina, que pasó de ser una práctica eminentemente clínica a una de elevada densidad tecnológica, cambio fundamental que coloca a la salud y la medicina como componente importante de la economía, al convertirse en un factor de producción y acumulación de capital.

Hoy, grandes corporaciones privadas químico-farmacéuticas, tecno-médicas y de seguros conforman un complejo médico industrial financiero de la salud, que se ha convertido en un importante actor en las arenas de definición de las políticas de salud. Desde esa perspectiva, uno de los determinantes fundamentales de las políticas de salud son los intereses económicos y, por lo tanto, hay que tener cuidado para detectar cómo se cuelan esos intereses en la agenda global de salud. Se ha denunciado que la propuesta de Cobertura Universal pareciera ser funcional al capital y al mercado al llevar implícito el aseguramiento con participación protagónica del sector privado (Heredia et al., 2014).

Ante esa situación y para abordar integralmente el tema de la agenda sanitaria post 2015, proponemos dos categorías fundamentales: los Sistemas Públicos Universales de Salud y la Determinación Social de la Salud, ambos en el marco de una concepción de salud como derecho humano y social fundamental para la población. En ese contexto, la APS puede jugar un papel de primer orden, al convertirse en un factor de transformación del sistema de salud. Con Unasur, estamos convencidos

de que la integración es el camino para avanzar en la construcción de la salud y el bienestar para nuestros pueblos. Sólo unidos podremos resolver las graves desigualdades sociales que nos afectan y avanzar hacia un modelo de desarrollo más humano y solidario en el que prime una cultura de paz y justicia social, donde pueda haber salud para todos.

En plena sintonía con los países que acogen la propuesta del “vivir bien” como modelo que permite satisfacer las necesidades de todos y todas en armonía con la naturaleza, planteamos la necesidad de una resignificación de la APS: atrevámonos a dejar atrás el pasado, aprendiendo de él, pero superándolo, y asumamos una propuesta de **cuidado integral de la salud con la participación de todos y todas**.

REFERENCIAS

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cadernos de Saúde Pública 2008; 24(Sup.1):S21-S23.

González CL. Atención médica de la población dispersa – Experiencia de Venezuela. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1968; 57-70.

Zúniga, MH. Donde comienza la vida comienza la Atención Primaria en Salud. Managua: Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria; 2003. 32p.

Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. The right to health: what model for Latin America? The Lancet 2014; 385(9975):34-37.

OMS – Organización Mundial de la Salud. De Alma Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS; 1991.

OPS/OMS – Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington DC: OPS/OMS; 2007.

Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. Saúde em Debate 2012; 36(94):327-342.

Tejada de Rivero DA. Alma Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud 2003; 8(1):1-7.

Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.





Atención primaria de salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral?

*Lígia Giovanella
Román Vega Romero
Herland Tejerina Silva
Patty Fidelis de Almeida
Gilberto Ríos Ferreira
Hedwig Goede
Naydú Acosta Ramírez
Suelen Oliveira*

INTRODUCCIÓN

En América del Sur, desde la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) en 1978, persisten tensiones entre distintas formas de concebir y abordar la implementación de la APS en los países a lo largo del tiempo. La Declaración de Alma-Ata difundió una concepción de atención primaria de la salud integral, que la interpreta como parte de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social de una sociedad, que involucra la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social.

La concreción de estos principios varía en cada país y los abordajes de APS en Suramérica presentaron distintos énfasis en las últimas décadas conforme a los diversos contextos políticos y modalidades de sistemas de protección social y de sistemas de salud prevalentes (Conill et al., 2010; Rovere, 2012; Tejerina Silva et al., 2009, Acosta Ramírez et al., 2011).

En los años 1980 y 1990, en diversos países de América del Sur, en los contextos autoritarios y de ajustes macroeconómicos estructurales, se adoptaron modelos de APS selectivos y focalizados promovidos por agencias financieras multilaterales que propugnaban la reducción del rol del sector público y la implementación de paquetes mínimos de servicios de salud, dirigidos a grupos poblacionales marginados (Labonté et al., 2009). Se reforzaron programas verticales dirigidos a grupos poblacionales o problemas de salud específicos con la creación de seguros focalizados, lo que profundizó la segmentación en los sistemas de salud de los países de la región y las inequidades sociales (Soares, 2001). Con las reformas sectoriales de los sistemas de salud con orientación de mercado y basadas en el aseguramiento, en muchos

casos la APS devino un modelo afectado por la separación de la gestión del riesgo individual y colectivo en salud, el empaquetamiento de los beneficios en salud, la focalización de los dominios de intervención, la atención administrada, la reducción de costos de la atención, la segmentación y fragmentación de los sistemas de atención en salud, el mix público/privado del aseguramiento y de la provisión, la competencia entre aseguradores y prestadores de servicios y por la limitación de la participación comunitaria y social y de los alcances de la acción intersectorial por la salud.

En la primera década del siglo XXI, con los cambios políticos y del modelo de desarrollo en algunos países, fruto de los procesos de redemocratización y asunción de gobiernos más comprometidos con la justicia social, se observa un proceso de revitalización de la APS en su abordaje integral de acuerdo con la concepción de Alma-Ata. Se busca la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud, reducir las inequidades en salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud.

Al mismo tiempo, agencias internacionales de salud como la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS, 2005) y la organización Mundial de Salud (OMS, 2008) instaron a los países miembros a renovar la APS para lograr la cobertura universal y promover la equidad en salud.

Las características y magnitud de estos procesos de renovación de la APS en la Región aún son poco conocidos, en parte por su historia reciente, en parte por el esfuerzo de investigación que implica abarcar procesos en tan diversos países. El objetivo del presente capítulo es ofrecer un panorama de la APS en los 12 países de América del Sur, analizar los abordajes, sus condicionantes y los desafíos para implementar una atención primaria integral en salud en la Región.¹ Se busca identificar las concepciones que orientan los modelos asistenciales en implementación en los países de Suramérica y explorar la hipótesis de que, a diferencia de lo supuesto por la OPS/OMS (2005), que la APS sería la guía para el fortalecimiento de los sistemas de salud, las modalidades de protección social en salud y la segmentación de los sistemas de salud condicionan la concepción de APS implementada y obstaculizan la implementación de nuevos modelos de APS integral.

El mapeo de la APS en Suramérica

Este capítulo presenta los principales resultados del mapeo sobre la atención primaria de salud en los doce países de América de Sur realizado por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), organismo internacional del Consejo de Salud Suramericano, de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur).

¹ Una primera versión resumida de este capítulo fue publicada en un artículo en la revista *Saúde em Debate* n. 105 de 2015.

La elaboración de un “Mapeo de los Modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur” por el Isags fue propuesto por el Consejo de Ministros de Salud de Unasur con el objetivo de proporcionar conocimientos sobre las concepciones, modelos, experiencias y desafíos actuales de la atención primaria de salud (APS) en la Región. Se propuso proveer un panorama sintético de la APS en Suramérica ordenado a partir de dimensiones comunes e informaciones similares, proporcionando a los países conocimientos mutuos de la atención primaria.

Trazar paralelos y contrastar experiencias posibilita identificar y comprender problemas compartidos y conocer posibilidades de soluciones según las enseñanzas de las experiencias desarrolladas en cada país, que puedan impulsar otras políticas nacionales o regionales. Se buscó, de esta forma, contribuir con la orientación de políticas estratégicas para intervención regional o local en el camino de la construcción de sistemas públicos universales de salud y de la garantía del derecho humano a la salud.

Se realizaron estudios de caso para cada uno de los doce países de América del Sur con base en una metodología similar, incluyendo múltiples estrategias de recolección de datos e informaciones: revisión de literatura, análisis de documentos, visitas a ministerios de salud y servicios de APS, entrevistas con informantes clave e intercambio con organizaciones comunitarias. Con el apoyo de los representantes nacionales del Grupo de Trabajo en Sistemas Universales de Salud de Unasur, fueron organizadas y realizadas visitas a los países, con entrevistas en los ministerios de salud, relevamiento de datos y documentos y observación *in situ* de experiencias y servicios de APS seleccionados por los ministerios de salud en el período de noviembre de 2013 a abril de 2014.

La recolección de información para los mapeos de APS en cada caso fue realizada a partir de una matriz común. La construcción de la matriz y la definición de sus dimensiones se basan en la concepción de atención primaria integral de la Declaración de Alma-Ata y se buscó operacionalizar sus principios fundamentales.

La matriz está organizada en las siguientes dimensiones: conducción de la APS, financiamiento de la APS, características de la prestación y de la organización de la APS, coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios, fuerza de trabajo en APS, participación social, actividades intersectoriales e interculturalidad. Para cada dimensión se definieron componentes, sintetizados en el Cuadro 1. Las desigualdades regionales y sociales en el acceso a la APS fueron tomadas como eje transversal de análisis para la elaboración de los estudios de caso.

A partir de estas informaciones y de la revisión de literatura se elaboró un informe de caso de Mapeo de APS por país, que se encuentra en su versión completa disponible en el sitio del Isags (<http://www.isags-unasur.org>).

Cuadro 1 – Matriz para el análisis de la APS en los países de Suramérica: dimensiones y componentes

Dimensiones	Componentes
Conducción de la APS	Concepciones de atención primaria de salud en las políticas de salud
	Atribuciones de las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la implementación de la política de APS
Financiamiento de la APS	Participación de las esferas gubernamentales en el financiamiento de la APS
	Existencia de copagos en la APS
	Mecanismos para transferencias financieras entre esferas gubernamentales para la APS
Prestación y organización de la APS	Tipos de unidades de salud que brindan APS
	Principales acciones/servicios ofertados en APS
	Composición y organización de los equipos de APS
	Territorialización y adscripción poblacional para la APS
	Número de personas por equipo
	Garantías de acceso y definición de metas de tiempo máximo para consulta en atención primaria
	Cobertura poblacional estimada por los servicios de APS en el nuevo modelo asistencial
Coordinación de los cuidados e integración de la APS en la red de servicios	Organización del sistema de salud en niveles de atención
	Definición de puerta preferencial al sistema de salud
	Función de filtro del médico/equipo de APS (<i>gatekeeper</i>)
	Definición de flujos para derivar desde la APS para la atención especializada (referencia y contrarreferencia)
	Filas de espera para acceso a la atención especializada
Fuerza de trabajo en APS	Disponibilidad de profesionales para la APS (médicos/as y enfermeros/as)
	Especialidad médica para APS
	Regulación de las relaciones laborales en APS (vínculos de trabajo, formas de remuneración, carrera funcionaria para APS)
	Formación y atribuciones de los/as promotores/as/agentes de salud
	Estrategias de formación de la fuerza de trabajo para la APS (pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo)
Actividades intersectoriales	Interacción con otros sectores de políticas públicas en nivel nacional para hacer frente a los determinantes sociales
	Atribuciones de los profesionales/trabajadores del equipo APS en el desarrollo de acciones intersectoriales/ comunitarias
	Acción comunitaria de los equipos de APS (relaciones de los equipos APS con otros sectores de políticas públicas u organizaciones en el territorio; realización por los equipos de APS de diagnóstico de los problemas en su territorio y planificación de intervenciones locales)
Participación social en APS	Formas de representación y participación de los usuarios en APS
Interculturalidad en APS	Concepciones de interculturalidad
	Articulación de los servicios de APS con agentes de medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos

Este capítulo sintetiza los resultados del mapeo realizado en los doce países de América de Sur según las principales dimensiones de la matriz, trazando paralelos, contrastando diferencias, destacando similitudes e identificando sus condicionantes, en especial aquellos concernientes a características del sistema de protección social y de salud de los países, que influyen las formas de concebir e implementar la APS.

No se trata de una comparación *stricto sensu*, pues se entiende que la configuración actual de los sistemas de salud y de la APS en cada país está condicionada por contextos, actores y trayectorias históricas, políticas y económicas distintas, y que las comparaciones valorativas de desempeño de los sistemas de salud con producción de índices sintéticos y ordenamiento de más y menos son inapropiadas para el análisis (Oliver, 2012). La comparación en nuestro enfoque no pretende, por lo tanto, establecer una valoración de más o menos, de mejor o peor, sino contribuir con un enfoque más analítico que permita elucidar los principales desafíos para la concreción de una atención primaria integral a la salud en nuestros países.

Para contextualizar el análisis de la APS, el capítulo comienza con una breve síntesis sobre las características de los sistemas de salud en Suramérica, identificando los principales segmentos de cobertura poblacional e informando el subsistema al cual se refiere el análisis de la APS. A continuación se describen y analizan cada una de las dimensiones de APS y sus principales componentes.

El contexto: características de los sistemas de salud en Suramérica

En Suramérica, a diferencia de los países europeos, la universalización de la protección social en salud no se completó. Vistas desde afuera, tradicionalmente, las principales características que se destacan en los sistemas de salud de América Latina son la segmentación de la cobertura, la fragmentación organizacional y la privatización en la financiación y en la prestación de servicios de salud (Giovanella et al., 2012).

Los modelos clásicos europeos de seguro social bismarckiano con base en cotizaciones sociales obligatorias de empleados y empleadores y el modelo beveridgiano de servicio nacional de salud de acceso universal con base en la ciudadanía y financiado con recursos fiscales influenciaron las políticas de salud de la región, pero no fueron plenamente implementados.

En la mayor parte de los países de Suramérica persiste una importante segmentación de la protección social en salud con la presencia de diversos subsistemas con distintas reglas de financiación, afiliación, acceso a prestaciones y red de servicios, responsables por la atención en salud de diferentes grupos poblacionales de acuerdo a su estatus laboral, pertenencia social y capacidad de pago. Se pueden identificar cuatro segmentos principales (Cuadro 2): i) un segmento de seguro social que cubre grupos de ingresos medios incluidos en el mercado formal de trabajo (20% a 40% de la población); ii) un sistema público de salud con cobertura parcial de la población de

menores ingresos por prestación pública directa; iii) cobertura de paquete selectivo por seguros públicos focalizados en grupos específicos, como el materno-infantil, adultos mayores o debajo de determinado nivel de ingreso, implementados a partir de los años 1990; y iv) seguros privados de salud (medicina prepaga) para cobertura de grupos de mayor renta; además del pago de bolsillo, que afecta casi todos los grupos, y de la persistencia de una importante exclusión en salud en algunos países.

Para cada segmento, los servicios cubiertos y los prestadores son diferentes y conforman subsistemas de salud de distintas clases con importantes inequidades. La otra cara de la segmentación es la fragmentación, con ausencia de coordinación entre las instituciones públicas, de seguridad social y privadas, y la existencia de muchas entidades no coordinadas en el interior de cada subsistema. La fragmentación conduce a la discontinuidad de los cuidados y a la ineficiencia.

Cuadro 2 – Segmentación de los sistemas de salud en Suramérica: cobertura poblacional por segmento, 2010

Países	Seguros sociales (trabajadores del mercado formal)	Seguros públicos focalizados	Sistema público/ ministerio de salud/ esferas subnacionales	Seguros privados y medicina prepaga
Argentina	++++	+	++	+
Bolivia	+	+++	+	-
Brasil	-	-	+++++	++
Chile	+++++	-	-	++
Colombia	+++	++++	-	+
Ecuador	++	+	+++	+
Guyana	+	+	+++	+
Paraguay	+	-	+++	+
Perú	++	+++	+	+
Suriname	++	++	-	+
Uruguay	++++	-	++	+
Venezuela	++	-	++++	+

Fuente: Adaptado de Giovanella et al., 2012.

Desde la perspectiva de la financiación, la cobertura en salud en Suramérica es fuertemente privatizada. En siete de los doce países de Suramérica la participación de los gastos públicos en el total de gastos en salud no alcanza al 60%. No obstante, se observa un aumento de la participación pública en los gastos en salud en seis países para el periodo 2000-2010, señalando una tendencia de mejora en la cobertura pública en la región (Tabla 1).

Tabla 1 – Gastos totales en salud como % del PIB en 2010 y gastos públicos como % del gasto total en salud en Suramérica en 2000 y 2010

País	Gastos totales en salud % PIB	Gastos públicos como % del gasto total en salud	
	2010	2000	2010
Argentina	8,3	53,9	64,4
Bolivia	5,5	60,1	66,2
Brasil	9,0	40,3	47,0
Chile	7,4	52,1	59,5
Colombia	6,5	79,3	74,6
Ecuador	7,9	31,2	40,2
Guyana	4,2	84,7	79,5
Paraguay	9,6	39,9	34,4
Perú	4,9	58,7	56,2
Suriname	5,3	53,4	51,7
Uruguay	8,1	54,6	65,3
Venezuela	5,3	41,5	38,8

Fuente: OMS, 2012. Adaptado de Giovanella et al., 2012.

Por otra parte, la participación de organizaciones privadas en la prestación de servicios de salud es alta en muchos países, como por ejemplo: en Argentina 68% de los establecimientos con internación son privados; en Brasil 65% de las camas y 86% de los tomógrafos son privados (Giovanella, 2013). La elevada participación privada en la prestación dificulta el acceso para los usuarios del sistema público y la integración de la red asistencial, lo que exige una gran capacidad de regulación de los gobiernos, aún poco desarrollada.

Los procesos de reformas neoliberales en salud que siguieron a los programas de ajuste estructural de los años 1980 y 1990 acentuaron las características de segmentación, fragmentación y privatización de los sistemas de salud y la selectividad de la atención primaria en Suramérica. De esta forma, profundizaron las desigualdades sociales constituyendo ciudadanos de primera, segunda y tercera clase que acceden, o no, a diferentes paquetes y redes de servicios diferenciados conforme a su capacidad de pago. Este legado institucional obstaculiza sobremanera las reformas de los gobiernos progresistas actuales en pro de la garantía del derecho a la salud y de la construcción de sistemas públicos de salud universales.

CONDUCCIÓN DE LA APS

Concepciones de atención primaria de salud en las políticas de salud

Los documentos de las políticas de salud actuales de los países de Suramérica destacan la APS como estrategia para la garantía de la atención integral y la equidad en salud. La referencia a la Declaración de Alma-Ata es explicitada en las políticas o programas en los doce países, así como el proceso de renovación, señalado en diez países (excepto Guyana y Paraguay).

Las políticas nacionales incorporan con diferentes énfasis los tres componentes principales de la Declaración de Alma-Ata que concibe la APS como estrategia: i) como atención esencial, parte integrante de un sistema nacional de cuidados de salud, del cual es el núcleo principal, primer nivel de contacto y elemento de un proceso permanente de atención sanitaria; ii) la salud como indisociable del desarrollo económico-social de una sociedad, lo que implica incidir en los determinantes sociales; y iii) el fomento a la participación social.

En este proceso de revitalización de la APS –denominado en algunos países APS renovada, por influencia de la OPS–, siete países actualmente gestionan la implementación de nuevos modelos de atención (Cuadro 3). Estos nuevos modelos tienen componentes comunes: el enfoque familiar, la mención a la atención integral y el enfoque comunitario, con equipos multiprofesionales con población y territorios definidos (Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela). Venezuela, Ecuador y Bolivia comparten el énfasis en el enfoque intercultural con respeto y asimilación de los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios expresados en la concepción del “buen vivir”. Estos países comparten también la prioridad de la promoción de la salud entendida como la acción intersectorial sobre sus determinantes sociales.

Cuadro 3 – Concepción/definición de atención primaria de salud en las políticas de salud actuales en los países suramericanos

Países	APS en la política actual
Argentina (2004)	APS es “Estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación”. ¹ Diversos programas federales se vinculan directamente con la estrategia de APS (Programa Médicos Comunitarios, Remediar + Redes, Plan Nacer).
Bolivia (2008)	No se emplea el término APS en la legislación. El Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (Safci) con sus principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad contempla los elementos de APS. El modelo Safci se define como el “Conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio”. ²

Cuadro 3 – Concepción/definición de atención primaria de salud en las políticas de salud actuales en los países suramericanos (cont.)

Países	APS en la política actual
Brasil (2006, 2011)	<i>“La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud en el ámbito individual y colectivo que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de daños y la manutención de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que tenga impacto en la situación de salud y en la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades”.</i> La Estrategia Salud de la Familia (ESF) con sus equipos multiprofesionales de base territorial es el principal modelo de atención en APS. ³
Chile (2005, 2013)	El nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria busca <i>“asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud para otorgar una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.</i> El nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria es: <i>“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultura”.</i> ⁴
Colombia (2011)	<i>“La APS es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.</i> ⁵ La Ley 1.438 de 2011 introdujo la Atención Primaria de Salud como estrategia nacional, pero aún no fue implementada, no existe un modelo único de APS y las experiencias son de base local.
Ecuador (2008, 2012)	La Constitución de 2008 define la atención primaria de salud como base del sistema en su Art. 360: <i>“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”.</i> ⁶ El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) sustenta e incorpora la estrategia de la APS renovada. Es definido como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organizan el sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, las comunidades y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud. ⁷
Guyana (2013, 2010)	El documento Visión de Salud 2020 reafirma el compromiso con la APS y la importancia en enfrentar los determinantes sociales de salud, pero no hace referencia directa al concepto de APS. El sistema de salud es basado en la APS. El acceso universal a la atención a salud gratuita es un derecho constitucional (1980). El paquete de servicios de salud públicamente garantizados (2010) enfatiza la promoción y es integral. Incluye desde servicios primarios hasta especializados y hospitalarios con provisión en una red nacional integrada organizado en niveles de atención, empezando en postas de salud con agentes comunitarios de salud y técnicos Medex para áreas remotas.
Paraguay (2008)	El documento de 2008 Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad posiciona la APS como estructurante de un sistema universal. Sus ejes estratégicos son la organización de Redes Integrales de Servicios de Salud con énfasis en la implementación de la estrategia de APS y la articulación intersectorial para incidir en los determinantes sociales. Se busca incrementar el acceso de la población excluida a través de equipos y unidades de salud de la familia asignados a territorios definidos. La APS en la gestión actual es entendida como: <i>“una estrategia que concibe integralmente el proceso salud-enfermedad y de atención a las personas y comunidades, considerando las diferentes etapas de la vida. Provee servicios de salud y afronta las causas últimas (sociales, económicas, políticas y ambientales) de la ausencia de salud”.</i> ⁹

Cuadro 3 – Concepción/definición de atención primaria de salud en las políticas de salud actuales en los países suramericanos (cont.)

Países	APS en la política actual
Perú (2003, 2011)	El nuevo Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC) toma como punto de partida la definición de APS de Alma-Ata y los principios, valores y estrategias de la APS renovada, <i>“fundamento del sistema de salud. Para tal propósito, se demanda [...] reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejora de la calidad de los servicios; requiere adicionalmente de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio”</i> . ¹⁰
Suriname (2012)	El Plan de desarrollo del gobierno, “Suriname en Transformación 2012-2016”, atribuye a la APS un papel central en la equidad en salud. No conceptúa la APS, pero refiere pilares de la APS tales como la importancia en incidir sobre los determinantes sociales, la colaboración multisectorial y la participación social, como estratégicos para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. ¹¹ El sistema de salud es segmentado y cada subsistema implementa los servicios de APS de modo distinto.
Uruguay (2007)	La Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de 2007 establece que el SNIS se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria de salud y priorizará el primer nivel de atención. <i>“El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia”</i> . ¹²
Venezuela (2004, 2014)	La Misión Barrio Adentro creada en 2004 ¹³ explicita la APS como su estrategia fundamental: <i>“La APS forma parte integrante tanto del Sistema Público Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria[...] atraviesa los distintos niveles de atención y sus redes, garantizando así una respuesta a las necesidades en salud de manera oportuna, regular y suficiente”</i> . ¹⁴ <i>“El Estado utilizará la APS como estrategia para garantizar el derecho a la salud, elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso universal y equitativo a condiciones, recursos y servicios de salud, respondiendo a las necesidades sociales de toda la población, según sus diferentes expresiones en grupos humanos, territorios y categorías sociales y acercando la atención en salud al lugar donde la gente vive y trabaja”</i> . ¹⁵

Fuentes: 1) Argentina, MSAL, 2004; 2) Bolivia, MSD, 2008; 3) Brasil, Ministério da Saúde, 2011; 4) Chile, Ministerio de Salud, 2007; 2013; 5) Colombia, Congreso de la República, 2011; 6) República del Ecuador, 2008; 7) Ecuador, MSP, 2012; 8) Paraguay, MSPyBS, 2008; 9) Paraguay, MSPyBS, 2014; 10) Perú, Ministerio de Salud, 2011; 11) Suriname, 2012; 12) República Oriental del Uruguay, 2007; 13) República Bolivariana de Venezuela, 2004; 14) Venezuela, Ministerio de Salud, 2006; 15) Venezuela, MPPS, 2014.

Atribuciones de las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la formulación, financiación e implementación de la política de APS

La modalidad de protección social en salud y la organización territorial, política y administrativa de los países condicionan la distribución de atribuciones entre las esferas gubernamentales y/o los seguros sociales en la formulación e implementación de la política de APS.

En general, la esfera responsable por la formulación de la política de APS es el nivel nacional, el Ministerio de Salud. En Argentina, con su organización federal y autonomía de las provincias en materia de salud, esta atribución es principalmente provincial. En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con su enfoque individual, no incorporó un modelo de atención con base en la APS en la Ley 100 de 1993, pero sí lo hizo en la Ley 1.438 del 2011. Sin embargo, el diseño e implementación de programas de APS han permanecido como una iniciativa de gobiernos locales y de las aseguradoras de salud, con experiencias diversificadas. La legislación nacional sobre APS aprobada en el 2011 aún no fue reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social y está en proceso de cambio, adaptándose al enfoque del aseguramiento (Cuadro 4).

Las fuentes de financiación de la APS son las mismas que las de la financiación del sistema de salud en general. Considerando solamente la financiación pública, en la mayor parte de los países la responsabilidad por la financiación de la APS es del nivel nacional. En Brasil, esta responsabilidad es compartida con los municipios y en Argentina con las provincias. En Bolivia y Perú hay participación de los seguros focalizados en los más pobres o grupos específicos. En Colombia, las iniciativas en APS y su financiación son nacionales, municipales y de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

Como consecuencia de la segmentación, cotizaciones para los seguros sociales de salud para trabajadores del mercado formal financian la atención individual de primer nivel para este grupo poblacional en 11 países, excepto Brasil (Cuadro 2).

Con diferentes grados de descentralización de sus sistemas de salud, la responsabilidad por la prestación de servicios de primer nivel es diferenciada, prevaleciendo la esfera municipal en Brasil, Chile y Colombia. Las provincias o departamentos tienen un importante rol en la prestación de servicios de primer nivel en Argentina, Ecuador y Bolivia. El Ministerio de Salud permanece como el principal prestador en Uruguay, Paraguay, Guyana y Venezuela, responsabilidad compartida con diversas ONG en Suriname (Cuadro 4).

Las transferencias financieras para APS desde el nivel nacional a las esferas subnacionales se procesan de modos muy diversos. Los ministerios de salud transfieren recursos financieros por programas específicos incentivados por el gobierno nacional

(Argentina, Ecuador, Guyana, Venezuela) o, en los sistemas públicos más descentralizados, como Brasil, Chile y Colombia por cápitas y/o transferencias específicas para APS. En los sistemas públicos más centralizados, la ejecución financiera es del nivel central, como en Paraguay, Uruguay y Suriname. En los modelos de protección en salud con base en seguros no hay transferencias financieras desde el Ministerio de Salud hacia las esferas subnacionales para la APS. En estos casos (y/o en estos segmentos), las transferencias son para los efectores del seguro, como en Bolivia, Colombia y Uruguay. En estos casos, a veces se confunden con las formas de pago al proveedor final, pues las esferas gubernamentales son tratadas como proveedores por los efectores de los seguros.

En la mayor parte de los países, el acceso a la APS es gratuito y no hay copagos en los servicios públicos de primer nivel. Los copagos introducidos en la década de 1990 fueron abolidos con los gobiernos progresistas en Venezuela, Ecuador y Paraguay. En Bolivia y Perú hay cobro de las atenciones en los servicios públicos de salud, con excepción de los grupos poblacionales cubiertos por los seguros públicos focalizados (Cuadro 4).

No obstante, en la mayor parte de los países los gastos privados en salud son elevados (Cuadro 2) y subsisten gastos de bolsillo de los hogares por pagos de medicamentos y algunos servicios de primer nivel.

PRESTACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA APS

La prestación se caracteriza por una composición de los equipos de APS diversificada entre los países y diferenciada conforme el tipo de unidad de salud. En los doce países, los principales tipos de unidades de salud que brindan la APS son constituidas por centros de salud y puestos de salud, estos últimos, sobre todo, en el área rural, donde trabajan auxiliares o técnicos de enfermería o agentes comunitarios de salud. En Chile y Venezuela, hospitales de baja complejidad y ambulatorios también forman parte de la APS. En Colombia, la APS se suministra en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Primer Nivel, que son elegidas de acuerdo con la inserción del usuario en el seguro social de salud.

En los centros de salud, el/la médico/a general y el/la enfermero/a están presentes en los equipos de todos los países. Uruguay cuenta también con pediatra, ginecólogo/a y partero/a. El/la auxiliar y/o técnico/a de enfermería también forma parte de los equipos en la mayor parte de los países (Cuadro 5).

Como parte de las reformas de los modelos de atención en salud, diversos países incorporaron el/la Agente Comunitario/a de Salud o Promotor/a de Salud como trabajador/a remunerado/a o voluntario/a de los equipos básicos de APS.

Cuadro 4 – Atribuciones de las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la formulación, financiación e implementación de la política de APS en los países suramericanos

Países	Organización político-administrativa del país	Principal responsable por la formulación de la política de APS	Principal responsable por el financiamiento de APS	Principal responsable por la prestación de servicios de primer nivel	Mecanismos de transferencias financieras específicas para APS desde el nivel nacional hasta las esferas subnacionales	Copagos y pagos en servicios públicos de primer nivel
Argentina	República Federal 23 provincias + CABA 2.200 municipios Constitución 1994	Ministerios de Salud Provinciales y Ministerio de Salud de la Nación	MINSAL y provincias (Obras Sociales: atención individual de primer nivel)	Provincias y municipios	Por programa específico	No hay
Bolivia	Estado Plurinacional 9 Departamentos 337 municipios Constitución 2009	Ministerio de Salud	Departamentos Ministerio de Salud Municipios Seguros focalizados SUMI y SSPAM	Departamentos	Per cápita a municipios para el seguro público focalizado para niños, embarazadas y adultos mayores. Paquetes presupuestarios para todos los demás servicios	Pago en servicios públicos, excepto para los asegurados de los seguros focalizados
Brasil	República Federativa DF + 26 estados 5.570 municipios Constitución 1988	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud y municipios	Municipios	Per cápita específico para APS: Piso de Atención Básica; Piso de Atención Básica Variable por equipo de ESF y desempeño	No hay
Chile	Estado Unitario 15 regiones 53 provincias y 346 comunas Constitución 1980	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud (Fonasa) y municipios	Municipios y Servicios de Salud	Per cápita específico para APS transferido por Fonasa y aportes adicionales del estado	No hay para los grupos A y B del Fonasa (copagos para asegurados de los tramos C y D por las garantías y prestaciones que tengan copagos en el AUGE)
Colombia	República Unitaria DC + 32 departamentos 1.102 municipios Constitución 1991	El ministerio de Salud y Municipios (política nacional en reglamentación)	Presupuesto de la nación Municipios SGSS - EPS régimen subsidiado y contributivo (individual)	Municipios y Departamentos; EPS régimen subsidiado y contributivo; contratan servicios públicos o privados	Sistema general de participaciones Unidades de pago per cápita	No hay copagos para promoción y prevención, atención materno-infantil, enfermedades transmisibles, patologías de alto costo y atención inicial de urgencias
Ecuador	Estado Unitario Plurinacional 24 provincias 210 cantones 1.000 parroquias Constitución 2008	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de la Salud Pública y Provincias	Provincias	Por presupuesto global y programa específico	No hay (abolidos en 2008)

Cuadro 4 – Atribuciones de las esferas gubernamentales y/o seguros sociales en la formulación, financiación e implementación de la política de APS en los países suramericanos (cont.)

Países	Organización político-administrativa del país	Principal responsable por la formulación de la política de APS	Principal responsable por el financiamiento de APS	Principal responsable por la prestación de servicios de primer nivel	Mecanismos de transferencias financieras específicas para APS desde el nivel nacional hasta las esferas subnacionales	Copagos y pagos en servicios públicos de primer nivel
Guyana	República Cooperativa 10 regiones 27 consejos de barrios Constitución 1980	Ministerio de Salud	Ministerio de la Salud y donaciones externas	Servicios regionales del Ministerio de Salud ONG internacionales	Por programa específico	No hay
Paraguay	República Democrática Representativa Capital + 17 departamentos Constitución 1992	Ministerio de Salud y Bienestar Social	Ministerio de Salud y Bienestar Social	Ministerio de Salud y Bienestar Social y Municipios	No hay	No hay (abolidos en 2008)
Perú	República Democrática 24 departamentos 195 provincias 1.837 municipios Constitución 1993	Ministerio de Salud	Ministerio de la Salud Seguro focalizado: SIS Seguro Social: EsSalud	Gobiernos locales Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (lafas) contratan servicios públicos o privados	No hay (el seguro focalizado SIS paga a los establecimientos montos fijos cuatrimestrales y un monto variable trimestral)	Pago en los servicios públicos para los medicamentos para población no asegurada por EsSalud o SIS
Suriname	República democrática 10 distritos 62 regiones Constitución 1987	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud ONG: Misión Médica	No hay	Copago para medicamentos. Para la población atendida por la Misión Médica, no hay copago
Uruguay	República Estado Unitario 19 departamentos Constitución 1997	Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) Intendencias Municipales Seguros sociales: servicios ambulatorios del sector privado regulado	No hay (transferencias de Fonasa a los efectores: per cápita ajustada al riesgo por edad y sexo + cumplimiento de metas asistenciales)	No hay (copagos regulados en los efectores privados para el seguro social)
Venezuela	República Bolivariana 23 estados + DC 335 municipios 1.123 parroquias Constitución 1999	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Municipios y Ministerio del Poder Popular para la Salud	Paquete presupuestario y por programa específico	No hay (abolidos en 1998)

SUMI – Seguro Universal de Maternidad y Niñez; SSPAM – Seguro de Salud del Adulto Mayor; SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud; SIS – Seguro Integral de Salud focalizado en los más pobres; EsSalud – Seguro Social de Salud.

Fuentes: Mapeos Isags de APS en Suramérica: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Goede, 2014a; 2014b; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; 2014b; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c.

Con distintas denominaciones y en el rol de enlace de la comunidad con el establecimiento de salud y ejecución de tareas extramurales y comunitarias, en la mayoría de los casos, los/as Agentes/Promotores/as son personas sin formación en salud que viven en las áreas de los servicios de APS. En Ecuador, Guyana y Suriname, asistentes de salud generalistas con formación técnica, actúan en los equipos de APS, principalmente en áreas rurales (Cuadro 5).

La territorialización de los servicios de la APS con adscripción poblacional y población asignada por equipo, con responsabilidad de los equipos por poblaciones definidas, se observa en ocho países. El número de habitantes asignados por equipo varía tanto en el propio país como entre los países, con promedios que van de 1.250 en Venezuela, 3.000 en Brasil y 4.000 en Ecuador, hasta 5.000 en Chile y Paraguay (Cuadro 5). El número de habitantes asignados por equipo de APS sufre variaciones en función de las características de los territorios, como la pertenencia a áreas rurales y/o de mayor vulnerabilidad social (Ríos, 2014b; Almeida, 2014; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; Tejerina Silva, 2014b; 2014c).

La cobertura poblacional por los nuevos modelos de atención con énfasis en la APS renovada, en gestión e implementación en siete países (Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela), es variable y depende del ritmo de implementación de los cambios. En Brasil, 62% de la población está cubierta por la “Estrategia Salud de la Familia”; en Paraguay, 36% por “Unidades de Salud de la Familia”; en Venezuela, cerca de 60% por los equipos de APS de la “Misión Barrio Adentro”. En Chile, el 90% de la población del sistema público se atiende en los 509 Centros de Salud certificados en el “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario”, en 2014. En Bolivia y Perú no hay datos precisos sobre la población cubierta por la “Salud Familiar Comunitaria Intercultural”, en el primero, y por los “Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas” y el “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario”, en el segundo (Ríos, 2014b; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c).

INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

La integración de la APS en la red de servicios es una preocupación de los *policy makers* y, cada vez más, los servicios de atención primaria definidos como de primer nivel son establecidos en las normativas oficiales como la puerta preferencial al sistema de salud en los doce países. Se preconiza que el médico/a/equipo de APS ejerza la función de filtro para acceso a la atención especializada, aunque esta función no siempre esté reglamentada.

La organización de la red con base en la definición de la puerta de entrada preferencial a través de la APS se confronta con la fuerte competencia de los servicios

de atención de urgencia y de emergencia hospitalaria y de los servicios privados como primer contacto y fuente regular de cuidados. En Bolivia es posible la libre elección de los servicios de salud y, en el Uruguay, la función de puerta de entrada puede ser compartida con los hospitales de segundo nivel. Esta es una situación probablemente agravada por la insuficiente articulación entre los puntos de atención (básica y especializada) y por problemas en la organización del proceso de trabajo de los equipos de APS, con baja integración entre el desarrollo de acciones programadas, prácticas promocionales y preventivas y de atención a la demanda espontánea: o sea, la integración entre las acciones para la atención individual y las acciones colectivas de base poblacional es insuficiente.

Los dirigentes también reconocen dificultades para el acceso a la atención especializada. La definición formal de flujos para derivar a los usuarios desde la APS hasta los servicios especializados es una realidad informada por los gestores del sector público de los diversos países, principalmente en los servicios de los nuevos modelos, como en Bolivia, donde hay normas establecidas solamente para el flujo desde el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural. Sin embargo, esta definición no es suficiente para la articulación y la comunicación entre servicios y profesionales de toda la red. La referencia en general funciona con imperfecciones y la contrarreferencia raramente se realiza.

Las dificultades de acceso a los cuidados continuados se expresan en filas y prolongados tiempos de espera para acceso a la atención especializada por la baja oferta pública y la insuficiencia de recursos especializados (consultas y exámenes) en la red en casi todos los países. Aunque hay altos porcentajes de pertinencia de derivación desde la atención primaria a otros niveles de atención, como es el caso de Chile, existen listas de espera para algunas especialidades de oferta más deficitaria. No obstante, los tiempos de espera casi nunca son monitoreados o tornados públicos, con excepción de Uruguay, que define tiempos máximos de espera de 24 horas para la consulta en el primer nivel (clínica general, pediatría, ginecología) y hasta 30 días para la atención especializada. Los sistemas de información de Uruguay permiten el monitoreo de los tiempos y su divulgación por parte del Ministerio de Salud.

Se desarrollan iniciativas para mejorar la cualificación y la comunicación entre los profesionales de la APS y otros niveles, como el TeleSalud, en Brasil, y un sistema de citas por teléfono o internet en implementación, en Ecuador.

La integración de la APS en la red depende de acciones a nivel de políticas institucionales que enfrenten la fragmentación de los sistemas de salud con el fortalecimiento de los servicios de APS como puerta de entrada preferencial y de su papel de filtro, además de la ampliación de la oferta de atención especializada, garantizada por el sistema público, con redes territorializadas y ordenadas desde la APS.

Cuadro 5 – Prestación de servicios de primer nivel y organización de la atención primaria de salud en los países suramericanos

Países	Principales tipos de unidades de salud que brindan APS	Composición del equipo básico de APS	Agente comunitario de salud (ACS) (pagados o voluntarios)	Territorialización y adscripción poblacional de los servicios de APS	Número de habitantes asignados por equipo de APS
Argentina	7.532 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) 600 Centros Comunitarios Integrados (CIC)	Médicos/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería, parteras/os, agentes comunitarios/as, odontólogos/as	Agentes comunitarios/as de salud (pagados), promotores de salud	Sí, diferenciada por provincias	3.200 – 4.000
Bolivia	1.671 Centros de Salud (CS) 1.604 Puestos de Salud (PS)	CS: Médico/a general, odontólogo/a, auxiliar o técnico/a en enfermería PS: Auxiliar o técnico/a en enfermería	Responsables populares de salud (voluntarios)	Sí, pero la adscripción es incipiente	CS: 1.000 – 20.000 PS: 500 – 1.000
Brasil	34.013 Unidades Básica de Salud/ Centros de Salud/USF 10.651 Puestos de Salud Total UBS activas: 38.800 (2012)	EqSF: Médico/a, enfermero/a, 1-2 auxiliar/técnico/a en enfermería, 5-6 ACS Equipos de salud bucal: odontólogo/a, auxiliar y/o técnico/a en salud bucal	ACS (pagados)	Sí, población asignada por equipo en la Estrategia de Salud de la Familia (EqSF)	3.000 (hasta 4.500) por EqSF
Chile	149 Centros de Salud Familiares (CESFAM) 362 Consultorios Generales Urbanos (CGU) 106 Hospitales de Baja Complejidad 1.204 Postas de Salud Rural	Médico/a, enfermero/a, matrona, asistente social y asistente administrativo/a	Monitores voluntarios de la comunidad	Sí, población asignada por equipo, la inscripción es por iniciativa de las personas	Hasta 5.000 por equipo multidisciplinario
Colombia	996 instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel públicas	No hay una regla general sobre la conformación de los equipos Generalmente los equipos básicos son conformados por: médicos/as, enfermeros/as generales, promotores, auxiliares y técnicos/as en salud	Promotores de salud, caminantes de la salud, agentes primarios de salud (voluntarios o pagados)	En algunos modelos municipales No hay directrices nacionales sobre la sectorización de centros de APS y adscripción poblacional.	No hay norma general, depende del modelo de APS de cada ente territorial
Ecuador	319 Puestos de Salud 211 Centros de Salud (A,B,C) 1.387 Subcentro de Salud 1.248 Dispensarios Médicos	Médicos/as, enfermero/a y técnico/a en atención primaria de salud	Técnico/a en atención primaria de salud (TAPS) (pagados)	Sí, por circuitos y distritos y adscripción poblacional por dispensarización	4.000 en áreas urbanas 1.500 – 2.500 en áreas rurales

Cuadro 5 – Prestación de servicios de primer nivel y organización de la atención primaria de salud en los países suramericanos (cont.)

Países	Principales tipos de unidades de salud que brindan APS	Composición del equipo básico de APS	Agente comunitario de salud (ACS) (pagados o voluntarios)	Territorialización y adscripción poblacional de los servicios de APS	Número de habitantes asignados por equipo de APS
Guyana	201 Puestos de Salud (Costa: 65 / Interior: 136) 229 Centros de Salud (Costa: 217/ Interior: 12)	Centros de salud tipos 1 y 2: médico/a, enfermero/a, partero/a, medex, asistente de laboratorio, auxiliar de farmacia, asistente Odontólogo/a, asistente de rehabilitación, asistente de salud ambiental	Técnico/a Medex y ACS (pagados)	No hay adscripción	–
Paraguay	760 Unidades de Salud de la Familia	Médico/a, licenciado/a en enfermería y/u obstetricia, auxiliar de enfermería y 3-5 ACS Para cada dos ESF, un equipo odontológico: odontólogo/a y técnico/a odontológico	Agentes comunitarios de salud (pagados)	Sí, población asignada por equipo SF	3.500 – 5.000 (o 800 familias)
Perú	1.274 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención 153 Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aisped)	Médico/a, licenciado/a en obstetricia, enfermero/a, técnico/a en enfermería	Agentes comunitarios de salud o promotores de salud (voluntarios)	Sí, los usuarios de los equipos básicos son registrados por área de residencia en el establecimiento de salud de primer nivel más cercano	500 – 800 familias adscritas por equipo básico de salud
Suriname	54 Puestos de Salud (Misión Médica) 63 Clínicas de la Fundación del Servicio Nacional de Salud 146 consultorios privados GP	Médico/a general, enfermero/a, asistente de salud	Asistente de salud	No hay adscripción	–
Uruguay	28 Centros de Salud ASSE 786 Consultorios, Policlínicas y Puestos de Salud Rural IAMC: consultas externas, consultorios descentralizados, servicios de atención domiciliaria y policlínicas	Médico/a de familia o generalista, enfermero/a, partero/a, pediatra y ginecólogo/a visitante (equipo básico ASSE en Montevideo)	–	No hay población adscripta en ASSE	–
Venezuela	6.712 Consultorios Populares de Barrio Adentro 4.117 Ambulatorios tipos I y II 608 Ambulatorios Urbanos III	Médico/a especialista en medicina general integral, enfermero/a, agente comunitario/a de atención primaria de salud (ACAP)	Agente comunitario/a de atención primaria de salud (pagado)	Sí, población asignada por equipo mediante la dispensarización en Barrio Adentro	1.250 personas o 250 a 350 familias por equipo Barrio Adentro

Fuentes: Mapeos Isags de APS en Suramérica: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Goede, 2014a; 2014b; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; 2014b; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c.

FUERZA DE TRABAJO EN APS

Uno de los principales retos para la prestación y organización de la APS es la disponibilidad de profesionales de salud, sobre todo médicos/as, y la inadecuación de la formación para la APS.

La disponibilidad de profesionales de salud es diversa entre los países, con profundas desigualdades en la oferta y distribución en el interior de cada país y grandes brechas en las zonas remotas y desfavorecidas. La densidad de médicos/as por mil habitantes se distribuye en un amplio rango entre los países. La suficiencia numérica de oferta parece haber sido alcanzada en Uruguay, con 4,5 médicos por mil habitantes, en Argentina con 3,8, así como también en Venezuela, con estimaciones de una razón de 3,8 médicos por mil habitantes. La insuficiencia de recursos humanos en salud es intensa en Bolivia (0,5 médicos/as/mil hab.), Guyana (0,9), Suriname (1,0) y Perú (1,1). La razón de enfermeros/as profesionales por mil habitantes es menor que la de médicos en siete países (Cuadro 6).

No hay estadísticas organizadas de disponibilidad de recursos humanos para la APS específicamente, pero hay consenso entre los gestores nacionales de que la oferta es insuficiente cualitativa y cuantitativamente. En la mayor parte de los países se define que los/as médicos/as generalistas deben actuar en la APS, pero no se conoce la disponibilidad de médicos/as con formación generalista que actúan en la APS y son escasos los/as médicos/as con especialidad médica para la APS. Esta es más frecuentemente denominada medicina familiar y comunitaria (Cuadro 6).

Para enfrentar la insuficiente oferta de médicos en APS y, en algunos casos, también de atención especializada, ocho países (Bolivia, Brasil, Ecuador, Guyana, Suriname, Perú, Venezuela y Uruguay) mantienen cooperación con Cuba (Cuadro 6).

Uno de los principales problemas para la fijación de los médicos en servicios públicos de APS está en la regulación de las relaciones laborales. Hay diversidad de vínculos laborales y formas de remuneración de la fuerza de trabajo en APS en todos los países, con tendencia a la precarización de las condiciones de trabajo, bajos salarios e inestabilidad con contratos temporarios, sin garantías de beneficios sociales.

Solamente en Chile y Guyana, la mayoría de los profesionales de APS son funcionarios públicos. En los otros países se observan combinaciones de contratos temporales con pagos por becas, desempeño o prestación de servicios, contratos por tiempo indeterminado como asalariados del sector privado y funcionarios públicos. Aunque en casi todos los países parte de los profesionales de salud sean funcionarios públicos con cargo presupuestado de duración indefinida, solamente en Chile hay una carrera funcionaria específica en APS.

La inestabilidad de los contratos laborales, con alta rotación de profesionales, dificulta la adhesión e impide la formación de vínculos entre los equipos, las familias y la comunidad.

Cuadro 6 – Fuerza de trabajo en atención primaria de salud en los países suramericanos

Países	Médicos / 1000 hab.	Enfermeros profesionales / 1000 hab.	Denominación de la especialidad médica para APS (número de médicos)	Vínculos de trabajo en APS	Carrera funcionaria para APS	Presencia de médicos cubanos (número)
Argentina	3,8 (2010)	2,2 (2010)	Medicina familiar y comunitaria	Contratos renovables (por evaluación de desempeño) y temporarios; funcionarios públicos	No	No
Bolivia	0,5 (2014)	0,2 (2014)	Médico especialista en salud familiar comunitaria intercultural (médico/a general o familiar)	Funcionarios públicos; contratos anuales sin estabilidad laboral	No	Sí
Brasil	1,9 (2010)	1,5 (2010)	Medicina de familia y comunidad (3.253)	Funcionarios públicos; asalariados sector privado; contratos temporarios sin estabilidad laboral; becas	No	Sí (11.300)
Chile	2,0 (2013)	1,5 (2011)	Medicina familiar (629)	Funcionarios públicos	Sí	Sí (30% de los médicos de APS son extranjeros, en parte cubanos)
Colombia	1,7 (2011)	0,9 (2011)	Medicina familiar (500) Salud familiar y comunitaria	Contratos de prestación de servicios a término fijo (la mayoría) y funcionarios públicos	No	No
Ecuador	1,7 (2012)	0,8 (2012)	Medicina familiar y comunitaria (112)	Funcionarios públicos; contratos de corta duración (a partir de 2008) sin estabilidad laboral	No	Sí
Guyana	0,9 (2013)	1,5 (2013)	Medicina general	Funcionarios públicos	No	Sí (166 médicos/as, enfermeros/as y técnicos/as para APS y hospitales)
Paraguay	1,3 (2010)	0,8 (2010)	Medicina familiar	Contratos renovables por evaluación de desempeño; funcionarios públicos; salario más bonificación	No	No
Perú	1,1 (2012)	1,1 (2012)	Medicina familiar (119)	Funcionarios públicos; contrato periódico de administración de servicios; asalariados del sector privado	No	Sí (APS y AE)
Suriname	1,0 (2010)	1,6 (2014)	Medicina general Medicina de familia (a partir de 2014)	Contratos de duración indefinida en el servicio regional (salarios y complemento con cápita por número de personas registradas); contratos por tiempo indeterminado con salario (Misión Médica)	No	Sí (médicos/as)
Uruguay	4,5 (2011)	1,4 (2010)	Medicina familiar y comunitaria (118)	ASSE: cargos temporales; régimen derecho privado; funcionarios públicos; IAMC: asalariados sector privado; prestación de servicios	No	Sí (oftalmólogos/as)
Venezuela	3,8 (2010)	–	Medicina general integral (pregrado en Medicina integral comunitaria: 20 mil médicos/as)	Funcionarios/as públicos/as; becas (programas de formación intensiva en atención primaria de salud)	No	Sí

Fuentes: Mapeos Isags de APS en Suramérica: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Goede, 2014a; 2014b; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; 2014b; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c.

Estrategias de formación de la fuerza de trabajo para la APS

Hay consenso entre los gestores que la formación de profesionales de salud es inadecuada y que no está orientada a la actuación en la APS. En los años recientes se observan en casi todos los países diversas iniciativas de formación para la APS en todos los niveles: técnicos, pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo (Cuadro7). Entre las principales iniciativas de formación de la fuerza de trabajo en APS se destacan los posgrados para formar médicos/as especialistas en medicina de familia y comunidad (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela) y el programa de formación en Medicina Integral Comunitaria de Venezuela, en cooperación con la Escuela Latinoamericana de Medicina Salvador Allende de Cuba (Ríos, 2014a; 2014b; 2014c; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c).

Para suplir la carencia de médicos/as para la APS, desde el 2008 el gobierno venezolano desarrolla un amplio programa nacional de formación en Medicina Integral Comunitaria. En el 2014 están matriculados 20 mil estudiantes de medicina integral comunitaria, del primero al sexto año de estudio, con programa de formación en clínicas académicamente certificadas de Barrio Adentro a cargo de seis universidades venezolanas, con presencia importante de profesores cubanos. Son 6.715 profesores/as médicos/as especialistas en medicina general integral, con componente docente certificado, de la Misión Médica Cubana (Venezuela, MPPS y OPS, 2013; Rojas, 2014). Hay 16 mil médicos comunitarios graduados y de estos seis mil cursan estudios de posgrado en medicina. Los estudiantes al empezar el curso se comprometen a prestar servicio en el sistema público y se garantiza a todos los graduados el ingreso al sistema público nacional de salud (Rojas, 2014). El ejercicio de la medicina por los egresados fue reglamentado por ley en el 2011 (Venezuela, MPPS y OPS, 2013).

En el nivel técnico se destaca la formación de trabajadores de APS alternativos, como en Guyana y Suriname, que tienen tradición en este tipo de trabajadores de salud. Guyana emplea a los/as técnicos/as Medex, que sustituyen a los/as médicos/as en el interior, y Suriname utiliza asistentes de salud también reclutados en los pueblos del interior, que siguen un programa de formación integral de cuatro años para convertirse en trabajadores de la salud de nivel medio (Goede, 2014a; 2014b). En el mismo sentido, Ecuador tiene una experiencia más reciente en la formación de Técnico/a en Atención Primaria de Salud (TAPS), miembro del equipo de atención integral de salud (EAIS) (Tejerina Silva, 2014b).

Cuadro 7 – Principal estrategia de formación de la fuerza de trabajo para la APS en los países suramericanos

Países	Estrategias de formación de RR. HH. para APS
Argentina	Posgrado en Salud Social y Comunitaria para los profesionales y un Curso de Salud Social y Comunitaria para los técnicos y promotores de salud, a través de convenios del Programa Médicos Comunitarios.
Bolivia	Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (2007), tres años de permanencia casi exclusiva en comunidades rurales con cortos periodos de rotación por hospitales rurales.
Brasil	Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pro-Salud) destinado a estudiantes de pregrado. Programa de Educación por el Trabajo para la Salud (PET Salud) fomenta grupos de aprendizaje tutorial en áreas estratégicas para el SUS. Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas en Áreas Estratégicas (Pro-Residencia Médica) (2012), un incentivo para que los municipios desarrollen programas de residencia en Medicina de Familia y Comunidad con inserción del residente en los equipos de Salud de la Familia. Residencia Multi-profesional en Salud de la Familia . Programa Más Médicos, ampliación de vagas en facultades de medicina en regiones con escasez de médicos, universalización de la residencia médica, obligatoriedad de uno o dos años de residencia en medicina general, de familia y comunidad para todas las especialidades médicas.
Chile	Becas para especialización en salud familiar ofrecidas por el Ministerio de la Salud. Diplomados en Salud Familiar (1 – 2 años).
Colombia	Desde el año 2013, el Ministerio de Salud viene trabajando en la definición de un programa para la formación en salud familiar y comunitaria y en medicina familiar, pero no hay una política nacional de formación y capacitación de la fuerza de trabajo para la APS. Existen seis programas para la formación en medicina familiar.
Ecuador	Programa de becas en Medicina Familiar y Comunitaria , mediante convenio entre el Ministerio de Salud Pública y 8 universidades para formar 5.000 especialistas hasta el 2017. Programa “Ecuador Saludable, vuelvo por ti” , de repatriación de profesionales, que ofrece transporte, gastos de colocación y contrato de trabajo a médicos residentes en otros países que decidan retornar a Ecuador. Formación en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba de especialistas familiares y comunitarios. Formación de Técnico en Atención Primaria de Salud (TAPS) (2.000 formados).
Guyana	La División de Educación de Ciencias de la Salud del Ministerio de Salud forma: agentes comunitarios de salud, Medex , enfermera y auxiliar de enfermería, partera básica (enfermera/partera), partera rural, Dentex , asistente dental, asistente de rehabilitación, practicante de audiología. Formación de médicos guyaneses en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba.
Paraguay	Pasantía Rural Pregrado y Posgrado, Residencia Medicina Familiar, Posgrados de Medicina Familiar.
Perú	El Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) desarrolla lineamientos técnicos de los programas de capacitación en APS ofrecidos por las instituciones de educación superior para todo el personal de salud de primer nivel de atención.
Suriname	Programa de entrenamiento de <i>asistentes de salud</i> con duración de cuatro años dirigido por la Misión Médica, con estudiantes reclutados entre la población del interior. Los/as asistentes de salud, en substitución, realizan tareas de enfermeros, parteras y algunos actos médicos, apoyados por telemedicina y coordinados por médicos de los centros de salud. Formación de enfermeros/as para APS por la Escuela Central de Enfermería y Profesiones Afines. Formación en medicina general por Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Anton de Kom de Suriname y Especialidad en medicina de familia a partir de 2014.
Uruguay	Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria , en régimen de Residencias o posgrado convencional.
Venezuela	Amplio programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria, formación de Agentes Comunitarios de Atención Primaria de Salud, Posgrado en Medicina General Integral.

Fuentes: Mapeos Isags de APS en Suramérica: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Goede, 2014a; 2014b; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; 2014b; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c.

El reto más importante es la retención de trabajadores de la salud capacitados para ofrecer servicios de salud de calidad a las poblaciones de áreas remotas y/o desfavorecidas. Además de la escasez, la distribución de los trabajadores de la salud es deficiente y favorece las zonas urbanas. Diferentes estrategias son aplicadas por los países para aumentar la disponibilidad de profesionales de la salud en las zonas remotas. Algunos países tienen un período de servicio obligatorio para los recién graduados, con diferentes grados de éxito (como por ejemplo Perú, Paraguay, Guyana, Suriname) y/o incentivos económicos. Diversos países establecieron convenios con Cuba, como lo hizo recientemente Brasil, para suplir la falta de médicos en la APS en zonas desfavorecidas y remotas.

INTERSECTORIALIDAD EN APS

La interacción con otros sectores (intersectorialidad) para hacer frente a los determinantes sociales y promover la salud es otro componente principal de la APS integral. En diversos países las políticas de salud plantean como un eje de la estrategia de APS la promoción de la salud, concebida como acción sobre los determinantes sociales y/o cambios en los estilos de vida, lo que implica políticas con enfoque intersectorial. El paradigma del “vivir bien” en Bolivia y Venezuela, o el “buen vivir” en Ecuador, sustenta el accionar de la política pública y puede interpretarse como acción intersectorial por la salud involucrando un conjunto de políticas de desarrollo social.

En los doce países de Suramérica pueden identificarse directrices, normas y/o espacios que favorecen la intersectorialidad en APS a nivel local e iniciativas a nivel nacional integrando diversos ministerios, como el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales en Argentina; la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública en Colombia, con participación de nueve ministerios y tres departamentos nacionales, que tiene el objetivo de orientar intervenciones sobre los determinantes sociales de salud; o en Ecuador, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, encargado de vincular los ministerios de Deporte, Vivienda, Educación, Ambiente, Movilidad Humana y Salud en una nueva división administrativa del país en zonas y distritos para implantar programas intersectoriales (Cuadro 8).

Los gestores nacionales de APS mencionan programas de transferencias monetarias a grupos vulnerables para reducir la pobreza y combatir el hambre como importantes estrategias intersectoriales. Algunos ejemplos de esto son: en Bolivia, los bonos de salud y educación, la subvención a productos de consumo masivo y el Programa Multisectorial Desnutrición Cero integrado por 11 ministerios, gobiernos departamentales, municipios y ONG; el bono de desarrollo humano y pensiones no contributivas en Ecuador; el subsidio familiar en Venezuela; Uruguay Crece Contigo, política nacional con intervenciones focalizadas en zonas de pobreza extrema con metas de salud y nutrición; el Programa Bolsa Familia en Brasil; y el programa Chile Crece Contigo, que involucra acciones intersectoriales con protagonismo

del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo Social en acciones en salud, vivienda y educación (Cuadro 8).

La intersectorialidad debe abarcar los diversos niveles gubernamentales, desde la esfera nacional hasta los gobiernos municipales y/o provinciales, pero en general no se establece de forma clara cómo se debe realizar la articulación de la acción intersectorial entre los niveles nacionales y subnacionales. Por otra parte, la asignación de los recursos parece ser insuficiente para la efectiva ejecución de las acciones.

En once países, los equipos de APS deben realizar un diagnóstico del territorio para identificar las condiciones socioeconómicas y de salud y los problemas prioritarios para orientar intervenciones en la comunidad con apoyo de la carpeta familiar y/o el registro de las familias, pero esta acción no siempre es sistemática (Cuadro 8). Paraguay ha construido una interesante herramienta de integración entre los gobiernos locales y las comunidades llamada Diagnóstico Comunitario Participativo, donde en mesas intersectoriales se hace el análisis de la situación y se determinan los problemas de salud prioritarios para las intervenciones (Ríos, 2014b).

Los equipos de APS se relacionan con otros sectores como parte de su actividad extramural. Se mencionan articulaciones con otros sectores, principalmente educación, desarrollo social, vivienda, medio ambiente, deportes y sanidad. El agente comunitario de salud o los promotores de salud presentes en casi todos los países (Cuadro 5) tienen atribuciones en el diagnóstico comunitario, en la articulación con otras organizaciones y en el apoyo a programas de desarrollo social en el territorio.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS

Las políticas nacionales de salud en Suramérica tienen en general como uno de sus pilares la participación de la comunidad, con un cuerpo normativo, políticas y espacios de deliberación, organización y actuación de los ciudadanos. Este escenario fue posible a partir de la transición democrática sucedida en gran parte de los países de la región desde fines del siglo XX, que produjo el inicio de un nuevo ciclo histórico que aportó la perspectiva de la generación de una ciudadanía más autónoma y crítica, así como también articulada con la creación de espacios públicos de participación, conflicto y diálogo (Calderón, 2009). Esta transición construyó las bases para la conformación de espacios institucionalizados de participación de la población en las políticas públicas, como es el caso de la salud.

De manera general, la participación social en salud en Suramérica es un espacio formalizado e institucionalizado, incluso en algunos países constitucionalmente. Consejos locales de salud institucionalizados en casi todos los países suramericanos (Cuadro 8) permiten la participación ciudadana y la articulación entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales.

Cuadro 8 – Intersectorialidad y participación en APS en los países suramericanos

Países	Desarrollo de acciones intersectoriales	Diagnóstico del territorio por el equipo	Institucionalización de la participación social en salud
Argentina	Entre las principales iniciativas intersectoriales están el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, el Programa Interministerial de Salud Mental y el Programa de Formación de facilitadoras y facilitadores en salud comunitaria. La articulación intersectorial converge en los Centros de Integración Comunitaria (CIC) que integran acciones de los Ministerios de Salud, Desarrollo Social, Trabajo, Planificación y el Gabinete Social. Los CIC constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de APS y Desarrollo Social en escala municipal. Las dos principales acciones intersectoriales desarrolladas por los equipos de APS son el Programa de Abordaje Territorial y Cuidarse en Salud. En el territorio se coordinan con organizaciones comunitarias, clubes sociales y ONG.	Sí	Consejos Locales – instancias no formales
Bolivia	La principal política intersectorial en Bolivia es el Programa Multisectorial Desnutrición Cero integrado por 11 ministerios, gobiernos departamentales, municipios y ONG. En el nivel local, la referencia es la Unidad de Nutrición Integral. Los equipos de atención primaria se relacionan con otros sectores para actividades puntuales de educación, limpieza urbana, etc.	Sí, en el programa Mi Salud	Comités y consejos en los niveles nacional, departamental, municipal y local –instancias formales
Brasil	La principal política intersectorial de desarrollo social del país es el Programa Bolsa Familia, que transfiere ingresos para familias pobres o de extrema pobreza a partir de determinadas condicionalidades que son acompañadas con apoyo de los equipos de salud de la familia. Las políticas intersectoriales previstas en la Política Nacional de Atención Básica es el Programa Salud en la Escuela.	Sí	Consejos de Salud (nacional, estatal y municipal) y Consejos Locales de Salud en parte de las UBS – instancias formales
Chile	La Acción Intersectorial por la Salud (AIS) se desarrolla en Chile en todos los niveles bajo la coordinación del Minsal y de los gobiernos locales. Los equipos de salud de APS se articulan a la AIS a través de la ejecución de programas de protección social y de los Comités Vida Chile, que implementan políticas de promoción de la salud con participación de los equipos de salud y de la comunidad.	Sí	Consejos Locales de Salud y los Centros de Desarrollo Local en cada comuna – instancias formales.
Colombia	A nivel nacional se han constituido diversas Comisiones intersectoriales, incluso la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública, con el objetivo orientar intervenciones sobre los determinantes sociales de salud. La actuación intersectorial a nivel territorial y participación de los equipos de APS es incipiente con algunas experiencias municipales.	Sí, en pocos municipios	Comités de Participación Comunitaria, Consejos Locales de Planificación Social, Consejos locales de salud y juntas directivas en hospitales – instancias formales
Ecuador	A nivel nacional, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social es encargado de vincular los ministerios de Deporte, Vivienda, Educación, Ambiente, Movilidad Humana y Salud en una nueva división administrativa del país en zonas y distritos para implantar programas intersectoriales. En el nivel local, los equipos de APS se relacionan con otros sectores para actividades puntuales como parte de su actividad extramural, principalmente en establecimientos escolares.	Sí	Comité Local de Salud en los establecimientos de APS, Consejo Ciudadano Sectorial de Salud – instancias formales
Guyana	La colaboración intersectorial para abordar los determinantes sociales es un área clave en la nueva estrategia de salud del Ministerio de Salud, Visión Salud 2020. La colaboración intersectorial es facilitada a través del Consejo Democrático Regional que es responsable por los servicios sociales de la región.	Sí	Consejos vecinales y consejos de aldeas, participación institucionalizada en la Constitución – instancias formales

Cuadro 8 – Intersectorialidad y participación en APS en los países suramericanos (cont.)

Países	Desarrollo de acciones intersectoriales	Diagnóstico del territorio por el equipo	Institucionalización de la participación social en salud
Paraguay	En el territorio, las Unidades de Salud Familiar (USF) coordinan sus acciones con los Departamentos, los Municipios, organizaciones comunitarias como ONG, Comisiones Vecinales y Consejos de Salud Local. Estas acciones tienen por objetivo el apoyo, asistencia y acompañamiento de grupos vulnerables. La interacción de los equipos APS con organizaciones comunitarias y las ONG en el territorio depende de la autogestión de cada USF.	Sí	Consejos Locales de Salud y Subconsejos de Salud – instancias formales
Perú	Los lineamientos nacionales sobre Acciones Intersectoriales por la Salud están a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud que define planes de acción y rutas de trabajo conjuntos entre sectores. En las Redes Integradas de Salud de APS participan la Secretaría de Salud y Educación, el Ministerio de Vivienda y el sector comunitario, que conforman un comité intersectorial para definir un plan territorial de salud y acciones de promoción de salud. A nivel local, los equipos de APS realizan el relevamiento de riesgos mediante fichas familiares y de caracterización del entorno que posibilitan un diagnóstico por sectores geográficos que se presenta a las comunidades y orientan la elección de promotores comunitarios con quienes se definen planes de atención familiar y comunitarios y se firman actas de compromisos comunales para involucrar a la población y dinamizar las acciones intersectoriales.	Sí	Sistemas de Vigilancia Comunal, Comités de Desarrollo Local – instancias formales
Suriname	En el ámbito distrital y comunitario, las Secretarías de Salud Pública, los Servicios Regionales de Salud y la Misión Médica integran iniciativas intersectoriales. La Secretaría de Salud Pública colabora con otros sectores, especialmente en salud ambiental, con participación de organizaciones locales.	No	No existen instancias formales de participación social.
Uruguay	Uruguay Crece Contigo es una política nacional con intervenciones focalizadas en zonas de pobreza extrema, coordinada por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia de la República, con el MSP y demás ministerios. Se fijaron metas de salud, nutrición, desarrollo infantil y depresión materna. Se focalizó en familias de alta vulnerabilidad. En el territorio, la intersectorialidad es practicada a partir de esta política nacional, combinada con acciones condicionadas por las realidades locales, interactuando con organizaciones formales y no formales de la comunidad y del Estado con presencia territorial, como el Ministerio de Desarrollo Social, las Intendencias Municipales y las Alcaldías.	Sí	Espacios formales: Directorio de ASSE, Junta Nacional de Salud, Consejos consultivos. Juntas departamentales de salud. Espacios no formales: comisiones barriales o de apoyo
Venezuela	La Misión Barrio Adentro es concebida como el espacio integrador de todos los sectores sociales bajo el principio del “buen vivir”. Los equipos de salud tienen relación permanente con el sector de la educación e integran iniciativas de desarrollo local integral, como las de Barrio Nuevo, que abordan con participación de todos los sectores del desarrollo social la problemática integral de las zonas intervenidas. El personal de salud debe integrarse a la organización comunitaria de su zona.	Sí	Consejos Comunales y Comités locales de Salud – instancias formales

Fuentes: Mapeos Isags de APS en Suramérica: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Goede, 2014a; 2014b; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; 2014b; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c.

Uno de los obstáculos para la efectividad de la APS integral es que la participación de la comunidad a menudo se limita a la formulación del diagnóstico del territorio e involucra poco a la comunidad en la toma de decisiones para el cambio de políticas que impacten en los determinantes sociales de la salud (Labonté et al., 2009).

En los países que comparten una comprensión de la APS renovada, en la cual la participación es uno de los principios de orientación de los sistemas de salud, se consolidó la percepción de que los espacios de deliberación y participación de los ciudadanos constituyen instrumentos de democratización de la gestión pública y del aumento de la efectividad de las políticas sociales. No obstante, la institucionalización de la participación presenta límites. No hay una correspondencia entre la conquista de espacios de poder público de participación y el grado de actuación y desarrollo político y organizativo de los sujetos sociales y se observan problemas de representatividad, en la calidad de la participación y en la posibilidad de influir en la deliberación de las políticas (Breilh, 2010; Escorel y Moreira, 2012).

INTERCULTURALIDAD EN APS

El enfoque intercultural de los servicios de salud y la integración de la medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos son cada vez más, parte de las políticas sanitarias nacionales, todavía con implementación muy diferenciada.

Los debates al respecto de la construcción del campo de la “salud intercultural” y su debido reconocimiento y comprensión de la diversidad étnica en las sociedades es reciente en el campo de la medicina (Knipper, 2010). Sin embargo, en Suramérica las experiencias de interculturalidad produjeron en algunos países de la región importantes discusiones e incorporación de aspectos de la medicina de los pueblos originarios en sus sistemas de salud. A pesar de esto, los documentos formales de APS no hacen mención clara al concepto de interculturalidad en la mayoría de los países, con excepción de Bolivia, Chile, Colombia y Perú. Venezuela, Ecuador y Bolivia comparten el énfasis en el enfoque intercultural con respeto y asimilación de los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios expresados en la concepción del “buen vivir”.

El enfoque intercultural es más desarrollado en Bolivia, donde la concepción de interculturalidad es uno de los pilares de la política nacional de salud y los equipos de atención primaria coordinan acciones con los médicos tradicionales del territorio bajo su responsabilidad. Hay experiencias interculturales localizadas en Chile, Colombia, Ecuador y Perú. Incluso adoptando concepciones y abordajes distintos, estos países utilizan la APS para la implementación de acciones interculturales (Cuadro 9).

Cuadro 9 – Interculturalidad en APS en los países suramericanos

Países	Interculturalidad como eje de la política de APS
Argentina	No existe mención a la concepción de interculturalidad en los documentos oficiales. Esta dimensión es estructurada a través de acciones de los programas y planes destinados a los pueblos indígenas.
Bolivia	La interculturalidad está expresa en la constitución política del país y es uno de los ejes de la política nacional de salud. Son desarrolladas acciones concretas en interculturalidad en diversos ámbitos. Se destaca la atención del parto intercultural y el reconocimiento a los terapeutas tradicionales.
Brasil	La Política Nacional de Atención Primaria no menciona el concepto de interculturalidad, cuyas acciones son aún incipientes en el país. Está presente en la Política de Salud Indígena.
Chile	La interculturalidad es uno de los propósitos del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario. El modelo debe garantizar el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios y la inclusión de éstos en los beneficios y prestaciones del Fonasa. Hay diversas experiencias que articulan APS e interculturalidad en el país. El modelo de la política de salud de los pueblos indígenas tiene enfoque intercultural.
Colombia	Algunas comunidades indígenas del país han constituido sus propias Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud indígenas de primer nivel estableciendo el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Sispi), todavía hay dificultades para el reconocimiento de la medicina tradicional de los pueblos indígenas. Hay experiencias locales organizadas por los pueblos indígenas en sus territorios.
Ecuador	La Dirección Nacional de Interculturalidad vinculada al Ministerio de Salud Pública es responsable por la planificación de acciones interculturales. Está en desarrollo una política específica para la implementación de acciones de medicina ancestral en la APS. Existen algunas experiencias interculturales locales organizadas a partir de la demanda de los pueblos indígenas.
Guyana	La interculturalidad en APS opera dentro de los asuntos indígenas. La ley amerindia aprobada en 2006 establece un Consejo Nacional de Toshos (jefe escogido por la aldea) que debe ser consultado en la toma de decisiones nacionales que puedan influenciar la vida de los pueblos indígenas.
Paraguay	Algunas USF se localizan en áreas de influencia de comunidades indígenas y se coordinan con promotores indígenas para un trabajo conjunto.
Perú	En el Perú existe una política de interculturalidad liderada por el Instituto Nacional de Salud, adscrito al Ministerio de Salud, mediante el Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi). Existen diversas experiencias exitosas en el país promovida por distintas organizaciones desde los años 1980.
Suriname	La interculturalidad es raramente referida en los documentos de la política de salud. La Misión Médica tiene experiencias de trabajo intercultural con chamanes.
Uruguay	El tema de la interculturalidad no es muy presente, considerada la alta concentración urbana de la población y la escasa presencia de la medicina tradicional. No obstante, se observan barreras (lenguaje y dificultad en la comprensión de los materiales de promoción y educación en salud).
Venezuela	Existe un claro mandato en las políticas públicas para integrar el enfoque intercultural, entendido como el respeto a las diferentes identidades étnicas y culturales en su concepción y preferencias de atención sanitaria. La interculturalidad debe ser una transversal al accionar en todos los sectores. Se destaca la experiencia del programa de salud integral para el pueblo Yanomami.

Fuentes: Mapeos Isags de APS en Suramérica: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c; Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014; Almeida, 2014; Goede, 2014a; 2014b; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a; 2014b; Tejerina Silva, 2014a; 2014b; 2014c.

En la mayor parte de los países de la región la comprensión del enfoque intercultural se restringe a una concepción de respeto a la singularidad e integración sociocultural o establece sus bases dentro de las cuestiones indígenas (Cuadro 9).

CONSIDERACIONES FINALES

En síntesis, hoy en América del Sur están en marcha diversos procesos de revitalización de la APS, su implementación es progresiva y en muchos casos aún no se han alcanzado plenamente los resultados esperados. Además de la expansión del acceso a los servicios en el nivel primario, incluso en las experiencias que reducen ese acceso a un conjunto de acciones seleccionadas, es posible identificar movimientos innovadores en la organización y en las prácticas de atención primaria. En algunas de esas experiencias y en los sistemas públicos mejor consolidados se observan características de la atención primaria integral.

Es posible destacar inúmeras experiencias innovadoras que pueden propiciar la formulación de políticas para enfrentar problemas similares en la organización y en las prácticas de APS como estrategia para la organización de los sistemas de salud en la región:

- el enfoque de la salud como un derecho en las constituciones nacionales;
- las iniciativas de desarrollo del primer nivel, con abordaje individual, familiar y de salud colectiva, integrado al sistema de salud, con conformación de redes y coordinación con servicios especializados y hospitalarios;
- las iniciativas de mejoría de la calidad de la atención prestada en el primer nivel;
- los nuevos abordajes en interculturalidad;
- la integración horizontal en el territorio con otros servicios públicos y organizaciones de otros sectores no sanitarios que buscan favorecer acciones intersectoriales para enfrentar los determinantes sociales y promover la salud;
- las experiencias de fuerte acción comunitaria e incidencia en las desigualdades sociales en que la APS está integrada a una política amplia de desarrollo social, como en el paradigma del buen vivir o vivir bien, aunque a veces son localizadas en contextos en los que la segmentación aún no fue superada;
- la acción comunitaria con la actuación de agentes comunitarios o promotores de salud;
- la ampliación de la participación social con consejos locales de salud e institucionalización de otras formas de participación en salud;
- la incorporación a los equipos de APS de personal técnico especializado en APS; y
- las estrategias de formación de grado y posgrado de profesionales médicos para APS.

Entre los desafíos más importantes para la garantía de los cuidados integrales en salud universales están la formación y el desarrollo profesional continuos para la actuación en APS y garantizar el acceso a servicios de salud en áreas remotas y desfavorecidas, aunque diversas estrategias para superarlos se encuentren en implementación.

La acción intersectorial ha sido planteada por los movimientos de atención primaria de salud y de promoción de la salud en los últimos 30 años, pero hay muchos obstáculos para la articulación entre los distintos sectores en los países suramericanos. Identificar los problemas que requieren acción intersectorial, articular los distintos intereses de cada sector e indicar los objetivos comunes de las distintas áreas se configuran aún como importantes desafíos para la organización de la intersectorialidad en la atención primaria de salud en los países.

Al reconocer a los servicios de salud de calidad como uno de los determinantes sociales de la salud, otro desafío para la garantía de los cuidados integrales en salud está en alcanzar un equilibrio adecuado entre el abordaje individual de los cuidados personales en tiempo oportuno y el abordaje de base territorial de la salud colectiva, sumado a estrategias de acción comunitaria y de cooperación horizontal locales. Este equilibrio es fundamental para la garantía del cuidado integral con promoción de la autonomía de los sujetos y prevención de la medicalización. En este sentido, un punto que se necesita profundizar en otras investigaciones es cuáles serían las mejores estrategias para lograr implementar de forma articulada un primer nivel fuerte con atención resolutoria de calidad –poco intervencionista y promotora de la autonomía de los sujetos– y una acción comunitaria potente para enfrentar los determinantes sociales.

En Suramérica, persisten tensiones entre distintas concepciones de atención primaria entre los países y en el interior de cada país, con diversos abordajes en implementación. La segmentación de los sistemas de salud con diferentes coberturas y redes de servicios para grupos poblacionales y la baja financiación pública de los sistemas de salud son importantes obstáculos para una atención primaria integral efectiva.

La segmentación de coberturas y financiamiento y la fragmentación de la atención, profundizadas en las décadas anteriores, obstaculizan la implementación de la APS integral aun en el contexto de políticas sociales abarcadoras. La búsqueda de implementación de una atención primaria de salud integral es indisociable y enfrenta los mismos obstáculos para la construcción de sistemas públicos universales en nuestra Región.

Los abordajes de APS implementados son condicionados por la segmentación de la protección en salud y de los sistemas de salud. Así, se observa alguna correspondencia entre la direccionalidad de las propuestas para la protección social en salud y los abordajes y concepciones de APS implementados.

La modalidad de mercado de aseguramiento con coberturas segmentadas por seguros privados o públicos con paquetes de servicios diferenciados conforme la capacidad de pago de las personas se corresponde, por un lado, con un abordaje de APS de primer nivel centrado en la atención individual sin territorialización ni enfoque colectivo; y en el caso de los seguros subsidiados focalizados (en poblaciones

de bajos ingresos o en grupo materno-infantil), con una APS (neo)selectiva con un paquete mínimo de servicios que cristaliza desigualdades.

Por otra parte, la perspectiva de construcción de sistemas públicos universales de salud para garantía del derecho a la salud y del acceso universal en respuesta a las necesidades individuales y colectivas de salud de los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, en base a la solidaridad, se corresponde con un abordaje de APS integral como el preconizado en la Declaración de Alma-Ata, una estrategia para reorientar el sistema de salud y garantizar el cuidado integral.

Una APS coordinadora de los cuidados de salud en la red integral, con participación social y actuación intersectorial para enfrentar los determinantes sociales y promover la salud, es indisociable de las estrategias para el desarrollo económico y social de las naciones.

No obstante, los nuevos modelos asistenciales de atención primaria de salud en implementación en Suramérica, como se analizan y sintetizan con más detalle en los otros capítulos de este libro, incorporan componentes orientados hacia la garantía del cuidado integral: con enfoque familiar y comunitario, equipos multiprofesionales con población y territorios definidos, redes integrales de servicios de salud organizadas con base en la APS, respeto e incorporación de los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios, prioridad de la promoción de la salud entendida como la acción intersectorial sobre sus determinantes sociales e institucionalización de la participación social.

REFERENCIAS

Acosta Ramírez N, Pollard Ruiz J, Vega Romero R, Labonté R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27(10):1875-1890.

Acosta Ramírez N, Vega Romero R. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Perú. Rio de Janeiro: Isags; 2014. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[347\]ling\[1\]anx\[324\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[324].pdf). Acceso el: 26 de enero de 2015.

Almeida PF. Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul. *Atenção primária à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Isags; 2014. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[127\]ling\[1\]anx\[519\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[127]ling[1]anx[519].pdf). Acceso el: 10 de diciembre de 2014.

Argentina, MSAL – Ministerio de Salud de la Nación, Poder Ejecutivo Nacional. Bases del Plan Federal de Salud (documento institucional, n° 1). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2004.

Bolivia, MSD – Ministerio de Salud y Deportes. Decreto Supremo N° 29.601 de 11 de junio de 2008. Nuevo modelo sanitario de Bolivia, Modelo de salud familiar comunitario intercultural. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, 2008.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, org. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125.

Calderón F. Inflexión histórica: la situación social-institucional en el cambio político de América Latina. In: Fleury S, Lobato LVC. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 83-100.

Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de salud integral, familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. Santiago de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria en Salud/OPS; 2013.

Chile, Ministerio de Salud. Dossier integración de atención primaria con otros niveles de atención. Santiago de Chile: Eurosocial Salud; 2007.

Colombia, Congreso de la República. Ley 1.438 de 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC; 2011.

Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2010; 10(Supl.1):14-27.

Ecuador, MSP – Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional de Salud y Red de Salud Pública y Complementaria. Modelo de atención integral del sistema nacional de salud. Quito: MSP, 2012.

Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.853-883.

Giovanella L, Ruiz G, Feo O, Tobar S, Faria M. Sistemas de salud en América del Sur. In: Isags org. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2012. p 21-69.

Giovanella L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Montevideo: Observatório Mercosur de Sistemas de Salud; 2013. Disponible en: <http://www.observasalud.mercosur.int/es/publicaciones-omss>. Acceso el: 2 de febrero de 2015.

Goede H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Suriname. Rio de Janeiro: Isags; 2014. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=236 Acceso el: 26 de enero de 2015.

Goede H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Guyana. Rio de Janeiro: Isags; 2014. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=235 Acceso el: 26 de enero de 2015.

Knipper M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica 2010; 27(1):94-101.

Labonté R, Sanders D, Baum F et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Dossier. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2009; 8(16):13-29.

Oliver A. The folly of cross country ranking exercises. *Health Economics, Policy and Law* 2012; 7(Special Issue 01):15-17.

OMS – Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1. Acceso el: 29 de enero de 2015.

OMS – Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

OPS/OMS – Organização Pan-Americana de Saúde /Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization- PAHO/WHO; 2005.

Paraguay, MSPyBS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Comunicación personal del equipo APS- Dirección General de Atención Primaria de Salud DGAPS/MSPyBS; 2014.

Paraguay, MSPyBS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2008.

Perú, Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Resolución Ministerial 464 del 2011. Documento Técnico. Lima: Ministerio de Salud; 2011.

República Bolivariana de Venezuela. Decreto Presidencial N° 2.745 de creación de la Misión Barrio Adentro. Gaceta Oficial N° 37.865 de 26 de enero de 2004. Caracas; 2004.

República del Ecuador. Constitución Política de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro; 2008.

República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Ley 18.211 de 13 de diciembre 2007. Por medio de la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Montevideo; 2007.

Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Argentina. Rio de Janeiro: Isags; 2014a. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[328\]ling\[1\]anx\[297\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[328]ling[1]anx[297].pdf).

Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: Isags; 2014b. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[128\]ling\[2\]anx\[530\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[128]ling[2]anx[530].pdf).

Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay. Rio de Janeiro: Isags; 2014c. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=185.

Rojas D. Medicina integral comunitaria: nueve años impulsando la salud preventiva en el pueblo. Caracas: AVN; 2014. Disponible en: <http://www.avn.info.ve/contenido/medicina-integral-comunitaria-nueve-a%C3%B1os-impulsando-salud-preventiva-pueblo>. Acceso el: 28 de enero de 2015.

Rovere M. Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate* 2012; 36(94): 327-342.

Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.

Suriname. Development plan: Suriname in transformation 2012-2016. Paramaribo: Government of Suriname; 2012.

Tejerina Silva H, Soors W, De Paepe P, Aguilar Santacruz E, Closon MC, Unger JP. Socialist government health policy reforms in Bolivia and Ecuador: the underrated potential of integrated care to tackle the social determinants of health. *Social Medicine* 2009; 4(4):226-234.

Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Bolivia. Rio de Janeiro: Isags; 2014a. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=159. Acceso el: 23 de noviembre de 2014.

Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Ecuador. Rio de Janeiro: Isags; 2014b. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=186. Acceso el: 23 de noviembre de 2014.

Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Venezuela. Rio de Janeiro: Isags; 2014c. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=178. Acceso el: 23 de noviembre de 2014.

Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: Isags; 2014a. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=160. Acceso el: 14 de diciembre de 2014.

Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: Isags; 2014b. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=191. Acceso el: 14 de diciembre de 2014.

Venezuela, Ministerio de Salud. Guía práctica de salud para Barrio Adentro I en Caracas. Caracas: Ministerio de Salud; 2006.

Venezuela, MPPS – Ministerio del Poder Popular para la Salud, OPS. Medicina integral comunitaria. Médicos y médicas para el pueblo. Caracas: MPPS/OPS; 2013.

Venezuela, MPPS – Ministerio del Poder Popular para la Salud. Proyecto de Ley Orgánica de Salud (documento de circulación interna). 2014.





Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay

Gilberto Ríos Ferreira

INTRODUCCIÓN

El análisis de la estrategia de APS implica necesariamente considerar una panorámica de la evolución de los procesos políticos y sociales de los países y de sus sistemas de salud. En primer lugar, vale mencionar que Argentina, Paraguay y Uruguay estaban bajo dictaduras militares al momento de aprobarse la Declaración de Alma-Ata, en el año 1978. El concepto de APS, entre otros aspectos, reconoce la salud como un derecho, estimula la más amplia participación social, un relacionamiento activo entre la comunidad y los servicios asistenciales y promueve al Estado como eje principal de esa transformación. Todas esas condiciones no tenían factibilidad de desarrollo, ya que las libertades estaban restringidas, la participación limitada y el Estado, bajo un régimen dictatorial, tenía otras prioridades.

En lo estrictamente sanitario, el factor común era la transición de los sistemas de salud que estaban caracterizados, a partir de la década de 1960, por un peso creciente del sector asistencial público, un enfoque predominante sobre las enfermedades transmisibles y una organización asociada al hospital tradicional. A fines de la década de 1960 se inició el desarrollo de los primeros centros de salud en la región en el contexto de una progresiva extensión de las redes asistencialistas principalmente públicas.

Los sistemas de salud de América Latina se fueron moldeando en base a una mezcla de los modelos occidentales de protección social. De forma más marcada que en los países europeos, que apuntaban a la universalización de la protección social, los subsistemas latinoamericanos se especializaron en estratos específicos de la población agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico u ocupación del territorio (urbano/rural). No se establecieron ni modelos bismarckianos (seguridad social) ni Beveridgianos

como tales (servicios nacionales de salud), lo que resultó en sistemas segmentados o hasta atomizados (Levcovitz, 2014).

Junto a la creciente presencia del sector asistencial público organizado, administrado y financiado por los respectivos ministerios de salud, en los tres países se creó un sector paraestatal, que provee cobertura a trabajadores formales, representado por las Obras Sociales, en Argentina, el Instituto de Previsión Social (IPS), en Paraguay y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), en Uruguay. Su tipología corresponde en esencia a los seguros sociales de tipo bismarckiano, diseñados para el sector formal, pero que en algunos casos brindan también cobertura a ciertos sectores poblacionales que no contribuyen a la seguridad social, que acceden a través de una afiliación voluntaria y bajo modalidad de prepago. En ese sentido, la experiencia más sostenida en el tiempo se da en Uruguay a través de las IAMC. Simultáneamente surgen seguros privados de carácter voluntario que ofrecen asistencia exclusivamente para la población con capacidad de pago. La afiliación a uno de los seguros privados, comúnmente denominados como prepagas, permite el acceso de los usuarios a un centro asistencial privado.

A partir de los años 1980 se han iniciado procesos de reforma del sector salud en casi todos los países latinoamericanos, que tienden a favorecer la participación del sector privado en la gestión del financiamiento y en la provisión de servicios, con la consiguiente reducción de los servicios públicos (Arriagada, 2005). Las políticas neoliberales en América Latina significaron una creciente reducción del Estado, desregulaciones, privatizaciones y la limitación de las responsabilidades públicas a políticas subsidiarias focalizadas para los segmentos más pobres y vulnerables de la población. Esta orientación hacia el mercado tuvo impacto en el sector salud de los tres países y, particularmente en la APS, llevó al resurgimiento del enfoque selectivo que se entiende como una serie de prestaciones sencillas y a menudo de baja calidad dirigidas a los pobres (Cueto, 2004). Al mismo tiempo, el acceso a una atención de salud de mayor complejidad y calidad se fue asociando crecientemente a la capacidad de pago de los individuos.

La renovación de la APS se da en un contexto de cambios políticos en la región, donde asumen gobiernos de izquierda y centroizquierda, luego del impacto profundo de la crisis económica de 2001-2002, debido a los fracasos de las reformas neoliberales de la década de 1990 y sus repercusiones sobre los sistemas de salud. Se imponía la necesidad de redefinir el componente salud en la matriz de protección social en cuanto a accesibilidad, cobertura universal y equidad. La nueva perspectiva retomó el rol vital que el Estado debe tener para conformar una protección social efectiva y su papel rector en las políticas públicas de salud.

La Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (la llamada Declaración de Montevideo) retomó las ideas de Alma-Ata

incorporando el concepto de sistemas sanitarios basados en la APS como estrategia para conseguir la inclusión social y una mayor equidad. Este enfoque propugna la orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada, el fomento del trabajo intersectorial, la orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente y el fortalecimiento de los recursos humanos para el trabajo en APS (OPS, 2005).

La revitalización de la APS tuvo como base la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), pero ahora debe abarcar todo el sistema de salud, incluyendo los sectores público y privado sin fines de lucro. Sostiene como valores el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad entendida como ausencia de diferencias injustas en el estado de salud y la solidaridad social. A través de la APS basada en los principios de intersectorialidad, sustentabilidad, justicia social, participación, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos se pretende dar respuestas a las necesidades de salud de la población y orientar los servicios a la calidad. Los sistemas de salud basados en la APS incluyen elementos estructurales y funcionales, como la cobertura y el acceso universal, la puerta de entrada al sistema, la atención integral, integrada y continua, la orientación familiar y comunitaria y el énfasis en la promoción y la prevención (Macinko et al., 2007).

La APS se considera también como una condición esencial para lograr las metas internacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OPS, 2003).

Es en ese marco general de revitalización de la APS que los tres países, Argentina, Paraguay y Uruguay, han desarrollado procesos de reformas, algunas profundas, otras parciales, condicionadas por características de sus respectivos sistemas de salud.

El sistema de salud de la República Argentina se compone de tres subsistemas segregados y estructurados para brindar servicios de atención a diferentes segmentos de la población. Sus subsectores y coberturas son caracterizados esquemáticamente en el Cuadro 1.

En Argentina, el sistema público estatal se extiende por todo el país y está presente en todos los niveles regionales. Sus servicios responden jerárquicamente a diferentes autoridades: Nación, provincias y municipios con fragmentación. El subsistema público se financia por ingresos fiscales y presta atención a las poblaciones que no tienen cobertura por ninguno de los otros sistemas.

El sistema de la seguridad social agrupa las denominadas Obras Sociales y se financia a través de contribuciones obligatorias de los trabajadores del sector formal compartidas con el empleador. Las Obras Sociales Nacionales son las más tradicionales y agrupan de manera obligatoria a todos los trabajadores comprendidos dentro de una rama de actividad, sumándose las Obras Sociales Provinciales (OSP), que brindan cobertura a los empleados públicos que trabajan para los 23 gobiernos provinciales, para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los municipios

(Isags, 2012a), y la que brinda cobertura a los jubilados, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). El PAMI es financiado con fuentes de contribuciones de activos y patronales más un aporte de los jubilados. El subsistema de seguridad social se encuentra regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El subsistema privado comprende una serie de seguros privados de salud denominados prepagas que se presentan en distintas formas organizativas, ante todo como mutuales, cooperativas o fundaciones. Se trata de aseguradoras con fines de lucro cuya oferta se dirige a la población de mayores ingresos y le permite acceder a servicios del sector privado. Tal como se expresa en el Cuadro 1, las prepagas, reguladas por la Ley de Medicina Prepaga, representan el subsistema de menor cobertura poblacional (Morgenstern, 2013).

Cuadro 1 – Sistema de salud y segmentos de cobertura poblacional en Argentina

Subsectores		
Sistema público estatal	Seguridad social	Sistema privado
Ministerio de Salud de la Nación	Obras Sociales	Prepagas ^a
23 ministerios provinciales + CABA	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI (Programa de Atención Médico Integral)	Cooperativas Mutuales Fundaciones
Cobertura [*]		
36%	46%	5%
Población		
Población carente de otras coberturas: Trabajadores en relación dependencia o autónomos no registrados Desempleados e inactivos sin capacidad de compra	Trabajadores formales Jubilados y pensionistas	Contratación voluntaria
Otros segmentos		
Programas y planes estatales de salud		Prepaga a través de Obra Social ^b
2%		11%

Fuentes: Argentina, Indec, 2012; Eurosocietal, 2007. *2007

a) Prepagas: A fines de la década de 1970, y bajo la denominación generalizada de Empresas de Medicina Prepaga, se agrupó un amplio y diverso conjunto de entidades cuya oferta presentaba una dispersión de precios y servicios de cobertura

b) Aparte de las Obras Sociales que canalizan sus aportes a una prepaga, existen seguros privados que brindan servicios de salud a través de una Obra Social, lo que causa problemas de doble afiliación y doble cobertura en el sector salud de Argentina (Morgenstern, 2013)

El sistema de salud de Paraguay se caracteriza por su segmentación en los sectores público estatal, público no estatal, privado y mixto. Coexisten subsistemas con distintas modalidades de afiliación, financiamiento y provisión, pero no hay fragmentación al interior de cada subsistema, que cuenta con una fuerte integración vertical entre las funciones de financiación, planificación y prestación.

El sector público estatal es conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. El MSPBS es el principal proveedor, se financia exclusivamente con recursos fiscales y cubre –en teoría– a la mayor parte de la población. Los otros servicios público-estatales, como la Sanidad Militar, Policial y de la Armada, reciben fondos fiscales y contribuciones obligatorias en base a los salarios del personal y cubren la policía y los militares. La otra parte del sector público es la llamada Administración Descentralizada, que comprende las gobernaciones, los municipios y la Universidad Nacional de Asunción, con el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil.

El sector público no estatal es conformado por el Instituto de Previsión Social (IPS) como ente de seguridad social para el sector del mercado de trabajo formal del país. El Instituto de Previsión Social se financia por contribuciones de la seguridad social con aportes de empleados y empleadores que varían según tipo de empleo e ingreso. Abarca a los trabajadores formales, tanto del sector público como privado, y cubre el 16% de la población paraguaya (Isags, 2012b; Maceira, 2007) (Cuadro 2).

En el sector privado, que cubre el 7% de la población, existe una gran variedad de esquemas que van desde pequeños fondos de ahorro, mutualidades de salud, seguros para grupos particulares hasta seguros privados stricto sensu (Holst, 2003).

Cuadro 2 – Sistema de salud y segmentos de cobertura poblacional en Paraguay

Subsectores				
Público		Privado		Mixto
Financiamiento				
Fiscal	Contribuciones seguridad social	Premios sector privado		Aportes del Estado + Fundación privada
MSPBS	IPS	Sin fines de lucro	Con fines de lucro	
		Provincias, ONG	Medicina prepaga	
		Cooperativas, asociaciones	Proveedores privados	Cruz Roja paraguayana
Cobertura*				
77%	16%	7%		

Fuente: Adaptado de Isags, 2012b. *2010

Uno de los mayores desafíos que enfrenta el sistema de salud del Paraguay es la ampliación de la cobertura real de la protección social en salud. Sólo el 20% de la población tiene cobertura de algún tipo de seguro (social o privado), la mayor parte de la población depende de la oferta variable y muchas veces limitada del gobierno. Se estima que alrededor del 35% de la población carece de acceso regular a servicios básicos de salud y persisten importantes brechas de cobertura y desigualdades en el acceso a la atención de salud entre poblaciones urbanas y rurales (Mancuello Alum y Cabral de Bejarano, 2011; Lavigne, 2012).

Asociada a la segmentación de la cobertura se observa la fragmentación del sector prestador de servicios de salud en Paraguay, al no existir coordinación entre los distintos prestadores de servicios de salud de la seguridad social y del Ministerio. Otro aspecto importante del sistema es que los establecimientos de salud que ofrecen atención de alta complejidad son prestadores de la previsión social y se concentran en la capital del país y en el Departamento Central, mientras que en el resto del país sólo existen prestadores de menor complejidad (Isags, 2012b).

El sistema de salud de Uruguay, luego de una reforma profunda iniciada en el año 2007, se denomina Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y se caracteriza por la articulación de los subsistemas público y privado, promoviendo la complementación asistencial y obligaciones prestacionales comunes, con un mecanismo de financiación único a través de contribuciones a la seguridad social (Fondo Nacional de Salud – Fonasa, del Seguro Nacional de Salud) asegurando una cobertura universal y con un Fondo Nacional de Recursos (FNR) para garantizar las prestaciones de medicina altamente especializada y eventos catastróficos.¹ El organismo regulador por excelencia es el Ministerio de Salud Pública (MSP), que cumple el rol de autoridad sanitaria.

El Seguro Nacional de Salud (SNS) se basa en el aporte de los trabajadores, de las empresas y del Estado. Los trabajadores tienen tasas de aportes que varían entre 3% y 8% según su nivel de ingreso; las empresas mantienen un aporte único del 5% más complemento cuota, que se aplica cuando la suma del aporte del trabajador y el patronal no alcanza a financiar la cuota promedio salud. El Estado actúa aportando ingresos para compensar el beneficio de cobertura al que acceden muchos trabajadores, sobre todo de menores ingresos y muchos hijos, con cuyos aportes no se cubren las cuotas salud correspondientes a todos los beneficiarios. Los jubilados también tienen una tasa de aporte que varía entre el 3% y el 6% (Ríos, 2014c). Las contribuciones y aportes son recaudados por el Banco de Previsión Social (BPS) que administra el Fonasa.

¹ El Fondo Nacional de Recursos funciona como reaseguro de enfermedades catastróficas, brindando cobertura financiera a procedimientos médicos de alta complejidad, incluyendo medicamentos de alto costo, para los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Junta Nacional de Salud (Junasa), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, administra el Seguro Nacional de Salud financiado por el Fonasa, contratando prestadores integrales públicos y privados. El BPS, por orden de la Junasa, paga mensualmente a los prestadores una “cuota salud” por cada beneficiario del SNS, asociada a la edad y sexo del beneficiario y al cumplimiento de metas asistenciales establecidas en los contratos de gestión. La separación entre la contribución y la utilización de los servicios es máxima: todos los beneficiarios del SNS tienen derecho al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) independientemente de su capacidad de pago (Uruguay, MSP, 2009).

El principal servicio asistencial público es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Es el mayor estructuralmente, en extensión geográfica y cobertura (34% de la población). Tiene como responsabilidad la cobertura de los sectores más desprotegidos de la población que no acceden al Fonasa a través de un financiamiento de rentas generales (impuestos) (Muñiz, 2014). Es el principal prestador público de servicios de salud, pero también cubre a beneficiarios contribuyentes del Fonasa (seguridad social) que optan por la ASSE, que tiene como ventaja no tener copagos, existentes en la mayor parte de las IAMC.

También forman parte del sistema público el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, los servicios de salud del Instituto de la Seguridad Social, denominado Banco de Previsión Social, los Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado y los servicios de primer nivel de atención a cargo de las municipalidades (Cuadro 3). Otro componente del sector público son los servicios de sanidad policial y de las fuerzas armadas, con una cobertura de 7% y un financiamiento de rentas generales y contribuciones compulsorias de los salarios del personal (Isags, 2012c).

Los servicios privados regulados están conformados por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que agrupan a las históricas mutuales de inmigrantes, cooperativas médicas y corporaciones. Tienen una larga trayectoria en el sector y una fuerte regulación por parte del Estado. Las IAMC, regidas por la Ley 15.181 y sus decretos reglamentarios, son instituciones sin fines de lucro que brindan atención integral y cubren el 54% de la población (Ríos, 2013a).

Completan la participación privada en el sistema los seguros privados voluntarios que, con fines de lucro y menor regulación, brindan atención de acuerdo a los premios pagos por el asegurado. Su cobertura no supera el 3% de la población.

Los usuarios del SNIS son todos los ciudadanos uruguayos que aportan al Fonasa y la población de bajos recursos que no aporta, pero tiene cobertura a través del prestador público ASSE.

Cuadro 3 – Sistema de salud y cobertura poblacional en Uruguay

Subsectores			
Sistema nacional integrado de salud		Otros servicios públicos	Otros servicios privados
Financiamiento			
ASSE	IAMC	Sanidad FF. AA. y Sanidad policial	Seguros privados integrales
Rentas generales	Seguridad social	Rentas generales y aportes compulsivos sobre salarios	Prepago
Cobertura*			
34%	54%	7%	3%

Fuentes: Muñiz, 2014; Isags; 2012c. *2011

CONDUCCIÓN DE LA APS

Concepción de la APS

En los tres países, Argentina, Paraguay y Uruguay, el concepto y el desarrollo de la atención primaria de salud (APS) siguió un patrón similar al de los otros países de América Latina. Por un lado, un abordaje focalizado en poblaciones vulnerables a expensas del sector público y, por otro, un fuerte condicionamiento que impone la segmentación y fragmentación generalizadas en prácticamente todos los sistemas de salud de la región.

La discusión sobre la renovación de la APS a nivel internacional a partir de la primera década del siglo XXI (Macinko et al., 2007) significó un impulso para retomar políticas de los años 1960 y 1970 y priorizar la agenda nuevamente hacia la APS en toda la Región. En setiembre de 2005, se reunieron los ministros de salud de América Latina en Uruguay, dando un apoyo expreso a la concepción de la APS renovada, a través de la Declaración de Montevideo (Macinko et al., 2007). Posteriormente, en agosto de 2007, el gobierno de Argentina, con el apoyo de la OPS/OMS, convocó a la Conferencia Internacional sobre APS (Encuentro Buenos Aires 30/15: de Alma-Ata a la Declaración del Milenio) para celebrar los 30 años de Alma-Ata. Estas iniciativas fueron favorecidas por los cambios políticos democráticos en la región.

Argentina, a partir de la crisis del 2001, comenzó un proceso de cambios en el sector salud que reivindica la salud como un derecho y, asumiendo la responsabilidad del Estado, hace hincapié en la atención integral, la accesibilidad y la descentralización de los servicios de salud. En ese marco se generan diversas iniciativas, como el Programa Remediar y el Programa Médicos Comunitarios (PMC), entre otros.

En Paraguay, la implementación de la APS tradicionalmente priorizó programas verticales en atención materno-infantil, inmunizaciones y vigilancia de brotes de enfermedades transmisibles. Estas actividades se realizaban en el primer nivel de atención con escasa integración con los demás prestadores de la red de servicios, concentradas en el sector público y focalizadas en los sectores más empobrecidos de la población. A partir del 2008 comienza un proceso tendiente a garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía. Se concibe a la salud como un derecho apoyado en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social. Esto determina una nueva concepción de APS que se materializó en la iniciativa del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) de creación de la Dirección General de APS y en el proyecto de instalación de Unidades de Salud de Familia en todo el territorio, que generó un punto de inflexión en la reorientación del sistema de salud.

Uruguay también, inmediatamente después del lanzamiento de la estrategia de APS, en 1978, replicó los modelos de la región y, a pesar de un debate profundo al finalizar la dictadura (1985), fue recién a partir del 2005 que comenzó un proceso de reforma más profunda, en el marco de un cambio fundamental de la matriz de protección social en salud. En los documentos que conceptualizan la reforma que creó el SNIS, la estrategia de APS y sus dimensiones fueron una constante (República Oriental del Uruguay, 2007).

Marco legal y normativo

En Argentina, en lo que se refiere a la legislación, los constituyentes de 1994 plasmaron en la norma fundamental nacional en el Artículo 75, inciso 22, el derecho a la salud, que integra el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Hoy, el derecho a la salud tiene jerarquía constitucional por ratificación de pactos y tratados internacionales (Morgenstern, 2013; Isags, 2012a). En Argentina, el acceso a la salud en el sistema público es universal y gratuito para todos los ciudadanos.

La fundamentación del Plan Federal de Salud desarrolla en forma específica la estrategia de la APS como la más efectiva. Se propone “el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria”. Se considera la APS como el modelo “más efectivo en el mejoramiento de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme”. La estrategia es “asegurar la cobertura efectiva de atención primaria para la población de cada territorio, propiciando su participación”. El Plan establece la atención primaria como “prioridad absoluta” y afirma que “las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos”, con descentralización progresiva sistemática y organizada (Argentina, Presidencia de la Nación, 2004).

Adicionalmente, la regulación de los diversos programas del Ministerio de salud de la Nación (Minsal) también establece cometidos que se vinculan directamente con la estrategia de APS. Por ejemplo, el Programa Materno Infantil determina criterios de aplicación nacional para la reducción de la mortalidad infantil, dándole un peso relevante a los servicios del primer nivel de atención, al igual que el programa Remediar, asegurando el acceso a los medicamentos esenciales en el marco de una serie de criterios de regulación que se aplican, sobre todo, a nivel territorial.

En Paraguay, varias normativas de diferente rango dan marco a la APS.² La resolución ministerial que crea la Dirección General de Atención Primaria en Salud, en 2008, menciona la mayoría de las dimensiones de la APS. Entre sus cometidos se destacan el apoyo a la implementación de una red de servicios de salud, definiendo a las Unidades de Salud Familiar (USF) como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y con capacidad resolutoria para los problemas de salud en los territorios sociales. Además las USF deben ser responsables por promover, adaptar, divulgar y socializar el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel nacional, regional y local.

En Uruguay, las normas de mayor consistencia relacionadas a la APS están integradas en la Ley 18.211 de 2007 por la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y se definen sus principios rectores. Dicha Ley establece que el SNIS se “organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (República Oriental del Uruguay, 2007). La Ley subraya el valor de la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. Establece como bases fundamentales del sistema uruguayo de salud: la intersectorialidad de las políticas de salud para mejorar la calidad de vida de la población; la cobertura universal que abarca la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad del acceso a las prestaciones; la calidad integral de la atención, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención; respeto a los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios; y la participación social de trabajadores y usuarios, entre otros (República Oriental del Uruguay, 2007).

² En primer lugar, los artículos 3º, 68º y 69º de la Constitución de la República (República del Paraguay, 1992); leyes como la N° 1032/96 de creación del Sistema Nacional de Salud; Decreto 21.376/98: Artículo 20, numeral 7 que autoriza al Ministerio de Salud a “dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones”, y Resoluciones Ministeriales como la S.G 101, del 17 de septiembre de 2008, por la cual se crea la Dirección General de Atención Primaria en Salud, en dependencia de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales en APS

Las atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales en cada país tienen relación directa con su organización y división político administrativa. En Paraguay y Uruguay, países unitarios centralizados, la tendencia es la concentración de las atribuciones y competencias en el nivel nacional, a diferencia de Argentina, país federal, con una tendencia a la descentralización por la amplia autonomía, delegación de competencias y responsabilidades financieras a las provincias y los municipios.

En Argentina, el Minsal es el órgano responsable por la rectoría del sistema de salud. El Plan Federal de Salud 2004-2007 (Argentina, Presidencia de la Nación, 2004) ha funcionado como marco conceptual del proyecto a largo plazo que debe orientar el desarrollo del sistema sanitario. Según el Plan Federal, la asistencia desde la Nación consistirá, en primer lugar, en el diseño de un modelo de atención adecuado para la APS en centros locales. En segundo lugar, a través del Programa Remediar, el Ministerio de Salud de la Nación se ocupará de la provisión de medicamentos para garantizar el acceso de la población de bajos recursos, lo que se complementa mediante la provisión de leche, vacunas, anticonceptivos, etc. Los canales establecidos para distribuir los insumos relevantes para la APS implican un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda por servicios de salud hacia los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), en lugar de los hospitales. Además, Nación y las provincias acreditan y clasifican los CAPS, realizan capacitación y ofrecen incentivos a los profesionales responsables (Argentina, Presidencia de la Nación, 2004).

Las políticas del Minsal son implementadas por provincias y municipios. La ejecución se da, en primer lugar, a nivel provincial, es decir en las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que tienen competencias delegadas desde el nivel federal para la atención a la salud. La mayoría de las provincias desarrollan su visión propia de la APS y la definen en la constitución, leyes o decretos de nivel provincial. Para coordinar las políticas nacionales y regionales se han establecido el Consejo Federal de Salud (Cofesa) y los Consejos Regionales de Salud (Coresa).

La primera estación en el proceso de descentralización de los planes federales siempre es la provincia: cada una de ellas tiene en su territorio una red de servicios, gestionando hospitales provinciales y coordinándolos con los niveles municipales y el primer nivel de atención. En la mayoría de las provincias, los Centros de Atención Primaria (CAPS) están dentro de su jurisdicción, excepto algunas provincias como Buenos Aires y Córdoba, que los descentralizan al nivel municipal. Además de los CAPS se han ido integrando a la APS los Centros Integrados Comunitarios (CIC), que son estructuras dependientes de las provincias con una concepción más amplia e integradora, donde siempre está presente el sector salud. Para cumplir con sus

cometidos, las provincias disponen de recursos propios y reciben recursos asignados por el gobierno central (Ricchero y Tobar, 2003).

Luego del nivel provincial, el otro nivel de ejecución de las políticas de APS en Argentina es el municipio. A través de sus secretarías de salud, los municipios planifican la APS en el territorio, en coordinación con la provincia.

En Paraguay, la esfera gubernamental nacional con competencias y atribuciones sobre la APS es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) a través de un organismo especializado, la Dirección General de Atención Primaria en Salud. Esta cuenta con un presupuesto específico para su funcionamiento y es la responsable de gestionar las Unidades de Salud de la Familia (USF) y los Equipos de Salud de la Familia (ESF). Entre sus cometidos están la implementación de la red de servicios de salud, con las USF como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud; la habilitación de nuevas USF de acuerdo a la evaluación de necesidades de cada territorio social; el establecimiento de los lineamientos para la territorialización y la adscripción de la población a las USF. Además, se ocupa del desarrollo de la capacidad técnica de los recursos humanos para la implementación del modelo de atención con enfoque de salud familiar y comunitario, desde los determinantes sociales de salud, para la prestación de servicios, y otras actividades relevantes para la salud de la población.

En Paraguay, los departamentos y las intendencias coparticipan en el primer nivel de atención integrando la red asistencial y participando de otras acciones que implican intersectorialidad. La estructura ministerial que establece las regiones sanitarias a lo largo del país habilita a que departamentos, municipios y distritos tengan también su influencia sobre la implementación de la APS en su territorio (Cuadro 4). En suma, a nivel subnacional, “la conducción de la APS es ejercida por las autoridades sanitarias, apoyadas por las autoridades políticas a través de los consejos regionales y locales de salud, incluidos los intendentes, además de líderes comunitarios, profesionales y promotores o agentes comunitarios” (Dullak et al., 2011:2869).

En el SNIS en Uruguay, la legislación vigente³ confiere las competencias en la esfera nacional al Ministerio de Salud Pública (MSP), que impulsa actualmente un proceso intensivo de descentralización de su estructura organizativa y jerarquización de su rol como rectoría y autoridad sanitaria. La otra estructura gubernamental relevante es la Junta Nacional de Salud (Junasa), un organismo desconcentrado del MSP que administra el Seguro Nacional de Salud. También dispone de herramientas y competencias para orientar a los prestadores públicos y privados hacia la estrategia de APS a través del contrato de gestión que deben firmar los prestadores para acceder a la financiación del Fonasa y las metas prestacionales asociadas al pago de la cápita a todos los prestadores del SNIS.

³ Particularmente, la Ley 9.202 (Ley Orgánica de Salud Pública) y la Ley 18.211.

A nivel nacional, más allá de que todos los prestadores del SNIS (instituciones de asistencia médica colectiva, cooperativas médicas, etc.) deben llevar adelante los cometidos establecidos en la ley, es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), único prestador público integral del sistema, quien tiene la mayor responsabilidad de conducir el proceso de reforma hacia un nuevo modelo de atención en el marco de una estrategia de APS. Como el principal prestador estatal de atención integral a la salud, la ASSE ofrece una red de servicios de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, con un concepto de atención integral a la salud que incluye la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación (ASSE, 2014b).

De acuerdo a la organización político administrativa del Uruguay, luego del nivel nacional sigue el nivel departamental, conformado por 19 Intendencias Departamentales, que históricamente fueron incursionando en la atención a la salud y, particularmente, en el primer nivel de atención (Cuadro 4). A pesar del desarrollo variable, todas las intendencias tienen alguna participación en la salud a través de recursos propios, actuando en red con servicios de la ASSE y/o policlínicas comunitarias o autogestionadas (Ríos, 2013a). A diferencia de los otros países estudiados, en Uruguay no hay transferencias de competencias delegadas de asistencia a los niveles municipales.

La creciente coordinación de esfuerzos del sector prestador público, que permite optimizar el uso de los recursos y evitar duplicaciones de servicios, aparece como una estrategia para avanzar hacia la APS con la creación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (Rieps).

La Rieps constituye una estructura interinstitucional que incluye la ASSE y todos los demás prestadores públicos, los Servicios Médicos del Instituto de la Seguridad Social (denominado Banco de Previsión Social – BPS), el Hospital de Clínicas (HC), la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las FF. AA., el Banco de Seguros del Estado (BSE) y las Intendencias Municipales (República Oriental del Uruguay, 2011). Se destaca el potencial coordinador de la Rieps como una condición necesaria, aunque no suficiente, para una buena complementación público-privada en el marco del SNIS (Benia, 2011).

En Uruguay, otros actores influyentes en la política de APS son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) como integrantes del SNIS, que deben dar cumplimiento al Plan de Asistencia Integral a la Salud (PIAS), una estrategia sanitaria nacional que incluye actividades de promoción y protección de salud, diagnóstico precoz y tratamiento de los problemas de salud-enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, además de acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes. De estas instituciones, 11 se ubican en Montevideo y las 28 restantes en el interior del país. La regulación del MSP obliga al desarrollo de programas prioritarios que se conciben desde una impronta poblacional y en

función de la realidad epidemiológica del país. Por otro lado, las obligaciones que se contraen ante la Junasa al firmar el contrato de gestión y la obligatoriedad de brindar todas las prestaciones previstas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), son condiciones necesarias para que los prestadores accedan a la financiación del Fonasa.

Cuadro 4 – Atribuciones y competencias en APS de las esferas gubernamentales en Argentina, Paraguay y Uruguay

Argentina		Paraguay		Uruguay	
Federal		Unitario		Unitario	
Esferas	Atribuciones	Esferas	Atribuciones	Esferas	Atribuciones
Ministerio de Salud de la Nación	Programas nacionales, provisión de medicamentos, capacitación e incentivos para RR. HH. para APS	Ministerio de Salud y Bienestar Social	Competencias sobre APS a nivel nacional, promoción del modelo de atención integral, desarrollo de RR. HH., marco regulatorio, intersectorialidad	Ministerio de Salud Pública	Rectoría del sistema, programas prioritarios, regulación, financiamiento, desarrollo de RR. HH., promoción de la APS
Ministerios de Salud Provinciales	Competencia delegada para atención a la salud. Red de servicios: hospitales provinciales y coordinación con municipios			Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Gestión principal de la red de servicios de primer nivel atención, desarrollo de la estrategia APS
Municipios	Gestión de hospitales de menor complejidad, gestión del primer nivel de atención, estrategia de APS	Municipios	Coparticipación en la red de APS, apoyo a la red asistencial, coordinación intersectorial	Intendencias Departamentales	Coparticipación en la red del primer nivel de atención, intersectorialidad

FINANCIAMIENTO DE LA APS

En el contexto de los cambios políticos, las transformaciones hacia un rol protagonista del Estado se reflejan también en las fuentes y asignaciones del financiamiento de la salud en dos de los tres países. En Argentina y Uruguay, el incremento de la participación del gasto público en los últimos cinco años es sustantivo, alcanzando dos tercios del gasto total en salud en 2011 (66,5% y 69,5% respectivamente). En Paraguay, el gasto público no alcanza el 40% del gasto total en salud y se ha observado un mínimo descenso. Eso significa que en Argentina y Uruguay el gasto privado –es decir, las contribuciones a seguros privados y los gastos de bolsillo– tendió a disminuir (WHO, 2014).

La composición del gasto público en salud es distinta en los tres países, en coherencia con sus modelos de protección social en salud. En 2009, en Argentina y Uruguay las contribuciones para la seguridad social predominan en los gastos públicos de salud, con cerca de 58% (Giovanella, 2013). En Paraguay, las contribuciones para la seguridad social han bajado del 52% al 35%, observándose al mismo tiempo un leve aumento del gasto privado que se debe principalmente a los altos gastos del bolsillo, que han alcanzado el 56% del gasto total, porcentaje que en Argentina y Uruguay no supera el 21% (WHO, 2014). Este dato tiene particular relevancia dado que la APS se financia principalmente a través de fondos públicos y sólo en menor grado por pagos directos de los usuarios.

Esferas gubernamentales responsables de la financiación de la APS

En Argentina, desde el Minsal se financia el Programa Remediar + Redes, creado para fortalecer la capacidad de respuesta de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al sistema de salud. El Programa Remediar + Redes desarrolla tres ejes estratégicos: i) fortalecimiento de las redes de salud impulsando proyectos participativos a nivel provincial y local; ii) provisión de medicamentos esenciales a través de la transferencia de botiquines de medicamentos; y iii) Capacitación de los recursos humanos (Argentina, Minsal Santiago, 2014).⁴

Este programa se ejecuta poniendo a disposición de 6.600 centros de atención primaria botiquines de medicamentos e insumos (alrededor de 450 principios activos). Además, distribuye inmunosupresores, insumos para el programa de vacunación, medicación para combatir enfermedades infecciosas epidemiológicamente relevantes, como tuberculosis, hanseniasis, Chagas y VIH/SIDA (Programa Remediar + Redes, 2014).

Además, en Argentina existen otros programas estatales relevantes en atención primaria que tienen financiamiento total del Minsal o compartido por las provincias. El Programa Médicos Comunitarios (PMC) de formación para la APS tiene financiación exclusiva desde el nivel central. También se pueden mencionar el Programa Materno-Infantil, que desarrolla sus cometidos a través de la asistencia técnica y financiera al sector salud de las provincias argentinas; el Programa Nacional

⁴ El programa Remediar + Redes persigue los siguientes objetivos: “Asegurar la accesibilidad a los medicamentos genéricos de la población que asiste a los CAPS para tratar un alto porcentaje de las patologías presentes en las consultas; Fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas de salud con gestión participativa; Implementar el control social y la gestión participativa del programa; Desarrollar estrategias para promover el uso de medicamentos genéricos; Fortalecer el modelo de atención primaria de la salud” (Argentina, Presidencia de la Nación, 2014). Para obtener más información, consulte: <http://www.remediar.gov.ar/>

de Enfermedades Inmunoprevenibles, responsable de la definición del programa de vacunaciones nacional y del abastecimiento al sector público; y el Plan Nacer, que se financian mediante transferencias del tesoro nacional a las provincias en función del número de inscriptos y del logro de resultados sanitarios. El 60% de los recursos se transfieren mensualmente por identificación e inscripción, en base a los resultados en los niveles de inclusión de la población sin cobertura por una obra social. Y el 40% de los recursos se transfieren cada cuatro meses de acuerdo al cumplimiento de diez metas sanitarias que se miden a través de indicadores previamente definidos (trazadoras).

Respecto de la descentralización en la financiación del sistema sanitario en Argentina, existe una fórmula de reparto que define la coparticipación federal. No obstante, la asignación de recursos desde el nivel central no toma en consideración variables relacionadas con las necesidades en salud de la población o el desempeño del sector en las respectivas provincias. Al mismo tiempo, no hay legislación que exija a las provincias una determinada partida presupuestal específica para el sector salud, lo que significa que cada provincia tiene la potestad de definir el porcentaje de su presupuesto destinado a la salud. En otras palabras, cada provincia decide qué presupuesto asignar a la salud pública, independiente de las recaudaciones propias y de la renta coparticipada recibida.

En Argentina, se estima que el gasto público en atención primaria representa un 24% del gasto público en salud. Dentro del gasto público total destinado a la APS, el 61% corresponde a los gobiernos municipales, seguidos por las provincias, con un 25%, y el tesoro nacional, que aporta aproximadamente el 16% al financiamiento de la APS en el país (Argentina, Minsal, 2014).

En Argentina, los seguros sociales no tienen una política específica para APS. La heterogénea gama de Obras Sociales en general tiene estrategias de APS o de atención de primer nivel y no se pueden desagregar los gastos de este nivel. Las prestaciones de APS que ofrecen las Obras Sociales corresponden principalmente a obligaciones que impone el Programa Médico Obligatorio (PMO) al definir el conjunto de prestaciones médico-asistenciales que los beneficiarios de las Obras Sociales tienen derecho a recibir.

En Paraguay, el financiamiento de la APS está exclusivamente a cargo del sector público, a través del presupuesto total destinado al MSPBS, financiado por fondos fiscales. De ese total, hay una asignación específica para la Dirección General de Atención Primaria de la Salud (DGAPS) disponible para los servicios del nivel primario. Pero la estrategia de APS no depende únicamente de estos recursos, la gama de servicios de la APS va más allá de las actividades de la dirección ministerial competente y se financia también por otras partidas presupuestales del MSPBS.

En Paraguay, el seguro social, el IPS, que es responsable de la cobertura asistencial de los trabajadores formales, no tiene una línea propia de desarrollo vinculado a la APS, pero participa en la APS por una serie de prestaciones compatibles de primer nivel a través de sus servicios de atención ambulatoria y/o consulta externa.

En cuanto a los mecanismos de asignación y transferencias para las esferas subnacionales, el presupuesto asignado a la Dirección General de Atención Primaria de la Salud (DGAPS) es ejecutado con planificación de gastos desde el nivel central combinado con transferencias a las coordinaciones regionales y a las USF. El presupuesto asignado a la DGAPS suele representar el 7% del presupuesto total del MSPBS. Por las características político-administrativas del Paraguay, los niveles centrales ejecutan la mayoría de los recursos y, en menor medida, la ejecución se realiza también desde el nivel descentralizado.

En Uruguay, el financiamiento del sistema sanitario se realiza básicamente por fuentes públicas, es decir las contribuciones de la seguridad social y los aportes fiscales generados a través de los impuestos.

Los prestadores integrales del SNIS (el ASSE y las IAMC) no tienen fuentes específicas de financiamiento para la APS. La ASSE, el principal prestador público del SNIS en su distribución presupuestal interna tampoco tiene un presupuesto específico para APS. Lo más aproximado a un presupuesto de APS es el de la Red de Atención Primaria Metropolitana (RAP-M), que incluye Montevideo y departamentos aledaños y agrupa toda la infraestructura existente en el primer nivel de atención del área y que tiene un financiamiento específico dentro del presupuesto general de ASSE. Actualmente, en el proceso de regionalización de la ASSE se está replicando el concepto de la RAP a otras regiones que, de ese modo, dispondrán por primera vez de un presupuesto específico para el primer nivel, situación que se extenderá gradualmente a todo el país.

Asimismo, no están definidos mecanismos de transferencia financiera entre las esferas gubernamentales. La ejecución presupuestal de ASSE, en general, se hace de forma muy centralizada, a pesar de los recientes esfuerzos de delimitar un presupuesto específico para el primer nivel de atención. En el caso de las intendencias departamentales, el presupuesto para la salud no es la prioridad y queda en el rubro de gastos sociales de las intendencias. Se puede inferir que lo que se destina a salud equivale al financiamiento de APS, ya que todas las intendencias con sus variantes, por el tipo de prestaciones que ofrecen, están desarrollando APS en el territorio.

Copagos en APS

Vale destacar un patrón común en los servicios públicos de los tres países para garantizar la accesibilidad, que es la inexistencia de copagos en el primer nivel de atención en los servicios públicos de salud. Esto no es un hecho menor, sino una condición esencial para un sistema de APS efectivo y universal.

En Argentina, todos los habitantes, sin excepción, tienen derecho a recibir atención y servicios de salud gratuitos en los tres niveles de atención del subsistema, tanto en centros públicos de atención primaria (CAPS), centros especializados u hospitales públicos pertenecientes a las tres jurisdicciones de gobierno (nacional, provincial y municipal) (Ríos, 2014a).

En Paraguay, hasta el 2008, a pesar de focalizar su atención a las poblaciones más empobrecidas, el sector público asistencial había mantenido una política de copagos mínima para el acceso a la atención. A partir de la implementación de las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” (Isags, 2012b), un factor condicionante para su desarrollo fue la eliminación de los copagos, junto con el impulso de la estrategia de APS. Hoy el acceso a los servicios del sector público asistencial es gratuito y universal.

En Uruguay, en el prestador público ASSE, no existe ningún tipo de copagos por las prestaciones que se realizan ni en el primer nivel de atención ni para todas las demás que se brindan en los otros niveles. En el caso de las policlínicas municipales, tampoco hay copagos por las prestaciones territoriales que desarrollan. Además, en Uruguay, a los servicios privados regulados se exige la exoneración de copagos para la atención en especialidades básicas, la atención del niño y la embarazada, los servicios diagnósticos asociados a dichas prestaciones y la medicación para enfermedades crónicas no transmisibles. En las otras prestaciones garantizadas por el seguro social hay copagos.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APS

Las prestaciones de APS en los tres países se caracterizan por actividades desarrolladas habitualmente en el primer nivel de atención: medicina general, atención materno infantil, planificación familiar, inmunizaciones, etc., combinadas con otro tipo de actividades que conciben a la APS, desde una perspectiva que va más allá del primer nivel y que pretenden garantizar una atención integral de la salud del individuo, la familia y la comunidad en el marco de la APS renovada. La capacidad de garantizar servicios con esta nueva concepción no es homogénea en los distintos países, entre otros porque está condicionada por factores económicos, distribución de recursos y por las dificultades de accesibilidad en los territorios más alejados.

La estructura física de los efectores del primer nivel varía de acuerdo a los países y en cada uno de ellos de acuerdo a la distribución de los recursos y a las características del territorio. Hay un peso predominante del sector público, con participación parcial de los prestadores privados regulados contratados y remunerados por la seguridad social y una escasa o nula presencia de los servicios financiados por seguros privados voluntarios.

La tipología organizacional común de los servicios públicos es el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en la Argentina, las Unidades de Salud de la Familia (USF) en Paraguay y los Centros de Salud (CS) en Uruguay (Cuadro 5).

Asociados a esa estructura básica común se desarrollan algunos servicios de mayor complejidad, que incluyen servicios de diagnóstico y tratamiento, abiertos durante 24 horas, con atención de emergencia y/o atención especializada y, por otro lado, servicios de menor complejidad, que pueden incluir policlínicas, consultorios y postas sanitarias interrelacionados con la estructura básica común y sostenidas por equipos de salud mínimos y con una atención discontinua.

Cuadro 5 – Tipos de unidades de APS en Argentina, Paraguay y Uruguay

Países	Tipo de unidad de APS	Número
Argentina	Centros de atención primaria (CAPS)	7.532
	Centros integrados comunitarios (CIC)	600
	Total	8.132
Paraguay	Unidades de salud de familia (USF) en convenio con otras entidades que pueden ser comunitarias y/o municipales	120
	USF instaladas en puestos de salud	512
	USF - construcciones nuevas	120
	USF móviles para zonas de difícil acceso	8
	Total	760
Uruguay	Puestos de salud rural, consultorios y policlínicas comunitarias	786
	Centros de salud: unidades de mayor complejidad articuladoras de las anteriores; pueden incluir atención 24 horas y emergencia	28
	Centros auxiliares: centros de atención primaria con puerta de urgencia, funcionamiento 24 horas, 7 de la semana con camas de observación	19
	Total	833

Fuentes: Argentina, Minsal, 2014; Paraguay, MSPBS, 2013; Uruguay, Junasa, 2012.

Tipos de prestadores

En los tres países, la provisión de las prestaciones de APS está concentrada en el sector público estatal. El rol predominante corresponde a los distintos ministerios de salud nacionales y, en el caso de Argentina, como país federativo, también a los ministerios de salud provinciales y a las secretarías de salud de los municipios. En el caso de Uruguay, el MSP actúa como organismo rector y la responsabilidad principal de las prestaciones de APS le corresponde a la ASSE.

A los prestadores del sector público hay que sumar la estructura organizacional del sector privado y de los seguros sociales, que es muy variable. La participación de otros prestadores varía de acuerdo al país y el carácter de las instituciones que pueden pertenecer a la seguridad social (OO. SS. en Argentina, IPS en Paraguay

e IAMC en Uruguay) o prestar atención médica a los usuarios de las variantes de seguros privados voluntarios.

En Argentina coparticipan las Obras Sociales, responsables de una parte importante de cobertura y que cuentan con una red que no es homogénea, pero se extiende por todo el país. Por otro lado, los seguros privados con una cobertura mucho menor tienen una estructura muy centralizada, con servicios en los territorios más retirados. En Argentina, seguros sociales y privados deben cumplir el Programa Mínimo Obligatorio (PMO), canasta prestacional mínima de cobertura (Decreto 247/96 y modificativos), por lo que realizan prestaciones compatibles con la APS: atención en consulta ambulatoria, atención domiciliaria, inmunizaciones, salud bucal, salud mental, etc. (Morgenstern, 2013).⁵

En el caso de Uruguay, los servicios privados regulados (IAMC) que integran el SNIS, a través de su sistema de consulta externa, los servicios de atención domiciliaria y las policlínicas, los consultorios descentralizados y las sedes secundarias, también realizan prestaciones de APS de acuerdo a las obligaciones que impone el Plan Integral de Atención Sanitaria (PIAS). Con base en la regulación estatal, además de las acciones que atienden a la enfermedad, se promueven acciones preventivas que se focalizan en poblaciones vulnerables, niños, mujeres y portadores de enfermedades crónicas no transmisibles, que exigen acciones de promoción, educación y medicina preventiva.

En Paraguay, en menor grado, el IPS, con una estructura poco extendida y una cobertura menor también brinda a sus usuarios prestaciones compatibles con la APS, a través de sus sistemas de atención ambulatoria o de consulta externa.

Integrantes de los equipos de APS

La composición de los equipos de salud también varía entre y dentro de los tres países, dependiendo de la disponibilidad de recursos humanos, su distribución geográfica y las desigualdades sociales y económicas entre las regiones. Sin embargo, hay un patrón básico común en los tres países con respecto al personal de los centros de atención primaria que incluye médicos/as, licenciadas/os en enfermería/o, auxiliares de enfermería, parteras, agentes comunitario/as y/o auxiliares de enfermería, odontólogos/as y psicólogo/as.

En Argentina, el equipo de salud del primer nivel de atención que trabaja en los CAPS está integrado, en general, por médicos/as generalistas, pediatras, clínicos, ginecólogos/as, obstetras, odontólogos/as, trabajadores sociales, psicólogos/as, enfermeros/as, administrativos/as y promotores/as o agentes sanitarios/as, con variaciones entre las provincias. Los/as promotores o agentes sanitarios/as no se distribuyen de la misma manera en todo el país. Cuanto más alejada es la región,

⁵ La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control y tiene como misión supervisar, fiscalizar y controlar las Obras Sociales y a los seguros privados de salud (Ley 26.682).

mayor presencia de promotores y agentes sanitarios/as que asumen funciones incluso de enfermería en zonas muy alejadas y poco accesibles (por ejemplo en Salta y Tucumán, en el noroeste del país). El total de recursos humanos que se desempeñan en los CAPS es de 67.797 trabajadores, lo que da un promedio de 11 profesionales por instalación. Del total de médicos/as que ejercen en el sector público, un 28% trabaja en los CAPS, y dos de cada 11 médicos/as que hay en el país ejercen en los CAPS (Ríos, 2014a).

En Paraguay, el equipo básico de salud de la familia está constituido por 1 médico/a, 1 licenciada/o en enfermería y/u obstetricia, 1 auxiliar de enfermería y 3 a 5 agentes comunitarios/as de salud (ACS). Además, para cada dos equipos de salud de la familia se instala un equipo de salud bucal integrado por un/a odontólogo/a y un/a técnico/a odontológico/a.

En Uruguay, participan del equipo básico médicos/as de familia o generalistas, pediatras, ginecólogos/as, parteros/as, licenciadas/os en enfermería, auxiliares, odontólogos/as, auxiliares de odontólogo/a, trabajadores sociales y psicólogos/as. Al igual que en los otros países, esta integración no es uniforme, sino que está condicionada por las asimetrías en la distribución del personal disponible y las dificultades para la radicación de profesionales en zonas retiradas.

Organización del trabajo del equipo de APS

La forma de organización del trabajo de los equipos de APS es variada y depende, por una parte, de la composición de los equipos de salud y, por otra, del territorio donde se desempeñan. En general, en las zonas metropolitanas y urbanas de los tres países los equipos tienen una composición completa con todos los profesionales previstos, las funciones de cada uno de los integrantes están bien definidas y los servicios diagnósticos están ajustados para el cumplimiento de las prestaciones de APS. Pero en las zonas alejadas, rurales o de difícil acceso, los equipos quedan muchas veces incompletos, de modo que diversas actividades deben concentrarse en una categoría profesional, los servicios de apoyo diagnóstico no siempre están disponibles y muchas veces se confiere un rol protagónico a los/as agentes comunitarios/as. Estos equipos carecen del enfoque multiprofesional que se aspira en la APS, lo que tiende a disminuir su resolutiveidad.

Asimismo, en los tres países se promueve el trabajo en equipo, con distintos resultados. A veces se traduce en una simple sumatoria de disciplinas, pero en otras situaciones se consolidan verdaderos equipos de trabajo compartido y cooperativo.

Agentes comunitarios de salud y promotores de salud

Con diferentes denominaciones, los/as promotores/as de salud o agentes comunitarios/as tienen una presencia sistémica en los equipos de salud de APS, sobre todo en Paraguay y Argentina. En el caso de Uruguay, los/as promotores/as

de salud tienen una participación marginal y carecen de competencias claramente reguladas por lo cual son las/los auxiliares de enfermería quienes cumplen un rol similar. Las funciones comunes en los tres países tienen que ver con el diagnóstico de salud en el territorio, las visitas domiciliarias, la captación de embarazadas, el seguimiento al recién nacido de riesgo en el domicilio, las campañas de promoción y prevención y la participación en las campañas de inmunización. Dentro de los tres países, quienes tienen más competencias son los agentes comunitarios de los equipos de salud de familia de Paraguay. En el caso de Argentina, frente a la escasez de recursos, en las regiones más retiradas se les atribuyen otras competencias, como la habilitación como vacunadores.

Principales servicios prestados por las unidades de APS

Las prestaciones de APS en los tres países se distinguen por actividades desarrolladas habitualmente en el primer nivel de atención. Hay un patrón común caracterizado por la consulta en la unidad y a domicilio, a demanda y programada, el suministro de medicamentos, inmunizaciones, actividades de vigilancia, promoción y prevención. Estas prestaciones son combinadas con otro tipo de actividades que conciben a la APS desde una perspectiva que va más allá del primer nivel y que pretenden garantizar una atención integral de la salud, del individuo, la familia y la comunidad en el marco de la APS renovada. A su vez, hay otras prestaciones que se presentan en forma heterogénea y asimétrica condicionadas por las capacidades de las unidades de APS, sobre todo en recursos humanos, localización geográfica y el entorno sociopolítico en el territorio. En los cuadros 6, 7 y 8 se enumeran sintéticamente los servicios prestados por las unidades de APS en los tres países.

Cuadro 6 – Principales servicios prestados por las unidades de APS en Argentina

Servicios prestados	Acciones
Asistencia sanitaria en consulta y/o domicilio	Consulta programada y a demanda es una constante. Atención domiciliar variable.
Inmunizaciones	Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Vacunación gratuita y obligatoria a toda la población con particular énfasis en la población infantil.
Actividades en materia de atención familiar	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: atención integral de la salud sexual y reproductiva.
Actividades de información y vigilancia en salud	Plan integral para la vigilancia y control del dengue y la fiebre amarilla. Programa Nacional de Chagas.
Suministro de medicamentos esenciales	Medicamentos para los establecimientos del 1 ^{er} nivel de atención en botiquines que cubren el 80% de los diagnósticos de consulta (Remediar). Acceso al tratamiento de los ARV en forma gratuita a toda la población HIV +.
Rehabilitación básica	Prestación no homogénea. Depende de las capacidades de cada CAPS.

Cuadro 6 – Principales servicios prestados por las unidades de APS en Argentina (cont.)

Servicios prestados	Acciones
Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia y la adolescencia	Plan de Reducción de la Mortalidad Materno-infantil, de la Mujer y el Adolescente.
Atención y seguimiento de enfermedades crónicas degenerativas	La captación precoz de estos pacientes, la promoción de salud, educación y prevención son actividades inherentes a los CAPS y similares.
Atención a la salud mental y/o en coordinación con los servicios de atención especializada	La mayoría de los CAPS y los CIC cuentan con profesionales de salud mental (en su mayoría psicólogos/as y psicopedagogos/as) como parte del equipo de salud.
Atención bucodental	Centros de Salud cuentan con consultorios odontológicos y sus correspondientes equipos técnicos. Existe un Programa Nacional de Salud Bucodental que lleva adelante una estrategia de tratamiento denominado práctica restaurativa atraumática.

Fuentes: Argentina, Minsal, 2014.

Cuadro 7 – Principales servicios prestados por las unidades de APS en Paraguay

Servicios prestados	Acciones
Asistencia sanitaria consulta en consultorio	Demanda programada y urgencias.
Asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo	Demanda espontánea y programada.
Actividades en materia de prevención y promoción de la salud	ECNT: “clubes” de diabéticos y “clubes” de hipertensos.
Inmunizaciones	Consultorio y domicilio – campañas.
Suministro de medicamentos esenciales	Lista de medicamentos esenciales adquiridos por MSPBS entregados periódicamente a cada USF.
Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud	Participación campañas educativas y de prevención: ejemplo dengue, etc.
Rehabilitación básica	Depende de la capacidad de las USF; prestación no homogénea.
Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo	La atención del niño, las mujeres y los adultos mayores son prioridad.
Atención y seguimiento de enfermedades crónicas degenerativas	Programación de la atención en consultorio y/o en domicilio, así como el seguimiento correspondiente. La USF también se encarga del suministro de medicamentos y la coordinación de la consulta con especialistas en el 2º y/o 3º nivel de atención.
Atención paliativa a enfermos terminales	Visita domiciliaria, aporte de medicamentos y coordinación de consultas de seguimiento con el 2º y 3º nivel de atención. Depende capacidad de cada USF; prestación no homogénea.
Atención a la salud mental y/o en coordinación con los servicios de atención especializada	Prestaciones vinculadas a la atención psicológica de adolescentes, creación de redes y sistemas adecuados de referencia y contrarreferencia con los demás niveles. Dependiente de una adecuada integración de los ESF; prestación no homogénea.
Atención a la salud bucodental	Dependiente de la estructura y densidad tecnológica de las USF. Lo más común, visita a las escuelas de la comunidad para promoción y prevención; prestación no homogénea.

Fuente: DGAPS, 2014.

Cuadro 8 – Principales servicios prestados por las unidades de APS en Uruguay

Servicios prestados	Acciones
Asistencia sanitaria consulta en consultorio	Demanda programada y urgencias.
Asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo.	Demanda espontánea y programada.
Actividades en materia de prevención y promoción de la salud	Enfoque de promoción y prevención ECNT.
Servicio de inmunizaciones	Cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, participación en campañas antigripales.
Dispensación de medicamentos	Formulario terapéutico de medicamentos obligatorio para todos los prestadores del SNIS.
Vigilancia en salud	Nuevo enfoque. Trasmisibles y no trasmisibles.
Rehabilitación básica	Oferta variable según capacidad logística del centro.
Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.	Metas prestacionales priorizan atención del niño la mujer y el adulto mayor.
Cuidados paliativos	En proceso de desarrollo con aplicación de un programa nacional que se centra en la atención en el territorio.
Atención a la salud mental	Programa Nacional de Salud Mental y prestaciones obligatorias del PIAS.
Atención a la salud bucodental	Programa nacional y prestaciones obligatorias del PIAS.
Extracción y recepción de muestras para laboratorio	En los centros de salud.

Fuentes: República Oriental del Uruguay, 2008; ASSE, 2014a; Uruguay, MSP, 2007; 2011a; 2013.

ORGANIZACIÓN DE LA APS

Analizando las concepciones que sostienen las políticas sanitarias nacionales basadas en los respectivos marcos normativos, se observa que los tres países impulsan un nuevo modelo de atención, con una concepción de integralidad y continuidad de la atención, fomento de la intersectorialidad y participación social. Este enfoque es transversal a la asistencia, la promoción, la prevención, la educación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y con una planificación caracterizada por un abordaje territorial y comunitario.

En el caso de Argentina, la organización de la APS replica la administración política federativa y descentralizada del país. En el nivel federal, la responsabilidad principal es del Minsal, con sus competencias en los programas y planes centrales descritos anteriormente, y de la transferencia de recursos a las provincias y municipios para la atención a la salud. A nivel provincial, los ministerios de salud tienen el rol principal, con responsabilidades directas en la atención, ya que gestionan los hospitales provinciales y tienen bajo su jurisdicción la mayoría de los centros de

salud.⁶ Todos estos servicios actúan a su vez como nodos de la red de servicios territoriales de la provincia y ejecutan fondos que se transfieren del nivel central, pero también movilizan recursos propios, que usan tanto para gestionar sus hospitales como para financiar las actividades sanitarias de los municipios. Hay una gran variabilidad en la performance de cada provincia, dependiendo de su capacidad económica y de la actitud de los propios ministerios de salud en la gestión de los fondos provenientes de los programas nacionales. La política nacional de APS busca que sean los gobiernos provinciales y municipios quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia con acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas. En muchas provincias, los municipios tienen servicios propios, en su mayoría Centros de Atención Primaria (CAPS), y en algunas localidades existen hospitales municipales.

La organización de la APS en Paraguay comienza en un nivel central, constituido por la DGAPS, que funciona en el MSPBS, interactuando a un mismo nivel con otras direcciones ministeriales y con una dependencia directa del nivel de viceministerio. La estructura que sigue a este nivel son las Coordinaciones Regionales de APS, cuyos territorios corresponden a las 18 regiones sanitarias, que son a su vez responsables de la atención sanitaria integral, incluyendo el primer nivel de atención. Las regiones abarcan una población en un rango de 20.000 a 50.000 personas. Las Coordinaciones Regionales de APS son las responsables de la organización de la atención primaria en una región determinada y de la adecuada coordinación con la red de servicios correspondientes a dicha región sanitaria. Más allá de ese nivel de coordinación intermedio están las USF, núcleo básico para la organización del sistema de APS.

En cambio, en Uruguay, la organización de la APS se enmarca en el SNIS con su vasta red de servicios asistenciales públicos (ASSE) y privados (IAMC), ubicados en todo el territorio nacional, que abarcan todos los niveles de atención. También existe un nivel central donde el MSP juega un rol preponderante por sus competencias en la regulación del sistema, la definición de los programas prioritarios de salud y en el cambio del modelo de atención tradicional. A su vez, la Junasa, que ejerce un rol de administrador del seguro, tiene instrumentos para exigir a los servicios asistenciales públicos y privados regulados que produzcan determinados servicios sanitarios de APS.

Mientras la ASSE tiene una organización más desarrollada en el territorio, las IAMC concentran sus recursos en sus servicios ambulatorios o de consulta externa, a pesar que han ido desarrollando servicios territoriales instalando policlínicas, sedes secundarias, servicios de primer nivel de atención o consultorios descentralizados.

⁶ Excepto Córdoba y Buenos Aires, donde la responsabilidad de los centros de salud corresponde a los municipios.

En la ASSE, el centro de salud es la unidad articuladora de todas las demás estructuras del primer nivel de atención: policlínicas, consultorios, tanto los propios como los dependientes de otras instituciones, como los municipales y de organizaciones no gubernamentales, siendo responsable además de la referencia al segundo nivel de atención. Asimismo, ASSE es quien dispone de la infraestructura física más desarrollada con oferta amplia de servicios y con dotación adecuada de recursos humanos profesionales, técnicos y auxiliares. Algunos Centros de Salud tienen incluso servicios de emergencia que funcionan las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En las IAMC, las unidades que concentran las mayores actividades de atención de primer nivel, han ido instalando servicios ambulatorios y de consulta externa en coordinación con un sistema de atención domiciliaria y una red de unidades en el territorio, como sedes secundarias, policlínicas, unidades periféricas, consultorios, etc.

Adscripción poblacional

La adscripción poblacional implica la adjudicación de una determinada cantidad de usuarios a una determinada unidad funcional de APS, la cual pasa a ser su referencia y teóricamente limitaría su atención en otras unidades.

En Argentina y Paraguay hay adscripción poblacional en torno a cada CAPS o USF, mientras que en Uruguay no existe adscripción. En torno a los centros de salud agrupados en la ASSE hay una adscripción de hecho, cuantitativamente variable, pero que no inhabilita su atención en otros centros.

Argentina tiene 7.532 centros de atención primaria de la salud, con un equipo básico de APS con composición variable según la disponibilidad de recursos humanos en la región, que cubre de 3.200 a 4 mil personas (Tabla 1).

En Paraguay, los Equipos de Salud de Familia (ESF) establecidos en las USF asumen la responsabilidad sanitaria y social sobre un territorio social definido geográfica y demográficamente atendiendo un promedio de 800 familias por equipo (3.500 a 5.000 personas aproximadamente). En 2014, había 756 USF instaladas con cobertura estimada de 2.467.500 ciudadanos, lo que equivale al 35% de la población paraguaya. En principio, hay un ESF por USF, pero puede existir más de un equipo por unidad, donde las características sociodemográficas o sanitarias lo ameriten.

Tabla 1 – Adscripción poblacional en servicios de APS en Argentina, Paraguay y Uruguay

Países	Tipo de unidad	Población adscripta
Argentina	CAPS	3.200 – 4.000 hab.
Paraguay	USF	3.500 – 5.000 hab.
Uruguay	CS	No

Fuentes: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c.

Implementación de la estrategia de APS en Paraguay

En un sistema de salud fragmentado y segmentado, con escasa integración y con servicios asistenciales públicos dependientes del MSPBS, muy centrado en el modelo hospitalario, sin esperar una reforma de fondo de todo el sistema, de acuerdo a la resolución ministerial 101 de 17 de setiembre de 2008 se desencadenó en Paraguay un proceso de desarrollo de la estrategia de APS, que a pesar de los cambios políticos en el país persiste como una prioridad actual en función de aquella programación.

La Resolución creó la Dirección General de Atención Primaria en Salud (DGAPS), en dependencia de la Subsecretaría de Salud del MSBSP, como una instancia que coordina, en el ámbito nacional, regional y local, las acciones prioritarias vinculadas a la gestión e implementación de la estrategia de APS en los territorios sociales en el marco de la “Propuesta de Políticas Públicas de Calidad de Vida y Salud con Equidad”.

Sus cometidos son:

- apoyar la implementación de la red de servicios de salud, siendo las USF como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y con capacidad resolutoria para los problemas de salud en los territorios sociales;
- formular el marco regulatorio que demande el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario;
- habilitar nuevas USF de acuerdo a la evaluación de necesidades de cada territorio social;
- establecer los lineamientos para la territorialización y la adscripción de la población a las USF;
- desarrollar la capacidad técnica de los recursos humanos para la implementación del modelo de atención con enfoque de salud familiar y comunitario, desde los determinantes sociales de salud, para la prestación de servicios;
- realizar procesos de integración interinstitucional e intersectorial para facilitar la socialización, participación social, ejecución y sostenibilidad del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, y la construcción participativa de políticas públicas para incidir en las determinantes sociales de la salud a nivel local y nacional, promoviendo además la realización de acuerdos intersectoriales e interinstitucionales en los territorios de intervención de las USF;
- formular el marco regulatorio que demande el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario; y
- gestionar la asignación de presupuesto a las dependencias del Ministerio de Salud y Bienestar Social, para la implementación y sostenibilidad del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.

Desde el punto de vista organizacional, el nivel central está constituido por la DGAPS con una dependencia directa de la viceministra del MSPBS. Por debajo de la DGAPS están las coordinaciones regionales de APS, cuyos territorios se corresponden con las 18 regiones sanitarias. Las coordinaciones regionales de APS, son las responsables de la organización de la APS en una región determinada y de la adecuada coordinación con la red de servicios correspondientes de la región sanitaria.

Las Unidades de Salud Familiar (USF), núcleo básico para la organización del sistema de APS son encargadas de brindar servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente al territorio social asignado (3.500 a 5.000 personas) y de garantizar la continuidad de la atención a las personas mediante la vinculación con la atención especializada (centros ambulatorios de especialidades), de urgencias y hospitalaria (hospitales básicos, de especialidades, etc.), según la complejidad requerida. El sistema de regulación médica, comunicación y transporte posibilita la vinculación y articulación efectiva de todas las instancias de la red (Isags, 2012b).

Las 760 USF fueron instaladas en puestos de salud (512), usufructo en convenio con otras entidades (120) o establecimientos construidos nuevos (120) y en unidades móviles para territorios de difícil acceso (8) (Paraguay, MSPBS, 2013).

En ocho años, el proceso de implementación, con algunas intermitencias, ha sido continuo. La DGAPS tiene presupuesto exclusivo, define las prioridades, participa de la política de recursos humanos para la APS, y sostiene una hoja de ruta de acuerdo a la planificación inicial.

Fuentes: Isags, 2012b; Paraguay, MSPBS, 2013.

COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

La nueva concepción de la APS considera la integralidad de la atención como un aspecto esencial y por este motivo, en todos los países hay una especial preocupación por garantizar la continuidad de la atención. Con variaciones según los países, se instrumentan diversas estrategias, como un mecanismo establecido de referencia y contrarreferencia, la construcción de redes integradas y la comunicación institucional entre niveles, hasta la historia clínica electrónica.

Organización del sistema en niveles de atención

En los tres países, los sistemas sanitarios están organizados por niveles de atención, con un primer nivel donde se concentran las principales prestaciones de APS y donde el patrón común es un gran desarrollo territorial del subsector público y, en menor medida, del subsector privado, que en general tiene poco desarrollo en el territorio.

Dada la característica segmentación de los sistemas, las redes que se pueden constituir corresponden a la estructura de cada subsector integrado verticalmente y la tipología predominante es la de redes territoriales. Se están desarrollando mecanismos para fortalecer las redes públicas integrando a otros efectores, como los hospitales universitarios, servicios de sanidad militar, policial e incluso prestadores privados, como forma de optimizar el uso de los recursos. Este es el caso de la estrategia aplicada por la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (Rieps) en su interrelación con el subsector privado en Uruguay.

Los prestadores de la seguridad social, como las OO. SS. en Argentina, así como los proveedores privados de las IAMC, en función de las obligaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO – Argentina) y del Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS – Uruguay), realizan prestaciones de APS y cuentan con servicios de primer nivel en su red. Es también común en los tres países la ausencia de servicios de seguros privados voluntarios (prepagas) fuera de los centros urbanos.

Desde el primer nivel se deriva a un segundo nivel, donde los servicios tanto públicos como privados suelen tener capacidad para administrar la demanda. En

el tercer nivel de alta especialización, la capacidad de atender la demanda no es tan homogénea y en muchas situaciones los servicios públicos son dependientes de la oferta especializada concentrada en el subsector privado.

El médico de APS con incipiente función de filtro

En el proceso de implementación, a pesar de las diferencias, los servicios de APS de los tres países tienen en común promover a los servicios de APS como la puerta de entrada al sistema, siendo en general el/la médico/a la categoría profesional que ejerce la función de filtro para la derivación hacia los otros niveles. Pero en esta etapa incipiente de cambios y reformas, ninguno de los tres sistemas puede garantizar esa función. En la práctica los hospitales, a partir de sus especialistas y equipamientos para diagnóstico, y principalmente los servicios de emergencia, siguen siendo una puerta de entrada al sistema que se suma al acceso por los servicios de APS.

Flujos para la derivación especializada

Los servicios de APS en los tres países paulatinamente van desarrollando sus capacidades para garantizar la mayor resolutiveidad posible en el territorio. Cuando esta no se alcanza, se deriva a los sistemas de atención especializada que en esencia se corresponden con los hospitales.

El flujo para la derivación especializada en Argentina se establece en función de la organización de los servicios en todas las provincias, integrado por centros de salud y hospitales de diferente complejidad, que generalmente están regionalizados por criterios geográficos, conformando redes formales de servicios y, en algunos casos, sistemas de referencia y contrarreferencia, usualmente enunciados como procesos meramente administrativos. Actualmente, a pesar de que hay avances en las Redes de Servicios, como las oficinas de referencia y contrarreferencia municipales en los hospitales y los servicios de área programática, continúan existiendo problemas en la implementación y sustentabilidad de un sistema de derivación. En general, no existe un funcionamiento planificado de la red de referencia y contrarreferencia. La importancia de la continuidad asistencial para mejorar la calidad de la atención y la efectividad aún no está plenamente incorporada a la cultura organizacional del personal de los efectores de salud (CAPS y hospitales).

Por su parte, en Paraguay, la estructura en red tiene como puerta de entrada a la APS: las Unidades de Salud de la Familia (USF). Estas son las encargadas de brindar servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente al territorio social asignado y de garantizar la continuidad de la atención a las personas mediante la vinculación con la atención especializada (centros ambulatorios de especialidades), de urgencias y hospitalaria (hospitales básicos, de especialidades, etc.), según la complejidad requerida.

Metas prestacionales: una estrategia para reorientar el modelo de atención en el SNIS en Uruguay

En Uruguay, en el Sistema Nacional Integrado de Salud, al pago caputivo del Seguro Nacional de Salud, asociado a un ajuste por riesgo de edad y sexo, se incorporó el pago por desempeño por el cumplimiento de metas asistenciales.

A través del Plan Integral de Atención en Salud (el listado taxativo de prestaciones obligatorias para todos los servicios del SNIS), de los Contratos de Gestión firmados por los servicios ante la Junasa para integrar el SNIS, y de las metas prestacionales cuyo cumplimiento está asociado al pago de la cápita correspondiente, los servicios se están orientando hacia un cambio de su modelo tradicional de atención, incorporando los aspectos preventivos, de promoción de la salud, educación y el abordaje de las poblaciones más vulnerables.

Para poder cumplir las metas, los prestadores gradualmente fueron reorganizando sus servicios, acercándolos más al territorio y priorizando disciplinas como la pediatría, ginecología, medicina familiar, enfermería y algunas tecnicaturas, como la de registros médicos.

A su vez, el proceso para alcanzar las metas hizo mejorar sustantivamente los sistemas de información y de registros sobre todo para responder a las auditorías del MSP.

Las metas prestacionales para reorientar el modelo de atención se concentraron en la atención del niño, de la mujer y del adulto mayor.

Meta 1 Niño/niña/mujer	Indicadores del niño y la niña	Captación del recién nacido
		Visita domiciliaria RN de riesgo
		Control 1 ^{er} año de vida
		Control 2 ^o año de vida
		Control 3 ^{er} año de vida
	Indicadores de la mujer	Embarazadas controles completos
		Hoja SIP completa
		Captación precoz del embarazo
		Pesquisa de violencia doméstica
Meta 2 Médico de referencia	Adolescentes	Médico/a de referencia
		Aplicación pauta HC adolescente
	Adulto	Médico/a de referencia
		Aplicación pauta – screening acorde a la edad
Meta 3 Adulto mayor	65 a 74 años	Médico/a de referencia
		Aplicación Carné Adulto Mayor
	75 años y más	Médico/a de referencia
		Aplicación Carné Adulto Mayor

A las metas se agregó una regulación por decreto para el control de las listas de espera, para la atención básica y especializada. Para las especialidades básicas se exige la consulta en 24 horas y la atención especializada hasta 30 días. Los sistemas de información permiten monitorear las listas de espera y esa información la maneja el MSP. Desde el 2013, el MSP pone a disposición del público los tiempos de espera de cada institución para que el usuario tenga más elementos para la toma de decisión en la selección o el cambio de prestador permitido a los usuarios asegurados una vez por año (en febrero).

En suma, a través de las metas prestacionales y de la regulación de las listas de espera, el MSP y la Junasa, reorientan el modelo organizativo y de atención del sistema, incorporando los aspectos de promoción y prevención, descentralizando la atención al territorio, priorizando poblaciones más vulnerables (niños, mujeres y adultos mayores) y con la regulación de las listas de espera garantizando accesibilidad y continuidad en la atención.

Formalmente es posible derivar a la atención especializada, y es frecuente que así se haga, pero eso está limitado por las asimetrías regionales de la oferta, que hace que la derivación sea más factible en la región central y/o capital y menos factible en las regiones alejadas y rurales. El proceso de derivación tiene un flujo preestablecido, pero también juega un importante rol la actitud del médico de la USF, tanto en su posicionamiento técnico como en su sistema de relaciones personales con los profesionales de servicios especializados. La contrarreferencia es donde hay mayores dificultades. Persiste en la cultura organizacional la imagen de mayor jerarquía en la atención hospitalaria y eso determina que el diálogo con el primer nivel no sea considerado prioritario.

En Uruguay, partiendo de la concepción de atención progresiva, el sistema tiene como entrada el primer nivel de atención, con las diferencias descritas entre público y privado, pasando por un segundo nivel, hasta llegar al tercer nivel de atención especializada.

La construcción de los flujos en la red no ha sido uniforme, ha tenido marchas y contramarchas. ASSE, el efector público, tiene un primer nivel con un gran desarrollo territorial, mientras que las IAMC se caracterizan por una organización y oferta más centralizada, con menor presencia territorial. El segundo nivel tiene como centro al hospital y es un patrón común de ambos subsectores. El tercer nivel, con la atención especializada, no es homogéneo en los subsectores público y privado, lo que determina la necesidad de complementación de servicios para satisfacer la demanda.⁷ La derivación para la atención especializada se hace por el sistema de referencia y contrarreferencia, con características variables según se trate del sector público o privado o Montevideo e Interior.

Los mayores desafíos siguen en la contrarreferencia al primer nivel, donde no se logra una sistemática comunicación que mantenga la continuidad de la atención. Esto se ve tanto en el subsector público como en el privado. El pago de la cápita a los prestadores incluye un monto variable asociado al cumplimiento de determinadas metas asistenciales, entre las cuales está el control del niño sano, la captación y control de embarazos, control de recién nacidos de riesgo a domicilio, lo que favorece la continuidad de la atención.

Filas de espera

Existen listas de espera para la atención especializada en los tres países, con persistencia de desigualdades relacionadas a la distribución territorial de los servicios y también a factores socioeconómicos. Los tiempos de espera son más

⁷ Para las prestaciones de medicina altamente especializada existe el Fondo Nacional de Recursos, encargado de su financiamiento y de la contratación de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (Imaes) y al cual acceden todos los usuarios del SNIS.

largos en las regiones más alejadas de los centros urbanos, en las áreas rurales y las zonas geográficas de difícil acceso. En las zonas urbanas y metropolitanas, donde se concentra la mayoría de los prestadores, persisten las listas de espera y aquí las causas que más inciden son las socioeconómicas.

En el caso de Uruguay, el control de las listas de espera para la atención básica y especializada fue establecido por decreto. Los sistemas de información del MSP permiten monitorear los tiempos de espera de cada institución efectora del seguro social. Esa información es divulgada al público por el MSP desde el 2013. Con esto, el usuario tiene más criterios y referencias para la toma de decisiones para hacer uso de su derecho a cambiarse de prestador todos los meses de febrero de cada año, como mecanismo para presionar la reducción de los tiempos de espera y permitir el acceso más oportuno.

FUERZA DE TRABAJO EN APS

Regulación de las relaciones laborales

Por tratarse predominantemente de los subsistemas públicos de los tres países, las formas de regulación son comunes a las aplicables a la función pública en general, con convocatorias públicas para cargos presupuestados de servidores públicos. Pero también pueden ser contratos temporales, renovables por evaluación de desempeño. En el sector privado, se aplican los criterios del sector.

La mayoría del personal de salud de APS es de funcionarios públicos y se intenta que el recurso tenga dedicación exclusiva o alta dedicación. Ello es posible en algunas de las categorías profesionales de la APS, pero se hace difícil para los/as médicos/as y los/as enfermeros/as universitarios/as, los recursos más difíciles de retener.

El salario es la forma más corriente y extendida de remuneración en el subsistema de servicios públicos de APS.⁸ A este se agregan incentivos relacionados con la alta dedicación, exclusividad y en función del área geográfica donde el personal desarrolla sus actividades.

No existe una carrera funcional definida para el personal de servicios de APS.

En Argentina existen diversas formas de contratación. En general, son contratos renovables previa evaluación del desempeño, pero también hay cargos presupuestados y contratos temporales para abordar contingencias. El salario es la forma más corriente y extendida de remuneración en el subsistema de servicios públicos de salud de APS. El Programa Médicos Comunitarios (PMC), que tiene como uno de sus cometidos garantizar la presencia de profesionales en zonas de

⁸ En Uruguay, hay antecedentes de pago per cápita para los médicos de familia, pero luego de la reforma del SNIS se uniformizó por el pago por salario al igual que las demás categorías.

difícil acceso o alejadas de los centros urbanos, la remuneración es por becas a las cuales se pueden sumar estímulos económicos locales para la permanencia.

En Paraguay, el personal que integra los ESF son asalariados, contratados por el gobierno nacional a través del MSPBS. Hay dos variantes, por un lado, contratos renovables en función de una evaluación de desempeño y, por otro, cargos presupuestados. La postulación a las USF es libre, pero teniendo en cuenta las características particulares de la ubicación de las unidades de APS, generalmente situadas distantes de los centros urbanos, es de mayor interés que se presenten postulantes que residan en la comunidad donde se instalaran las USF o aquellos que tengan interés y predisposición en residir en la zona.

La forma de remuneración de los integrantes de los ESF, en todas sus categorías es el salario, al cual se le suman otros componentes de bonificación y gratificación conforme las características del territorio. La estrategia utilizada para la permanencia en zonas alejadas es sumar al salario diversos tipos de incentivos económicos.

En Uruguay, en el sector público, todos los recursos humanos vinculados al primer nivel con diferentes formas de contratos son dependientes de ASSE, salvo en los acuerdos de complementación con policlínicas municipales y comunitarias, donde la dependencia contractual es de la organización correspondiente. Las formas de contratación varían entre el sector público y privado. En ASSE, la forma de pago característica de las organizaciones públicas de cobertura sanitaria es el salario. A partir de la década de los 1990 se instrumentó un sistema de contratación de personal por el cual se complementa el salario con un monto que se retribuye como honorario profesional, creado sobre todo para garantizar la permanencia de determinadas categorías de profesionales en áreas críticas del sector público asistencial.

En el subsector privado existen varias formas de contratación que van desde cargos titulares permanentes, convocatorias por guardias, por consulta de policlínica y por cobertura de licencias, y recientemente surgieron los cargos de alta dedicación, para tratar de concentrar el trabajo en un solo lugar priorizando disciplinas como la medicina general, pediatría, etc., además de facilitar el desarrollo profesional para el mantenimiento de las competencias.

Las estrategias para radicar los recursos en zonas alejadas van desde el incentivo económico, la descentralización de la formación, la incorporación a la formación de posgrados en régimen del interior. Actualmente está en discusión una nueva ley de residencias médicas, donde se establece la obligatoriedad de rotación por el interior del país a todos los residentes en determinada etapa de su formación. En jerarquía, las principales medidas son: el incentivo económico (cargos de alta dedicación), la descentralización de la formación y la modalidad de residencias rotatorias por el interior.

Disponibilidad de profesionales para la APS

La disponibilidad de profesionales de salud es muy diversa entre los tres países. En la oferta de médicos/as hay una diferencia sustantiva entre los países, con una situación más privilegiada en Argentina y Uruguay y muy deficitaria en Paraguay (Tabla 2). Una característica común es un déficit de licenciadas/os de enfermería con variaciones según los países.

Tabla 2 – Razón de médicos/as y enfermeros/s por mil habitantes en Argentina, Paraguay y Uruguay, 2010

Categoría profesional	Argentina	Paraguay	Uruguay
Médicos/as x 1.000 hab.	3,80	1,30	4,59*
Enfermeros/as x 1.000 hab.	2,24	0,86	1,49

Fuentes: Ríos, 2014a; 2014b; 2014c. *2011

La disponibilidad de profesionales de salud para la APS es también diversa, aunque las distintas estimaciones no sean precisas en cuanto a la oferta y las necesidades de recursos humanos para la APS.

En Argentina, partiendo del universo de médicos/as que ejercen en el sector público, que en cifras absolutas rondan los 22.000, un 28% concentra sus actividades en las prestaciones de APS (Eurosocial, 2007). Por su parte, el Programa Médicos Comunitarios (PMC) ha sido un catalizador para la formación de recursos médicos y de otras disciplinas para la atención primaria.

En Paraguay no es uniforme la composición de los equipos de salud en las 752 USF instaladas. En el 85% (638) de las USF instaladas hay médicos/as y el recurso humano de mayor déficit para completar los ESF son los/as agentes comunitarios/as de salud (ACS) (cada equipo debería tener 5 ACS). Dos factores influyen para esta situación: por un lado, el financiamiento y las dificultades de contratación, y por otro, los criterios de selección, donde se priorizó a estudiantes de enfermería, que cuando se titulan dejan el cargo de ACS para aplicar a los cargos de enfermería, de mejor remuneración (DGAPS, 2014).

La Tabla 3 ilustra la disponibilidad actual de las diversas categorías de recursos humanos y la brecha de acuerdo a la proyección de USF planificadas en 2008 por la DGAPS. La disponibilidad de trabajadores es baja en todas las disciplinas, aunque el déficit de licenciados/as en enfermería puede ser temporalmente cubierto por los técnicos en enfermería, que son formados en el Instituto Nacional de Salud, que depende del MSPBS, creado en 1994 como instituto superior de formación de recursos humanos e investigación en el área de la salud (Isags, 2012b).

Tabla 3 – Recursos humanos en APS y brecha para USF actuales y planificadas en Paraguay, 2014

Recursos humanos	Actual (754 USF)	Brecha (646 USF)
Médico/a	638	762
Lic. enfermería /obstetricia	742	658
Odontólogos/as	33	247
Auxiliar de enfermería	727	673
Agentes comunitarios/as	414	5.186
Promotores de salud indígena	40	380
Total	2.594	7.906

Fuente: Barán Wasilchuk, 2014.

Uruguay cuenta con una buena disponibilidad de recursos humanos en comparación con los demás países de América Latina. La razón de médicos/as por 1.000 habitantes en 2008 era de 3,87, ubicándose en segundo lugar detrás de Cuba (6,34) y por encima de Argentina (3,21). Ese guarismo alcanzó valores cercanos al 4,59 (Uruguay, MSP, 2011b). Pero a la vez, hay carencias en categorías profesionales como enfermería, donde la relación enfermero/médico (1/4) es la inversa de los estándares internacionales. Además, la distribución de los recursos humanos no es homogénea, con una alta concentración en Montevideo y zona metropolitana en detrimento del resto del país. El 75% de los/as médicos/as se concentran en la zona metropolitana (capital y aledaños) y solamente el 25% están ubicados en el interior. Las brechas e inequidades aumentan cuando se distribuyen esos recursos entre los subsectores público y privado.

Tabla 4 – Total de recursos humanos activos y por 1.000 habitantes en Uruguay, 2011

Recursos humanos activos	n	Densidad por 1.000 hab.
Médicos/as	15.469	4,59
Enfermeros/as	4.018	1,49
Parteros/as	650	0,19
Auxiliares de enfermería	18.100	5,37
Total	39.237	11,64

Fuente: Uruguay, MSP, 2011b.

En el año 2008, el MSP realizó un censo de recursos humanos de la salud y entre sus resultados incluyó una tabla que agrupa las profesiones que podrían conformar el equipo de APS, principalmente en el primer nivel de atención (Tabla 5). Por esta estimación, aproximadamente un tercio de los/as médicos/as podría conformar equipos de APS, aunque el número de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria sea bajo.

Tabla 5 – Recursos humanos con perfil para la APS, Uruguay, 2008

Profesionales para APS	n
Médicos/as (generalista) ^a	4.193
Pediatría	972
Ginecotología	504
Medicina familiar y comunitaria	118
Doctor/a en odontología	2.476
Licenciado/a en enfermería	2.903
Obstetra partero/a	404
Licenciado/a en trabajo social	529
Licenciado/a en psicología	3.266
Licenciado/a en nutrición	1.095
Auxiliar de enfermería	15.473

Fuentes: Uruguay, MSP, 2008; 2010.

a) Doctores/as en medicina sin especialidad.

En los tres países, la medicina familiar y/o comunitaria es la especialidad médica definida para la APS. Asimismo, en todos los países coexisten otras especialidades que también comparten funciones de APS, como la medicina general, la medicina rural y otras, que antes de la implementación de la estrategia tenían presencia en el primer nivel.

Principales estrategias de formación de recursos humanos

Se desarrollan estrategias de formación de recursos humanos para la APS a nivel de la formación de grado, de posgrados y del desarrollo profesional continuo con diversas formas de educación permanente que buscan el reperfilamiento de disciplinas médicas para la estrategia de APS, destacándose los/as médicos/as generales, pediatras, ginecólogos/as y personal de enfermería.

En Argentina, la principal estrategia es el Programa de Médicos Comunitarios (PMC), que pretende fortalecer la estrategia de APS como política de Estado en los sistemas locales de salud. Es un programa amplio de capacitación en servicio en temas de salud social y comunitaria dirigido a los integrantes profesionales y no profesionales de los equipos de salud del primer nivel de atención con el objetivo de fortalecer los procesos de trabajo de los equipos de salud del primer nivel de atención en el terreno.

El PMC desarrolla a través de convenios con universidades nacionales un posgrado en salud social y comunitaria para los profesionales y un curso de salud social y comunitaria para los técnicos y promotores de salud (personal no profesional).

Programa Médicos Comunitarios (PMC) en Argentina

El Programa Médicos Comunitarios (PMC) es impulsado desde el Minsal y depende de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Comenzó hace 10 años y estaba dirigido exclusivamente a la capacitación de médicos. Paulatinamente se fue ampliando a otras disciplinas: psicólogos/as, obstetras, enfermeros/as, odontólogos/as, nutricionistas, agentes sanitarios/as, etc.

Su objetivo general es fortalecer la estrategia de APS, como política de Estado en el primer nivel de atención. Sus objetivos específicos son:

- fortalecer la conformación de equipos de salud del primer nivel de atención con la incorporación y financiamiento de recursos humanos en los efectores de primer nivel –Centros de Salud, Centros Integradores Comunitarios (CIC), Postas Sanitarias–, para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad;
- capacitar en salud social y comunitaria a los integrantes profesionales y no profesionales de los equipos de salud del primer nivel de atención;
- implementar las líneas de capacitación del PMC bajo la modalidad “en servicio”, es decir, en el efector y en terreno;
- afianzar entre los equipos comunitarios del primer nivel las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y trabajo en redes;
- recuperar el enfoque de interculturalidad en salud para mejorar el acceso al cuidado y atención de la salud de los pueblos indígenas;
- incorporar la perspectiva de género a todas las líneas de acción del PMC; y
- reconocer la especificidad del primer nivel de atención y formar recursos humanos que se adecuen a esta.

El PMC se desarrolla a través de convenios con universidades nacionales. Ofrece un **Posgrado en Salud Social y Comunitaria** para los/as profesionales y un **Curso de Salud Social y Comunitaria** para los/as técnicos/as y promotores de salud (personal no profesional).

En general, el personal seleccionado ya presta servicios en los efectores de primer nivel como contratados por las provincias.

Los postulantes son seleccionados por mérito y entrevistas. Se coordinan las plazas con el territorio donde se va asignar el recurso humano y se considera como relevante la residencia del/la profesional en la localidad. En general, no quedan cupos vacíos. La contratación se hace combinando horas de consulta con horas de trabajo en terreno y se pagan becas.

Impacto nacional del Programa Médicos Comunitarios en Argentina, 2014

Recursos humanos	n
Profesionales	
Médicos/as	2.583
Psicólogos/as	787
Trabajadores sociales	562
Obstetras	536
Enfermeras/os profesionales	910
Odontólogos/as	828
Otras profesiones	397
<i>Subtotal</i>	6.603
No profesionales	
Agentes promotores/as auxiliares	3.333
Agentes sanitarios/as indígenas	752
<i>Subtotal</i>	4.085
Total RR. HH. PMC	10.068

Fuente: Orsi, 2014.

En Argentina, la mayoría de las categorías profesionales que componen el equipo de APS requiere formación superior universitaria, mientras el personal no técnico tiene requerimientos variables que dependen también de los reglamentos de las provincias. Un factor favorecedor para la educación permanente y para mantener actualizados a los equipos de salud ha sido el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, que atenúan el factor distancia. Las personas pueden gestionar de forma autónoma y flexible sus tiempos y espacios de formación y se puede lograr el encuentro de la diversidad de conocimientos, trayectorias y experiencias. La principal especialidad médica para la APS es la medicina familiar y comunitaria, pero cabe destacar que la conformación de los equipos de salud de primer nivel incluye otras disciplinas, como la medicina general, la pediatría, la ginecología, etc.

En Paraguay, cuando comenzó el proceso de implementación de la estrategia de APS existía un número limitado de especialistas en medicina general/integral o de familia y comunidad, y para poder cubrir las necesidades se contrataron médicos/as generales para la prestación de servicios en las USF. Paralelamente, se fueron generando algunas alternativas tanto a nivel público como privado para las especializaciones en esas áreas a través de un concurso basado en las competencias de cada profesional, que es regulado por la Comisión Nacional de Residencias Médicas, ente que se encarga de la distribución de especialidades médicas en todos los centros que están habilitados para la formación de residentes en el país (Cuadro 10). La principal especialidad médica para la APS es la medicina familiar.

Cuadro 10 – Estrategias de formación para la APS en Paraguay

Tipo de estrategia				
	Pasantía rural pregrado y posgrado	Residencia de medicina familiar	Posgrados de medicina familiar	Cursos y diplomados
Duración	3 – 6 meses	3 años	2 años	1 – 3 años
Instituciones responsables	Convenios MSPBS Universidad Nacional de Asunción (UNA), universidades privadas USF rurales y hospitales	Comisión Nacional Residencias Médicas (Conarem), UNA, universidades privadas	UNA – Instituto de Previsión Social (IPS), privado	Instituto Nacional de Salud (INS)
Características	Estudiantes y/o médicos/as, licenciaturas y tecnicaturas Homologación de títulos	50 plazas anuales en 7 unidades formadoras (4 en el interior del país)	Presencial y/o virtual	Presencial y/o virtual

Fuente: Barán Wasilchuk, 2014.

Las estrategias incorporadas en la DGAPS para educación permanente se realizan a través de cursos introductorios para el personal que se integra a los equipos de salud familiar, talleres de seguimientos de capacitación, capacitaciones en base

a guías de trabajo y protocolos de atención en APS para los ESF y programas de salud. También se realizaron experiencias de educación a distancia desde el Instituto Nacional de Salud desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo de la cooperación canadiense.

Uruguay inició una nueva estrategia de formación de grado en medicina de la Facultad de Medicina de la Udelar. El Plan 2008 de estudios de la carrera de medicina está centrado en el concepto de la renovación de la APS. Se prioriza la enseñanza en el ámbito comunitario, la inserción temprana de estudiantes y docentes en el territorio y su permanencia durante toda la carrera participando en los programas de salud de todo el sistema. La carrera de doctor en medicina es de 7 años y los cambios previstos incluyen el acceso a un título intermedio de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades después de cuatro años (Benia, 2011).

El nuevo plan persigue la formación de un/a médico/a con capacidad de actuar en el nuevo modelo de atención de acuerdo a la estrategia de APS, aproximando el sistema de salud a las personas, las familias y los grupos sociales en el lugar donde ellos viven, trabajan o estudian, para producir la promoción, el cuidado integral de la salud tanto individual como colectiva, y la prevención de riesgos y enfermedades. Cabe destacar que otras disciplinas, como enfermería, odontología y psicología, también desarrollan acciones para la formación especializada en APS.

En medicina, la principal estrategia de especialización para APS son posgrados de medicina familiar y comunitaria. Se pueden realizar por el régimen de residencias o posgrado convencional con la regulación académica de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Udelar. Es un posgrado creado en 2003, que con la reforma del sistema de salud tomó relevancia, pasando de 20 plazas anuales disponibles en 2003 a 60 plazas en 2012 (Ríos, 2013b). Los cupos de ingresos son definidos por acuerdo entre la unidad docente responsable y la Dirección de la Escuela de Graduados, ajustados a los créditos presupuestales disponibles para la financiación de los cargos. El financiamiento de las residencias tradicionalmente advenía de dos fuentes públicas: el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina y el MSP. Con la reforma de la salud y la separación de ASSE del MSP, ASSE pasó a ser el principal financiador, seguido por la Facultad de Medicina, y se integraron prestadores del sector privado regulado. Los campos de prácticas se desarrollan en establecimientos públicos y privados a lo largo del país. La ampliación de fuentes de financiación permitió aumentar la oferta de cupos anuales de residencias en áreas estratégicas, como la medicina familiar y comunitaria.

En el Uruguay, otra de las estrategias de educación permanente en el área salud tiene como articulador un organismo interinstitucional, el Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP), donde participan el MSP, la Escuela de

Graduados de la FM – Udelar, los gremios médicos (Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior) y la Academia Nacional de Medicina. Se basa en un sistema de acreditación de instituciones como proveedoras de actividades de desarrollo profesional médico continuo y la acreditación de dichas actividades. Entre los criterios de acreditación se ponderan con mayor cantidad de créditos aquellas actividades dirigidas al/la médico/a generalista, aportándole herramientas para el nuevo modelo de atención.

INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS

Los tres países, en el marco de la concepción renovada de la APS, desarrollan diversos instrumentos que favorecen las acciones intersectoriales e integrales, optimizando las capacidades del sector público y reduciendo la fragmentación y la superposición de intervenciones. Estas acciones se observan en dos planos: por un lado, iniciativas desde los niveles centrales ministeriales (ministerios nacionales en el caso de Paraguay y Uruguay y ministerios nacionales y provinciales en el caso de Argentina); por el otro, instrumentos de aplicación territorial que, en general, surgen de una combinación de iniciativas locales autónomas con espacios formales creado por las autoridades a tales efectos.

Acciones intersectoriales desde el nivel nacional

En Argentina, en primer lugar, se destaca la creación de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Minsal, en 2009, como organismo responsable del enfoque de la salud desde los determinantes sociales. Desde el Minsal, y en conjunto con los ministerios de las provincias, se han desarrollado en la última década programas estructurados para mejorar el acceso a los servicios esenciales de salud. Entre las diversas iniciativas implementadas por la secretaría se destaca el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, que impulsa un abordaje integral de determinantes y condicionantes de la salud. Su misión es fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud a nivel local, colocándola como la más alta prioridad del programa político. Para tales efectos apoyan la participación de las autoridades del gobierno y la participación activa de la comunidad, fomentan el diálogo, comparten el conocimiento y experiencia y estimulan la colaboración entre los municipios y las provincias, construyendo y fortaleciendo las alianzas multisectoriales para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas. Se aboga por la formulación de una política pública saludable, el mantenimiento de ambientes sanos y la promoción de estilos de vida saludables.

El Programa Municipios y Comunidades Saludables trabaja a partir de la identificación de problemas donde el componente salud forma parte. Se apuesta

a la intersectorialidad y los temas son: alimentación saludable, seguridad vial, gestión de residuos, control de vectores, seguridad alimentaria, calidad del agua, inmunizaciones, escuelas promotoras de salud, promoción de la actividad física, etc.

El Minsal participa en y desarrolla distintas iniciativas intersectoriales, entre las cuales se destacan:

- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS);
- Programa Interministerial de Salud Mental (Ministerio de Justicia y Salud de la Nación);
- Programa de Formación de facilitadoras y facilitadores en salud comunitaria como iniciativa del Ministerio de Desarrollo Social y del Minsal, que ya capacitó 40.000 promotores territoriales en el país; y
- Programa de Educación Sexual del Ministerio de Educación, con articulación intersectorial con el Minsal (Argentina, Minsal, 2014).

Paraguay, por su parte, a través del MSPBS define su estrategia de política intersectorial en el marco de las propuestas derivadas de la filosofía y estrategia promocional de las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad impulsadas desde el gobierno central (Paraguay, MSPBS, 2012). Las instancias de articulación de la política pública son el Consejo de Ministros y la Unidad Técnica del Gabinete Social. Una de las actividades tradicionales es el desarrollo del concepto de escuelas y municipios saludables que permite una estrecha relación y coordinación con el sector educativo y con todos los demás actores del territorio. Los diagnósticos de salud locales realizados por los equipos SF también determinan una coordinación con otros actores del territorio: vivienda, educación, abastecimiento de agua potable, comunidad organizada, etc. (DGAPS, 2014).

La propia concepción de la APS en Uruguay tiene implícita la intersectorialidad como un vector clave para garantizar la integralidad de la atención. Para ello se revitalizaron espacios tradicionales de coordinación, como los que se hacían con el sector educativo, los clubes sociales/deportivos del territorio y los servicios municipales. Se crearon nuevos espacios en el marco del cambio de la matriz de protección social con la creación del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), en el año 2005, y el Gabinete Social, que reúne a varios ministerios del Poder Ejecutivo bajo la coordinación del Mides. Lo integran además el MSP, Educación, Economía, Vivienda, Turismo y la Secretaría de Presidencia.

El MSP impulsa políticas que implican la coordinación con otras instituciones del Estado para su ejecución. El ejemplo más elocuente es el proyecto Uruguay Crece Contigo. A partir de una experiencia que comenzó con intervenciones focalizadas en zonas de pobreza extrema, se extendió por todo el país, como iniciativa directamente dependiente de la Presidencia de la República. Se fijaron metas de salud, nutrición,

alteraciones del desarrollo, prácticas de crianza y depresión materna. Se focalizó en familias de alta vulnerabilidad. Una primera evaluación demuestra logros, como que el 60% de las mujeres embarazadas tuvieron al menos 5 controles, bajó la desnutrición crónica, se disminuyó la anemia de un 33% a un 10% de la población de niños de referencia (Lustemberg, 2014).

Acción intersectorial y participación social en el territorio

La participación social o comunitaria es una señal de identidad de la estrategia de APS en su concepción renovada. En los tres países se han creado instrumentos legales para habilitar y facilitar dicha participación. Asimismo, en el territorio, con o sin instrumentos formales, se fueron generando instancias de participación donde el tema salud ha sido un factor de estímulo trascendente. Igualmente, el desarrollo de esta señal de identidad no ha sido homogéneo y muchas veces sus potencialidades no se desarrollan de la manera aspirada. Un factor que se repite en los tres países es la demanda de capacitación para la participación social, con el objetivo de definir con claridad roles y competencias.

En Argentina se aplica la Estrategia de Fortalecimiento de la Gestión Territorial en Salud para el diseño e implementación de planes a nivel local, a fin de disminuir la segmentación y fragmentación del sistema de salud, formulando e implementando una estrategia de fortalecimiento municipal consensuada con las jurisdicciones, tanto nacionales y provinciales, como municipales.

La articulación intersectorial en el territorio converge en los Centros de Integración Comunitaria (CIC), que desde su concepción y planificación inicial integran acciones de los Ministerios de Salud, Desarrollo Social, Trabajo, Planificación y el Gabinete Social. Los CIC constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de las políticas de APS y desarrollo social en un ámbito físico común a nivel municipal. A partir del núcleo de intersectorialidad conformado por los organismos públicos, en el territorio se desarrollan coordinaciones con organizaciones comunitarias, clubes sociales, ONG, etc. Las formas que adquieren son muy variadas y van desde coordinaciones para acciones puntuales hasta el acuerdo de planes de acción de mediano y largo plazo.

En Paraguay, en el territorio, las USF coordinan con los departamentos, los municipios, organizaciones comunitarias como comisiones vecinales, consejos de salud local y ONG, con la finalidad de apoyar a la comunidad, prestar atención a la salud, acompañar grupos vulnerables y promover hábitos saludables.

Los consejos locales y subconsejos de salud permiten la participación ciudadana en salud y la articulación entre instituciones del Estado, organizaciones de la sociedad civil e instituciones privadas⁹. Por tratarse de organizaciones de

⁹ Sus acciones están enmarcadas, principalmente, en la Ley 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud y la Ley 3.007/06 que la amplía y modifica.

naturaleza mixta, se habilita la participación junto a los organismos oficiales a instituciones privadas de diversa naturaleza con amplia integración de la sociedad civil (Paraguay, MSPBS, 2010).

Sus acciones pasan desde la respuesta a situaciones emergentes, definición de necesidades y elaboración de propuestas y/o alternativas de solución que, aunque no sean vinculantes, son tomadas en cuenta para la toma de decisiones para el diseño de los planes locales (DGAPS, 2014).

Uruguay practica la intersectorialidad en el territorio a partir de políticas nacionales combinadas con acciones condicionadas por las realidades locales interactuando con organizaciones formales y no formales de la comunidad y con las demás instituciones del Estado con presencia territorial, entre las que se destacan el Ministerio de Desarrollo Social, las intendencias departamentales y, últimamente, las alcaldías. La estructura del sistema educativo, tanto a nivel de primaria como secundaria, es terreno tradicional para el desarrollo de acciones intersectoriales en el territorio, donde el sector salud es un componente más. En ese sentido, la salud bucal, la siniestralidad vial, la alimentación saludable, el ejercicio físico, etc., son temas habituales de intervenciones intersectoriales. En este tipo de intervenciones hay una coordinación y participación conjunta de los actores directamente involucrados, como maestros, profesores, funcionarios municipales responsables del tránsito vial, etc. con productores de frutas y verduras para el fomento de la alimentación saludable y otras actividades.

Múltiples variantes de participación social se dan en nivel territorial. Las más tradicionales son las comisiones de fomento o barriales, que, de modo autónomo y sin mucha formalidad, se organizan para actuar frente a problemas locales.

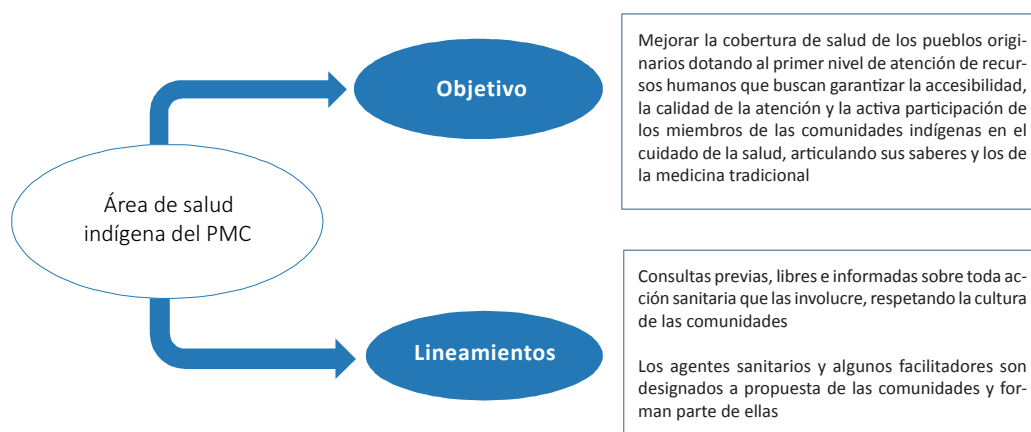
Diversos espacios de participación social fueron creados con la conformación del SNIS, siendo los más trascendentes la integración del directorio de ASSE y la participación en la Junasa. En ambos hay integración de representantes de los usuarios y trabajadores de la salud. También se conformaron espacios a nivel departamental –Juntas Departamentales de Salud (Judesas)– donde participan usuarios y trabajadores de la salud y representantes de todos los servicios asistenciales públicos y privados de ese territorio. Las Judesas analizan las necesidades y soluciones de salud para cada lugar. Otro instrumento formal de participación ha sido la conformación de consejos consultivos en cada uno de los prestadores integrales que integran el SNIS, donde la participación de usuarios y trabajadores tienen un rol de monitoreo y fiscalización del desempeño de los servicios. Un indicador de la implementación de este abanico de opciones ha sido la generación de diversos movimientos de usuarios organizados, que canalizan su participación en estos espacios.

INTERCULTURALIDAD EN APS

Argentina y Paraguay, por las características de su población, tienen mayores desarrollos en torno al enfoque de la interculturalidad aplicando dos vertientes de trabajo, por un lado, con acciones específicas dirigidas a los pueblos originarios y, por otro, la articulación con la medicina tradicional.

En el caso argentino, dentro del Programa Médicos Comunitarios se cuenta con un Área de Salud Indígena (p. ej.: Programa Anahí). Desde el año 2005 se diseña e implementa una línea de acción tendiente a mejorar la salud y calidad de vida de los pueblos originarios a partir de intervenciones socio-sanitarias con equipos comunitarios interdisciplinarios. El área de Salud Indígena del PMC está impulsando acciones que garanticen el acceso a la salud de los pueblos indígenas sin discriminaciones, con respeto y de calidad, y está incorporando gradualmente un enfoque intercultural de salud (Figura 1). Estas acciones se encuentran establecidas en el Marco de Planificación con Pueblos Indígenas, que fue consultado con el Consejo de Participación Indígena.

Figura 1 – Estrategia de interculturalidad en salud del Programa Médicos Comunitarios



Fuente: Orsi, 2014.

En Paraguay existe un trabajo conjunto con la Dirección de Salud Indígena para la implementación de un manual de atención a comunidades indígenas. Además, algunas USF se localizan en áreas de influencia de comunidades indígenas, se coordinan con promotores indígenas para un trabajo conjunto y se promueve la articulación y cooperación con agentes de medicina tradicional de los pueblos originarios y campesinos.

Mientras tanto, en Uruguay, por la alta concentración urbana de la población, la escasa presencia de la medicina tradicional y una población rural que no supera el 6%, la existencia de un solo idioma y un porcentaje de alfabetización que llega al

96%, el escenario es diferente, con menor diversidad cultural, y la interculturalidad es poco mencionada en las políticas. No obstante, en el desarrollo de la estrategia de APS, aparecen cada vez más otros tipos de barreras culturales, que se refieren al uso del lenguaje. A pesar que el único idioma es el español, la lengua tiene singularidades en las diversas regiones. Las costumbres y la cultura son diversas y muchas veces los materiales tradicionales de promoción y educación tienen forma y contenido que no refleja esas realidades.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de la información obtenida es posible hacer una serie de análisis sobre el estado de desarrollo de la estrategia de APS. En primer lugar, se constata que hay un empuje con variantes en la implementación de la APS renovada que coincide temporalmente con los cambios políticos que se fueron dando en los tres países estudiados. La superación de la etapa neoliberal de los años 1980 y 90, con la llegada al gobiernos de partidos de izquierda, no sólo en los tres países estudiados, sino en toda la región suramericana, se caracteriza por un rol protagónico del Estado y el impulso de una nueva matriz de protección social, que condiciona y favorece el desarrollo de la APS renovada.

En primer lugar, hay que destacar que en todos los países el impulso de la APS se realiza principalmente a expensas de los servicios públicos asistenciales, en el marco de un Estado que paulatinamente va recuperando su rol, que estimula e incrementa el gasto social y promueve la intersectorialidad de las políticas, con un foco destacado en el combate a la pobreza. En segundo lugar, otros factores comunes han sido las competencias y atribuciones que se le otorgan a los ministerios de salud nacionales y/o provinciales, para recobrar sus potestades de autoridad sanitaria y rectoría del sistema. En tercer lugar, se visualiza una matriz legal heterogénea que va desde normas constitucionales, pasando por leyes, decretos, hasta resoluciones ministeriales, mosaico en el cual van quedando asentados contenidos trascendentes de la APS.

Se observa también como un rasgo común que ninguno de los países dispone de un presupuesto específico para toda la APS, y como la estrategia es el resultado de la combinación de muchas estructuras del Estado, también es difícil su cuantificación. La fisonomía del proceso de implementación de la estrategia de APS se hace notoria en el primer nivel de atención por la presencia de servicios públicos de la esfera nacional, así como también del ámbito territorial: regional, departamental, municipal, comunitario, etc. Finalmente, como factor común hay que mencionar las diversas instancias de participación social formales e informales que caracterizan este desarrollo.

En algunas dimensiones relevantes para la APS se destacaron problemas y desafíos comunes entre los tres países, principalmente las desigualdades regionales

y sociales en lo referente a la organización de la APS y de la fuerza de trabajo en salud disponible. Los recursos tienen una distribución asimétrica, con una alta concentración en zonas metropolitanas y/o urbanas en detrimento de las zonas suburbanas, rurales, de difícil acceso o de contexto crítico.

A pesar de las diferencias que existen entre los países respecto de la disponibilidad de médicos/as y/o enfermero/as y otras categorías profesionales, donde Argentina y Uruguay tienen una situación privilegiada con relación a Paraguay, e incluso a toda Suramérica, los tres países estudiados también comparten los mismos problemas, como el déficit cuantitativo, la dificultad para la radicación de profesionales en zonas alejadas y la necesidad de cubrir funciones con otras categorías de profesionales.

Un problema específico, también común, que dificulta la integralidad de la atención es la contrarreferencia del segundo nivel y/o de la atención especializada al primer nivel. La referencia ha presentado mejoras, pero la relación inversa todavía está impregnada con el paradigma del modelo hospitalario, donde como factor cultural de las organizaciones persiste el concepto de superioridad del hospital.

Otro problema común es la brecha entre la dotación actual de recursos humanos debidamente capacitados para la APS y las necesidades del sistema. Los contenidos de formación universitaria para profesionales y técnicos de la salud, fueron concebidos para un modelo de atención que se intenta cambiar con la implementación de la estrategia de APS.

Los principales desafíos están referidos a la futura organización de la APS en función de una distribución más equilibrada de los recursos físicos y humanos dentro de los países. Es menester desarrollar estrategias que, por un lado, estimulen la opción de trabajar en el primer nivel y, por otro, faciliten la radicación de profesionales en las zonas más alejadas y/o de difícil acceso.

Otro desafío, en una política de convergencia con el sector formador, será implementar cambios en los currículos de grado, ampliar las plazas de posgrados para garantizar recursos humanos debidamente capacitados para trabajar en APS. Todos los países han desarrollado diversas acciones en ese sentido y, más allá de que no deben copiarse por la peculiaridad de cada uno, si hay experiencias con evaluaciones exitosas los respectivos gobiernos deberían tomarlas como referencia.

Por las dificultades detectadas, también es un desafío encontrar mecanismos que permitan una mayor regulación de la participación del sector privado en el territorio, estimulando la complementación de servicios y su integración a las redes territoriales.

Otro desafío y una demanda constante de los tres países es el repensar de indicadores tradicionales y crear nuevos indicadores para medir el impacto en este nuevo impulso de la estrategia de APS renovada. Producir evidencias empíricas respecto de los efectos de las políticas y estrategias de APS es fundamental para

profundizar la estrategia de APS y dar sustentabilidad a las políticas frente a las autoridades competentes.

Los estudios de caso de mapeos de APS en los tres países identificaron diversas estrategias para poder seguir avanzando, para intentar solucionar los problemas y superar los desafíos. Unasur puede ser la promotora de la colectivización de esa experiencia acumulada, facilitando el conocimiento de experiencias territoriales exitosas, intercambios técnicos sobre los sistemas de formación para la APS, desarrollar y difundir el perfil del agente comunitario y/o promotor de salud, estrategias para la radicación de profesionales en zonas alejadas y promover la construcción de indicadores sensibles a la aplicación de la estrategia de APS.

REFERENCIAS

Argentina, Indec – Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: Censo del Bicentenario. Resultados definitivos, Serie B n° 2. 1ª ed. Buenos Aires: Indec; 2012.

Argentina, Minsal – Ministerio de Salud. Ficha técnica – Grupo Técnico Sistemas Universales de Salud GT-SUS. Buenos Aires: Minsal; 2014.

Argentina, Minsal Santiago. Programa Remediar + Redes. Santiago del Estero: Ministerio de Salud de Santiago del Estero; 2014.

Argentina, Presidencia de la Nación. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires: Consejo Federal de Salud, Ministerio de Salud de la Nación; 2004.

Argentina, Presidencia de la Nación. Programa Remediar. Buenos Aires: Presidencia de la Nación Argentina; 2014. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.ar/sitios-de-gobierno/planes-de-gobierno/2651>. Acceso el: 11 de marzo de 2014.

Arriagada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Santiago de Chile: Cepal – Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2005.

ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado. Libro de relevamiento de prestaciones ASSE 2014 Uruguay. Montevideo: ASSE; 2014a.

ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado. Misión institucional. Montevideo: ASSE; 2014b.

Barán Wasichuk MT. Presentación taller abordajes de atención primaria a la salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur. Rio de Janeiro: Isags; 2014.

Benia W, Medina G. Construcción de una red continente: APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo. Uruguay. 2005-2009. In: OPS. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011. p. 99-132.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. American Journal of Public Health 2004; 94(11):1864-1874.

DGAPS – Dirección General de Atención Primaria en Salud. Información suministrada por el equipo APS de la DGAPS al autor en Asunción, enero de 2014.

Dullak R, Rodriguez-Riveros M, Bursztyn I, Cabral-Bejarano M, Ruoti M, Paredes ME, Wildberger C, Molinas F. Atención primaria en salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(6):2865-2875.

Eurosocijal. Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención: República de Argentina. Intercambio III. 2-1-2007 Fortalecimiento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención. Buenos Aires: Minsal; 2007.

Giovanella L, ed. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud; 2013.

Holst J. Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay. Breve descripción de los sistemas aseguradores de salud existentes en el país. Asunción/Eschborn: Plandes/GTZ - Proyecto Planificación del Desarrollo Sostenible; 2003.

Isags. Sistema de Salud en Argentina. In: Isags. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Isags; 2012a. p.71-164.

Isags. Sistema de Salud en Paraguay. In: Isags. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, integralidad, y la equidad. Rio de Janeiro: Isags; 2012b. p.553-600.

Isags. Sistema de Salud en Uruguay. In: Isags. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, integralidad, y la equidad. Rio de Janeiro: Isags; 2012c. p.727-776.

Lavigne M. Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Paraguay. Documento de proyecto. Santiago: Cepal – Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2012.

Levcovitz E. Presentación evolución histórico-conceptual y marco analítico de los sistemas de salud y protección social. Módulo Básico Escuela de Gobierno de Salud Pública: Paso Severino, Florida, Uruguay; 2014.

Lustemberg C. Presentación resultados Uruguay crece contigo. Montevideo: OPP – Oficina de Planeamiento y Presupuesto; 2014. Disponible en: <http://www.crececontigo.opp.gub.uy>. Acceso el: 21 de enero de 2014.

Maceira D. Documento técnico sobre financiación y reforma del sector salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa. Eurosocijal Salud, IRD, Europeaid; 2007. Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Eurosocijal-ExperCompRefFin-mayo07-Versi%C3%B3n-Final.pdf>. Acceso el: 21 de enero de 2014.

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2007;21(2/3):73-84.

Mancuello Alum JN, Cabral de Bejarano MS. Sistema de salud de Paraguay. *Revista de Salud Pública de Paraguay* 2011; 1(1):13-25.

Morgenstern M. Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los Estados partes del Mercosur. República Argentina 2012. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud; 2013.

Muñiz MS. Presentación de la ministra de salud pública de Uruguay en la Conferencia Internacional Hacia la Cobertura Universal en Salud. Lima; 2014.

OMS – Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Alma Ata 1978. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44º Consejo Directivo, 55.ª Sesión del Comité Regional. Washington DC: OPS; 2003.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Washington DC: OMS; 2005.

Orsi G. Presentación en el taller Abordajes de atención primaria a la salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur. Rio de Janeiro: Isags; 2014.

Paraguay, MSPBS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Consejo local de salud. Aspectos institucionales y organizativos. Cuaderno de trabajo N° 1. Asunción: CIRD – Centro de Información y Recursos para el Desarrollo; 2010.

Paraguay, MSPBS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan estratégico regional guaira. Plan estratégico regional caazapá. Villarica: MSPBS; 2012.

Paraguay, MSPBS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Presentación: Atención primaria en salud de la Dra. Celeste Pavón del MSPBS en Santa Cruz de la Sierra, 2013.

Programa Remediar + Redes. Información suministrada por la coordinación de los Sistemas de Provisión de Medicamento e Información, en Buenos Aires, enero de 2014.

República del Paraguay. Constitución Nacional. Asunción: República del Paraguay; 1992.

República Oriental del Uruguay. Decreto 465/2008 - Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional Integrado de Salud. Programas Integrales de Salud. Catálogo de Prestaciones. Montevideo: República Oriental del Uruguay; 2008.

República Oriental del Uruguay. Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Montevideo: República Oriental del Uruguay; 2007.

República Oriental del Uruguay. Ley 18.719 de 5 de enero de 2011. Presupuesto Nacional período 2010-2015. Montevideo: República Oriental del Uruguay; 2011.

Ricchero PR, Tobar F. El Consejo Federal de Salud Argentino (Cofesa). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo. Buenos Aires: Ministerio de la Salud; 2003.

Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Argentina. Rio de Janeiro: Isags; 2014a. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[328\]ling\[1\]anx\[297\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[328]ling[1]anx[297].pdf). Acceso el: 20 de junio de 2014.

Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: Isags; 2014b. Disponible en: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=7&lg=2&bb=128. Acceso el: 23 de junio de 2014.

Ríos G. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay. Rio de Janeiro: Isags; 2014c. Disponible en: [http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb\[185\]ling\[2\]anx\[559\].pdf](http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb[185]ling[2]anx[559].pdf). Acceso el: 20 de junio de 2014.

Ríos G. Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los Estados partes del Mercosur. República Oriental del Uruguay 2013. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud; 2013a.

Ríos G. Presentación en la V Jornadas de Inicio a las Residencias Médicas – Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. 2013b.

Uruguay, Junasa – Junta Nacional de Salud. Rendición de cuentas ejercicio 2012. Montevideo: Junasa; 2012.

Uruguay, MSP – Ministerio de Salud Pública, Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área de Promoción y Prevención, Programa Nacional de Salud Mental. Plan de implementación de prestaciones de salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP; 2011a.

Uruguay, MSP – Ministerio de Salud Pública, División Recursos Humanos, Digesnis –Dirección General Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP; 2011b.

Uruguay, MSP – Ministerio de Salud Pública. Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud. In: MSP. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP; 2009.

Uruguay, MSP – Ministerio de Salud Pública. Plan nacional de cuidados paliativos. Montevideo: DEPES, MSP; 2013.

Uruguay, MSP – Ministerio de Salud Pública. Primer censo nacional de recursos humanos en salud. Desarrollo y presentación de los primeros resultados. Montevideo: Departamento de habilitación y control de profesionales de la salud; 2010.

Uruguay, MSP – Ministerio de Salud Pública. Primer censo nacional de recursos humanos en salud. Montevideo: MSP; 2008.

Uruguay, MSP – Ministerio de Salud Pública. Programa salud bucal. Montevideo: DEPES, MSP; 2007.

WHO – World Health Organization. World Health Statistics 2014. Ginebra: WHO; 2014.





Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela: ¿Transición hacia la atención primaria integral?

Herland Tejerina Silva

INTRODUCCIÓN

Bolivia, Ecuador y Venezuela tienen sistemas de atención primaria de salud que se encuentran en transición desde una realidad compartida en muchos aspectos hacia visiones también parecidas. Los tres países vienen de procesos históricos que desarrollaron sistema sanitarios, cada uno con sus particularidades, en torno a un modelo asistencial centrado en los hospitales de grandes ciudades en desmedro de la atención primaria integral promocional, preventiva y rehabilitadora para las poblaciones marginadas geográfica y económicamente. En los tres casos, los sistemas evolucionaron en las décadas centrales del siglo XX hacia su segmentación entre servicios públicos, la seguridad social de corte bismarckiano, instituciones privadas sin fines de lucro (caridades para los más pobres) y servicios privados lucrativos.

Los tres países, de diferentes maneras, implementaron iniciativas inspiradas en la estrategia de Atención Primaria de Salud preconizada por la conferencia de Alma-Ata, en la década de 1980, pero todos experimentaron en la década siguiente procesos de reforma que, acompañando los programas de ajuste estructural macroeconómicos en línea con el llamado consenso de Washington, marcaron, con diferente intensidad, sin modificar su foco centrado en los hospitales y los centros urbanos, su estructura de gestión y de servicios con algunas características comunes (Tejerina Silva et al., 2009). La descentralización, la institución de copago en los servicios públicos, la creación de modalidades de seguros focalizados específicos y la disminución del financiamiento público son algunas de las características de las políticas de salud en este periodo.

En el proceso de descentralización,¹ Bolivia transfirió, bajo la forma de devolución, la propiedad y la gestión (con excepción del financiamiento de recursos humanos) de todos los establecimientos públicos de salud a sus municipios, dejando para el nivel central solamente funciones normativas y de regulación de todos los niveles, incluyendo los hospitales (Tejerina Silva et al., 2011). Ecuador y Venezuela implementaron políticas descentralizadoras de menor intensidad. En Ecuador, la descentralización se implementó bajo la forma de desconcentración de responsabilidades administrativas del Ministerio de Salud a unidades provinciales y la conducción técnica, ejecución y seguimiento operativo a sus distritos. Por su parte, Venezuela descentralizó la gestión pública en salud a 17 de sus 23 estados, en principio bajo la forma de devolución, pero con particularidades regionales que muestran una miscelánea entre delegación, desconcentración y devolución propiamente dicha (Alvarado et al., 2008). En la historia reciente, Bolivia y Ecuador han mantenido sus niveles de descentralización, mientras que Venezuela ha iniciado un proceso de recentralización.

También como parte de los procesos de reforma, los tres países instituyeron el copago por los servicios de salud en sus establecimientos públicos por el usuario (en Venezuela eran gratuitos para el paciente desde la década de 1970, mientras que en Ecuador y Bolivia siempre se había cobrado por algunas prestaciones), con tarifarios por prestaciones.

Bolivia y Ecuador implementaron diversas modalidades de aseguramiento público selectivo para algunas prestaciones de salud seleccionadas, básicamente aquellas relacionadas a la salud materno-infantil y enfermedades transmisibles. Estas estrategias eximían del pago de bolsillo en establecimientos públicos a segmentos de la población (niños, adultos mayores y mujeres embarazadas) para el tratamiento de algunas condiciones de salud (esencialmente la atención perinatal). Ecuador también intentó focalizar la subvención pública de la atención sanitaria mediante un sistema de aseguramiento con contribución muy reducida para campesinos y pescadores artesanales. Por su parte, Venezuela incrementó significativamente la participación de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, en forma de fundaciones, en la provisión de servicios, con explícita priorización a los servicios materno-infantiles y de salud reproductiva.

Al mismo tiempo, las políticas sanitarias de los tres países concentraron sus esfuerzos, casi exclusivamente, en el fortalecimiento técnico y material de los servicios

¹ En cuanto a las formas de descentralización: la **desconcentración** transfiere alguna parte de la autoridad y responsabilidad administrativa a niveles subnacionales de ministerios o agencias del gobierno central; la **delegación** transfiere responsabilidades gerenciales para funciones específicamente definidas a organizaciones diferentes del gobierno central, que son controladas indirectamente por éste; la **devolución** implica la creación de unidades subnacionales de gobierno autónomas e independientes que gestionan los servicios sustancialmente fuera del control central (Rondinelli, 1999).

relacionados (control prenatal, atención de parto, cuidados neonatales, vacunas, contracepción, tratamiento de diarreas y neumonías en niños menores y control epidemiológico de enfermedades transmisibles) mediante programas verticales. Los modelos de atención estaban claramente alineados a la estrategia de Atención Primaria Selectiva en Salud acuñada en Bellagio en 1979 y promocionada por agencias internacionales de cooperación, como Unicef, Usaid y el Banco Mundial.

Con diferente intensidad, los tres países también sufrieron la disminución del financiamiento público a la salud como parte de políticas de achicamiento del Estado, con el respectivo debilitamiento de sus estructuras de planificación y control central.

Los gobiernos de Hugo Chávez (Venezuela, 1998), Evo Morales (Bolivia, 2006) y Rafael Correa (Ecuador, 2007), autoidentificados ideológicamente como tendientes al socialismo, comparten similares visiones sobre el derrotero de sus políticas de salud. Al asumir el poder, los tres presidentes anunciaron la ruptura con las políticas sectoriales precedentes, calificadas como neoliberales, y la implantación de nuevos modelos de salud inspirados en la estrategia acuñada en Alma-Ata y su evolución, denominados en conjunto por la OPS/OMS Atención Primaria Renovada de Salud.

En este contexto, las metas de desarrollo que los tres países se plantean son también comunes:

- acceso universal y gratuito a los servicios públicos de salud;
- modelos de atención basados en la atención primaria de salud;
- énfasis en la promoción de la salud entendida como la acción intersectorial sobre sus determinantes sociales;
- enfoque intercultural con énfasis en el respeto y asimilación de los saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios.

Los tres países tienen ambiciones similares para el desarrollo de sus sistemas de salud, que se expresan en sus legislaciones nacionales. Venezuela, en 1999, y Bolivia y Ecuador, en 2008, aprobaron constituciones políticas nacionales que establecen a la salud como un derecho social universal y ponen al Estado como su garante.

La legislación y los documentos de política subsecuentes, en los tres casos, estatuyen modelos de atención en salud basados en la atención primaria entendida como la acción sobre los determinantes sociales de la salud, la prevención de enfermedades y el enfoque intersectorial e intercultural. La atención primaria es explícitamente mencionada como Atención Primaria Renovada en Ecuador (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2012) y denominada Atención Integral de Salud en Venezuela (Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2014b). Asumiendo el modelo de Alma-Ata como referente explícito, en Bolivia se la denomina Salud Familiar y Comunitaria Intercultural, modelo concebido como

una evolución cualitativa de la APS con énfasis en la promoción de la salud (Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2008). La gratuidad de los servicios públicos es también un mandato legal en los tres países.

Los respectivos gobiernos han expresado explícitamente su intención de dismantlar modelos de política social instaurados en sus países en la década de 1990, inspirados por las prescripciones del llamado Consenso de Washington y traducidos en el sector sanitario por los procesos de reforma sectorial en salud.

Otros elementos comunes aún no superados completamente en los tres países son la segmentación y la fragmentación² de los sistemas sanitarios.

La segmentación, expresada por la estricta separación de las poblaciones de acuerdo a su afiliación (o no) a los diferentes sistemas de aseguramiento y en su acceso a servicios de salud de diferente calidad, propiedad y financiamiento, ha sido parcialmente (excepto por el financiamiento) superada en Ecuador y Venezuela con la implementación de la gratuidad en los servicios públicos y el acceso universal a los establecimientos de la seguridad social. En Bolivia, el acceso, la provisión y el financiamiento de los servicios de salud están todavía profundamente segmentados y perpetúan las inequidades.

Paradójicamente, la multiplicación de iniciativas implementadas por los gobiernos en su afán de transformar sus sistemas de atención primaria de acuerdo con las nuevas visiones, sin eliminar las estructuras heredadas de modelos pasados, ha profundizado la fragmentación en los tres países.

Otro elemento común es la presencia de la cooperación cubana y su influencia sobre la organización de los sistemas de atención primaria. Las brigadas médicas cubanas han creado el sistema Barrio Adentro en Venezuela, sobre el que ese país pretende fundar su nueva estructura sanitaria. Bolivia ha fortalecido parte de sus establecimientos públicos con profesionales cubanos, pero también basa su programa Mi Salud, con brigadas de atención comunitaria paralelas a los servicios regulares, en médicos formados en Cuba. En Ecuador, la influencia cubana se da más en el nivel conceptual de la organización sanitaria, pero también es evidente en los programas de formación de nuevos profesionales.

El acceso y la segmentación de los sistemas de salud

Los sistemas de salud de los tres países segmentan a su población principalmente en dos grandes grupos: aquellos protegidos por la seguridad social y aquellos sin

² Entendemos como segmentación a la característica de un sistema de tener distintas modalidades de acceso, calidad, provisión y financiamiento de servicios para distintos grupos de población de acuerdo a su estatus laboral, pertenencia social y capacidad de pago. La segmentación conduce a la inequidad. Conceptuamos a un sistema como fragmentado cuando sus distintos componentes funcionan de manera poco coordinada y con estructuras, procesos y modalidades de gestión independientes y desconexos. La fragmentación conduce a la ineficiencia.

esta protección. En el caso de Bolivia existe un tercer grupo: los protegidos por seguros públicos selectivos –el Seguro Universal de Maternidad y Niñez y el Seguro de Salud del Adulto Mayor.

En Bolivia, para el año 2010, el 53% de la población (5,5 millones de personas) estaba teóricamente cubierto por algún tipo de seguro de salud estatal (del Ministerio de Salud o la seguridad social) (Dupuy, 2011a). Sin embargo, una encuesta de hogares de 2009 reportó solamente 34% de la población asegurada (Dupuy, 2011c). De todas maneras, entre el 66% y el 47% de los bolivianos no están cubiertos por ningún seguro de salud y no pueden acceder a servicios si no es pagando por ello.

En 2010, 28% de la población ecuatoriana (4.036.302 personas), 5% más que en 2004, estaba cubierta por un seguro público de salud (Lucio et al., 2011). Sin embargo, desde la implementación en 2011 del acceso universal a la Red Pública Integral de Salud, que incluye los sectores públicos y de la seguridad social, todas las personas tienen acceso a establecimientos de la red, sin importar su estatus de aseguramiento. Similar es el caso de Venezuela, donde 39% de la población se encuentra afiliada a alguna institución de aseguramiento, pero todos tienen acceso y pueden recibir servicios idénticos en establecimientos de la red pública y de la seguridad social. En ambos casos, las instituciones de previsión social administran sus establecimientos propios y pagan por sus afiliados cuando usan servicios públicos del Ministerio de Salud, lo que no significa ninguna diferencia para el usuario, pero complejiza y encarece el sistema.

Una manera de apreciar el acceso a los servicios de atención primaria es el índice de consultas externas por persona y por año. En Bolivia, este indicador se encuentra en 1,27 consultas por habitante para el año 2012, sobre todo a expensas de los niños menores de cinco años (que reciben servicios gratuitos subvencionados por el seguro público). En Ecuador, este indicador está en 1,5 para el mismo año, si consideramos solamente los establecimientos del Ministerio de Salud, y en 1,8, si tomamos en cuenta a toda la llamada red pública (incluyendo establecimientos privados sin fines de lucro que, por convenio, reciben también subvención pública). En Venezuela, el indicador alcanzó en 2012 un número cercano a 3,8 (la información para la red pública regular es aproximada), del cual 2,9 corresponde a la red Barrio Adentro.

Otra aproximación a la accesibilidad de servicios es la disponibilidad de recursos materiales y humanos. En Bolivia, en 2012, existían 3,08 establecimientos de primer nivel para 10.000 habitantes, mientras que en Ecuador este indicador es de 2,1, y de 5,05 en Venezuela. La disponibilidad de médicos para cada 10.000 habitantes, en el mismo año, era de 7,2 en Bolivia (10,3 para la población asegurada), 17,1 en Ecuador y 19,4 en los servicios de la red regular de Venezuela. El dato para los profesionales de la red Barrio Adentro es difícil de precisar pues, además de los 15.356 médicos cubanos que se habían incorporado hasta 2011, existe un número no reportado con exactitud (más de 5.000) de Médicos Integrales Comunitarios venezolanos,

formados o en formación, que también trabajan en los servicios, sobre todo de primer nivel. En concreto, probablemente existan alrededor de 27 médicos por cada 10.000 venezolanos. La aparente discordancia entre los indicadores de Bolivia se explica por el hecho de que más de la mitad de los establecimientos de primer nivel no cuentan con médicos en este país.

En Bolivia, en 2009 el 43% de la población que tuvo necesidad percibida de servicios de salud no accedió a una atención institucional. Las poblaciones del área rural, indígenas originarias, personas sin instrucción, no asalariados, con empleo informal y pobres extremos fueron los más excluidos de los servicios de salud, según un estudio del Ministerio de Salud (Dupuy, 2012). No se conocen estudios similares para Ecuador y Venezuela; sin embargo, de acuerdo con una encuesta oficial de este último país, 54% de la población había utilizado las misiones de Salud (sobre todo Barrio Adentro) en alguna oportunidad hasta el segundo trimestre del año 2011, la mayoría personas sin cobertura de seguridad social y de ingresos económicos más bajos (Venezuela, Instituto Nacional de Estadística, 2011).

Es evidente que Bolivia tiene los mayores problemas en el acceso de su población a los servicios de salud, muy probablemente por el hecho de que los establecimientos de la seguridad social atienden solamente a sus asegurados y por la barrera económica que significa el copago de bolsillo en los establecimientos públicos. Estos dos elementos se han eliminado en Ecuador y Venezuela, donde la exclusión en el acceso puede aún ocurrir por motivos de accesibilidad geográfica, por aceptabilidad (probablemente importante para los servicios de Barrio Adentro de Venezuela) y por eventuales deficiencias internas locales en el sistema de prestaciones.

Otro factor importante puede ser el tiempo de atención de los establecimientos de atención primaria. En Bolivia, la mayoría de los centros urbanos atiende sólo seis horas por día y su personal no realiza atenciones clínicas a domicilio. En Ecuador y Venezuela, el horario mínimo de apertura es de ocho horas diarias y las atenciones fuera de los establecimientos son del 10% y 47% (para la red Barrio Adentro I), respectivamente.

CONDUCCIÓN DE LA APS

Concepciones de atención primaria de salud

Tanto Bolivia, como Ecuador y Venezuela han asumido la Atención Primaria de Salud como su principal estrategia para la provisión de servicios públicos. Ecuador asume explícitamente los principios de la Declaración de Montevideo para la Atención Primaria Renovada (Pan American Health Organization, 2007). Por su parte, Bolivia ha acuñado su propia estrategia de atención sanitaria, llamada Salud Familiar y Comunitaria Intercultural, explícitamente inspirada en la declaración

de Alma-Ata, pero también con claros elementos de Montevideo. En Venezuela todavía se discute sobre la concepción exacta de atención primaria que se incluirá en sus documentos constitutivos, pero existe claro consenso sobre su base en los principios de Alma-Ata y Montevideo. El Cuadro 1 sintetiza las definiciones legales y políticas de la atención primaria de salud en los tres países.

El fuerte énfasis en los componentes familiar y comunitario del modelo de atención, con base en el concepto de determinación social de la salud es muy evidente en los tres países. El componente intercultural también es muy importante en Bolivia y Ecuador. Con gran probabilidad, estas concepciones tienen raíces ideológicas comunes (cuyo análisis escapa al alcance del presente documento).

Cuadro 1 – Definiciones legales y políticas de la Atención Primaria de Salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela

País	Definición legal y política
Bolivia	Definición legal Sin mención explícita a APS en la legislación
	Política – modelo de atención Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural: conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio. Establece 4 principios: participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad, integralidad
Ecuador	Definición legal La Constitución Política aprobada en 2008 hace mención explícita al término APS, en su Art. 360: “El sistema garantizará [...] la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud... ”
	Política – modelo de atención Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI): el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organizan el sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias, las comunidades y el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de la red de salud
Venezuela	Definición legal Sin mención explícita a APS en la legislación
	Política – modelo de atención La Misión Barrio Adentro define la atención primaria como su estrategia fundamental: “La APS constituye la función central y el núcleo principal del sistema de salud y del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...no es medicina simplificada ni consiste en niveles de cuidados médicos mínimos ni tampoco puede limitarse a acciones simplificadas con el objetivo de abaratar los costos de salud o limitarse al traslado de la responsabilidad, del costo social y del financiamiento hacia las comunidades”

Fuentes: Estado Plurinacional de Bolivia, 2008; Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2012; Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2008; República Bolivariana de Venezuela, 2000; República del Ecuador, 2008; República del Ecuador, 2012.

“Vivir Bien” o “Buen Vivir”

El concepto del “Vivir Bien” o “el Buen Vivir” ha surgido como una corriente de pensamiento que reivindica principios éticos y prácticas tradicionales indígenas sobre todo de la región andina. Se inició en los pueblos kichwas (Sumaj Kawsay) de Perú y Bolivia, a finales de la década del 1990, como una propuesta para organizar su plan de vida y el manejo de su territorio desde su propia cosmovisión. No obstante, es un principio que integra la visión de varias culturas indígenas americanas, como la Guaraní (Iyambae), la Aymara (Suma Qamaña), la Ashuar (ShiirWaras) y otras.

En el contexto de resurgimiento de múltiples corrientes ideológicas que reivindican lo originario en contraposición a las culturas europeas impuestas desde la colonia, el Vivir Bien se presenta como un pensamiento intercultural en construcción, con variadas concepciones e interpretaciones. Sin embargo, un elemento común es su carácter reivindicativo y contrapuesto al paradigma de «vivir mejor» de la cultura occidental posmoderna que se concibe, desde las culturas originarias, como sinónimo de la búsqueda de la satisfacción individual con base en el consumo y la competencia. El Buen Vivir busca devolver la dignidad y la autoestima a los pueblos marginados por el dominio cultural europeo.

Los elementos centrales de este paradigma son (Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas, 2010):

- La creación de una red de solidaridad para superar las desigualdades.
- Vivir en equilibrio y armonía con todo lo que nos rodea, con todo lo que existe, comprendiendo que en la vida todo está interconectado, es interdependiente y está interrelacionado.
- No se puede vivir bien si los demás viven mal, se trata de vivir bien como parte de la comunidad. La comunidad es la estructura y unidad de la vida, y está constituida por toda forma de existencia y no solo una estructura social conformada únicamente por humanos.
- La espiritualidad y el conocimiento están entrelazados. Existe una relación inseparable entre las fuerzas económicas, sociales, naturales y espirituales. Los valores espirituales y afectivos son más importantes que los económicos y materiales.
- La decisión debe darse por consenso y no por el sometimiento de las minorías a las mayorías.
- Entiende la salud como el equilibrio y la enfermedad como su pérdida, tanto en sus dimensiones biológicas como sociales y espirituales. Por tanto, la búsqueda de las causas es más importante que conocer el síntoma o aliviarlo.
- El humano es solamente un elemento del cosmos, íntimamente ligado y dependiente de la Madre tierra.

Bolivia y Ecuador han incorporado textos paradigmáticos en sus constituciones políticas. En Bolivia la Constitución declara en su Art. 8 que “[...] se asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ... suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), tekokavi (vida buena), ivimaraei (tierra sin mal) y qhapajñan (vida noble)”. El Vivir Bien se plantea como un principio de igual jerarquía que la igualdad, la libertad y la equidad social. El “modelo económico boliviano es plural y orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien” (Art. 306) (Estado Plurinacional de Bolivia, 2008).

En Ecuador, la Constitución dedica una sección al “Régimen del Buen Vivir”, en la que el régimen de desarrollo se define como “el conjunto organizado, sostenible y dinámico de los sistemas económicos, políticos, socio-culturales y ambientales que garantizan la realización del buen vivir, del Sumak Kawsay” (Art. 275) y el plan de desarrollo ecuatoriano se llama Plan para el Buen Vivir (República del Ecuador, 2008).

Fuentes: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas, 2010; Estado Plurinacional de Bolivia, 2008; República del Ecuador, 2008.

Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales

Bolivia es un país profundamente descentralizado, donde cada uno de los cuatro niveles de gestión (nacional, departamental, municipal e indígena/originario) goza de autonomía (Estado Plurinacional de Bolivia, 2010). En cuanto a la atención primaria, el nivel central del Estado (el Ministerio de Salud) tiene las siguientes competencias: elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios y la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural; promover y apoyar la gestión participativa y el control social; establecer programas nacionales de control epidemiológico y con respecto a la medicina tradicional, preservar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígenas y garantizar la recuperación de la medicina tradicional.

Aunque la norma confiere al Ministerio de Salud, casi exclusivamente, atribuciones normativas y reguladoras, actualmente implementa de forma directa programas de prestación de servicios priorizados:

- el Programa Mi Salud: estrategia de brigadas que ofrecen servicios promocionales, preventivos y curativos, gratuitos para la población, en zonas priorizadas específicas;
- la Residencia Médica de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RM-Safci): programa de formación médica en posgrado que tiene como base el accionar de los residentes en las zonas más deprimidas del país mediante su integración a las comunidades con el fin de identificar e impactar sobre los determinantes sociales locales de la salud;
- el Bono Juana Azurduy: programa de transferencias monetarias a la población, condicionadas al cumplimiento de metas de acceso a servicios;
- los equipos móviles de salud oral;
- el Programa Multisectorial Desnutrición Cero;
- el Programa Moto Méndez: estrategia de equipos móviles multidisciplinarios para la identificación y atención a las personas con discapacidad.

Los gobiernos departamentales tienen las siguientes competencias relacionadas a la atención primaria: estructuración de redes, cofinanciamiento, acreditación, programas epidemiológicos, gestión de los equipos de salud, organización de instancias departamentales de participación y control social y el control de los productos farmacéuticos. Este nivel está representado por el Servicio Departamental de Salud (Sedes), dependiente de la gobernación autónoma de cada uno de los nueve departamentos, que contrata y gestiona el personal regular de los establecimientos (excluyendo a los programas priorizados de gestión nacional y municipal). En dos departamentos, gestionan además seguros universales autónomos de salud que ofrecen servicios gratuitos, complementarios a los seguros nacionales.

Los gobiernos municipales autónomos tienen como competencias en atención primaria administrar la infraestructura y equipamiento y ejecutar el componente de promoción de la salud. Varios municipios gestionan de forma autónoma (incluyendo recursos humanos) establecimientos de primer y segundo nivel. Existen dos municipios que desarrollan esquemas de aseguramiento complementario a los nacionales. El cuarto nivel de gobierno, los Gobiernos Indígenas Originarios Campesinos Autónomos, no tiene competencias específicas sobre la Atención Primaria de Salud.

En Ecuador, el sistema de salud es de baja descentralización y altamente desconcentrado. La conducción del sistema está a cargo, en el nivel nacional, del Ministerio de Salud Pública con el asesoramiento del Consejo Nacional de Salud, integrado por las 17 entidades que componen el Sistema Nacional de Salud. De acuerdo a la Ley Orgánica de Salud, el Ministerio tiene las siguientes funciones concernientes, aunque no exclusivamente, a la atención primaria: diseñar e implementar los programas de atención de enfermedades transmisibles, no transmisibles, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, gestionar las inmunizaciones, la atención de enfermedades catastróficas, la salud sexual y la salud reproductiva, la violencia en todas sus formas, el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud, el acceso y la disponibilidad de medicamentos, el funcionamiento de los establecimientos públicos y privados, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa, la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud (República del Ecuador, 2012).

Los niveles provinciales y cantonales de salud (representados por consejos) tienen como funciones la formulación y control de la aplicación de los respectivos Planes Integrales de Salud. No son operativos en cuanto a la provisión de servicios.

Desde 2013, la organización ejecutiva del sistema sanitario ecuatoriano se basa en el Modelo de Desconcentración Político-Administrativa del país (nacional, 9 zonas y 140 distritos), dada por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, con competencias y recursos del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (República del Ecuador, 2010). Las competencias por niveles, explícitamente referidas a la atención primaria, son:

Nivel Central (además de las señaladas en la ley orgánica): planificación estratégica y conducción del Modelo de Atención Integral de Salud garantizando el enfoque de APS; diseño y actualización del paquete de prestaciones garantizadas y priorizadas; capacitación y formación de los equipos de salud, incluyendo la formación en Medicina Familiar y APS; organización de la red pública y complementaria y redes distritales y supervisión, monitoreo y evaluación del nivel zonal; elaboración de normas de atención, incluyendo protocolos y estándares de los servicios.

Nivel Zonal: control de la calidad de atención (evaluación, auditoría médica, financiera y de actividades en terreno); consolidación, análisis, validación y

retroalimentación de la información; asistencia técnica, capacitación y seguimiento a los equipos técnicos distritales; organización y distribución del talento humano; aseguramiento de la participación social y organizar la red social; licenciamiento y articulación de las redes pública y complementaria; garantizar la referencia, derivación y contrarreferencia; planificación, financiamiento y ejecución de proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento. El gobierno zonal (provincial) participa en el financiamiento con recursos propios, además de las transferencias que recibe del nivel central.

Nivel Distrital: conducción, ejecución y seguimiento del Modelo de Atención Integral de Salud en el distrito; articulación de la red pública y complementaria; conducción, conformación, organización, capacitación y asistencia técnica a equipos de salud; organizar, reglamentación y administración de los servicios públicos de su responsabilidad; gestión de la articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de salud, así como definición de su construcción y equipamiento. El nivel distrital maneja los recursos económicos, humanos y físicos.

En Ecuador, planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación es competencia exclusiva del gobierno autónomo descentralizado municipal (República del Ecuador, 2010). Sin embargo, cada nivel de gobierno es responsable del mantenimiento y equipamiento de los establecimientos que administra. El gobierno cantonal (municipal) puede financiar acciones o el funcionamiento de servicios específicos de salud de acuerdo a las necesidades identificadas y sus recursos propios.

En 1990, Venezuela inició un proceso de descentralización de servicios de salud mediante la Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación de Transferencia del Poder Público mediante el cual competencias en la provisión y financiamiento de los servicios de salud se transfirieron en grados variables del nivel central a 17 de los 23 gobiernos estatales mediante convenios (Bonvecchio et al., 2011). Este proceso de descentralización de servicios de salud fue largo y dificultoso y contribuyó a configurar un sistema de gran complejidad y poca coordinación, hasta que la reforma de 1998 anuló muchas de las competencias ya descentralizadas al establecer nuevas estructuras centrales de intermediación financiera y gestión de la prestación de servicios. Finalmente, en 2008 un decreto presidencial abrió las puertas para la recentralización del sistema de salud para los estados que así lo decidiesen. Hasta marzo de 2014, dos de los 17 estados descentralizados en salud habían iniciado este proceso.

La conducción del sistema de atención primaria está fuertemente centralizada en Venezuela. La gestión, tanto de la red regular como de la Misión Barrio Adentro, se realiza en una estructura escalonada que depende directamente del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Según el Artículo 178 de la Constitución (República Bolivariana de Venezuela, 2000), son de la competencia del municipio, el gobierno y

administración de la salubridad y de la atención primaria de salud. Sin embargo, la participación de este nivel en la gestión es relativamente marginal, pues la gestión y provisión de servicios de atención primaria está bajo control del gobierno nacional.

El Plan Nacional de Desarrollo identifica 6 regiones estratégicas de desarrollo integral que abarcan a varios estados con criterio territorial. Sobre esta base, la organización del sistema público de salud, aprobada en 2012 y en etapa de implementación, se apoya en la división del territorio en 600 Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) que agrupan a redes comunales.

Siguiendo el modelo de la Misión Barrio Adentro (Muntaner et al., 2006), los servicios de atención primaria se organizan a partir de regiones basadas en redes comunales. Cada red comunal de salud está ubicada en un territorio social determinado, donde se ejecutan acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con participación popular e iniciativas intersectoriales. Se ofertan servicios de salud gratuitos y se forman recursos humanos de pre y posgrado en Ciencias de la Salud. La red comunal está constituida por unidades asistenciales, docentes e investigativas, como los consultorios populares, los ambulatorios rurales y urbanos que conforman la red regular, las clínicas odontológicas, ópticas, Salas de Rehabilitación Integral, Centros Médicos de Diagnóstico Integral, núcleos académicos, comités de salud, Brigadas Integrales Comunitarias y otras unidades operativas específicas de atención (por ejemplo para personas con discapacidad).

El Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) de Venezuela

Es definida como un sistema integrado de unidades asistenciales, docentes e investigativas que brindan un servicio de salud de calidad, dotado de medios diagnósticos y terapéuticos adecuados, con profesionales capacitados, donde se puede resolver el 90% de los problemas de salud de la población y se puede capacitar al personal de salud requerido, siempre con la participación activa y protagónica de la comunidad organizada. Las ASIC son la unidad básica del sistema público de salud y de las redes de atención primaria. En ellas se articulan la red de servicios de salud con las redes sociales comunitarias y otras misiones sociales. Las ASIC aplican un modelo integral e intersectorial de atención continua de salud familiar y comunitaria, universal y gratuita.

Para la delimitación y conformación de las ASIC no existen criterios rígidos, se delimitan tantas ASIC como sean necesarias para cubrir las necesidades de atención de salud del municipio correspondiente.

Una ASIC agrupa los territorios sociales de varios Consejos Comunales, que a su vez tienen sus Comités de Salud. Hay un Comité de Salud escogido en asamblea de ciudadanos/as por cada establecimiento de atención primaria. Estos comités promueven el mejoramiento integral de la calidad de vida de la población, buscando asegurar el acceso a alimentos, educación, empleo, integración social, cultura y el desarrollo de valores basados en la solidaridad y la corresponsabilidad social.

Fuente: Venezuela, Ministerio de Salud, 2007.

FINANCIAMIENTO DE LA APS

Una de las mayores diferencias entre los tres países es la disponibilidad de recursos financieros, tanto en el gasto total en salud como en su componente público, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 – Gasto en salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela, 2011

Indicador	Bolivia ^a	Ecuador	Venezuela
Gasto nacional público en salud (% del PIB)	3,5	7,3	1,8
Gasto en salud (miles de millones de US\$ corrientes)	0,7	1,5	16,0
Gasto en salud per cápita (US\$ corrientes)	70	332	555
Gasto público en salud (% del gasto total en salud)	44,0	41,0	37,0
Gasto público en salud (miles de millones de US\$ corrientes)	0,3	0,6	6,0

Fuente: Banco Mundial, 2014. a) 2010

Fuentes de financiamiento

Los tres países tienen como su primer ingreso nacional la renta hidrocarburífera, de administración fiscal central. El sector público de la salud es financiado, en general, con recursos del gobierno nacional y con participación variable de otros niveles del Estado.

En Bolivia, las fuentes de este financiamiento son principalmente los impuestos generales y el Impuesto Directo a los Hidrocarburos. Tres de los cuatro niveles de gobierno del país (nacional, departamental y municipal) participan en el financiamiento de los servicios de salud, sobre todo con fondos asignados desde el tesoro nacional, pero también con recursos propios. El gasto público está concentrado sobre todo en el pago de sueldos y salarios con el 36% del total de sus recursos. Los municipios tienen como principal fuente las transferencias del Tesoro General del Estado para los seguros públicos de salud: Seguro Materno-Infantil, con una asignación fija del 10% de la coparticipación tributaria que perciben con base poblacional (24% del gasto público), y Seguro del Adulto Mayor, mediante una prima de 56 dólares por cada adulto mayor (11%). Existen además seguros de salud de nivel subnacional (por ejemplo: los seguros universales complementarios a los nacionales en los departamentos de Tarija y Beni y el seguro escolar de la ciudad de El Alto) que se financian mayoritariamente con fondos no específicos para salud provenientes del impuesto a los hidrocarburos. El 42% del gasto público en salud se destina a establecimientos que ofrecen exclusivamente servicios de atención primaria. La seguridad social se financia mediante una cotización del 10% del salario bruto de cada empleado (Tejerina Silva, 2014a). No existen partidas de recursos específicamente asignadas a la atención primaria. En 2011, el 65% del gasto se destinó a infraestructura, equipamiento y mantenimiento, mientras que

el 18% fue gasto en personal (Dupuy, 2011b), revirtiendo la tendencia secular de que los servicios personales concentrasen la mayor parte del presupuesto. Esto significa que, aunque el gasto público aumentó en más del 100% entre 2005 y 2011, este incremento se destinó mayoritariamente a infraestructura, equipamiento y mantenimiento, lo que cambió la distribución proporcional. Los recursos del Seguro General de Salud provienen de la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores (hasta el 10% del salario) y la contribución directa del Estado (Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2011).

En Ecuador, el financiamiento de salud proviene de impuestos generales y, sobre todo, de la renta petrolera nacional. La participación de recursos provinciales y municipales es marginal y está circunscrita a iniciativas propias de esos niveles de gobierno. El presupuesto para los servicios públicos, que nominalmente es parte del Ministerio de Salud, se reparte anualmente a las direcciones provinciales de salud (coordinaciones zonales en la nueva división administrativa) con base en paquetes presupuestarios que se negocian anualmente. El presupuesto público en salud se asigna de manera automática a las direcciones provinciales (actualmente zonas), las jefaturas de área y los municipios (actualmente distritos) conforme a presupuestos basados en los planes de salud y con criterios de equidad, índice poblacional y riesgo epidemiológico, a excepción de los recursos que se requieran para el ejercicio de la coordinación que realiza el Ministerio de Salud (Tejerina Silva, 2014c).

En Venezuela, los fondos para la atención en salud provienen sobre todo de la renta petrolera, además de otras fuentes como impuestos sobre alcohol y tabaco, la deuda pública y los dividendos de empresas públicas. El financiamiento de la seguridad social es tripartito: cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y aportes directos del gobierno central. La cotización inicial de las empresas para financiar el Seguro Social Obligatorio varía entre 11% y 13% del salario fijo mensual; sin embargo, por el déficit crónico, el gobierno subvenciona parte de sus prestaciones y compra servicios al sector privado. Paralelamente, todos los otros organismos públicos (con la única excepción del Ministerio de Salud) otorgan a sus trabajadores y dependientes la contratación de pólizas de seguros privados con sus propios presupuestos. Estos seguros privados representan por lo menos un 15% de los recursos del gasto público en salud. La Misión Barrio Adentro se financia también con recursos públicos, pero de manera independiente. Existe una cuenta especial que se nutre con recursos directos de la renta petrolera, administrados por Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA) y, complementariamente, por el Fondo de Desarrollo Nacional. El Ministerio de Salud realiza transferencias a los estados y entes adscritos con base en requerimientos presupuestarios y estimaciones de necesidades. Además, los gobiernos estatales destinan recursos propios (del llamado “Situado Constitucional”, 20% del total de los ingresos ordinarios estimados) (Tejerina Silva, 2014b).

Formas de pago al proveedor final

Ecuador y Venezuela basan sus pagos a los proveedores finales de servicios en paquetes presupuestarios que se asignan de acuerdo a la planificación ascendente de la pirámide de gestión, con bases históricas y de acuerdo a prioridades definidas, por un lado, en el nivel local y otras identificadas en las políticas nacionales. Cada establecimiento de salud y cada institución gestora reciben un presupuesto asignado desde su nivel inmediato superior con base en una planificación aprobada. Los recursos se transfieren desde el nivel nacional siguiendo la escalera descendente de los niveles de gestión.

En Bolivia, los seguros públicos nacionales se financian con recursos específicos que se transfieren a los municipios con base poblacional. El pago de los servicios cubiertos por este seguro a los establecimientos se realiza por prestaciones, mediante una escala que se actualiza regularmente. El Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) se paga a los establecimientos prestadores a través de cada municipio, que recibe del Ministerio de Salud una prima equivalente a 56 dólares (en 2013) como capitación por cada adulto mayor de 60 años residente e inscrito al seguro en el municipio. El 2 de mayo de 2014 entró en vigencia la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral que incrementa el financiamiento municipal de 10% a 15,5% de los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal y unifica los seguros materno-infantil y del adulto mayor en un seguro público único que debe pagar a los establecimientos por prestaciones (como el antiguo Seguro Universal Materno Infantil – SUMI). Sin embargo, este mecanismo está todavía en etapa de organización. Los recursos destinados a la remuneración del personal y los gastos recurrentes de funcionamiento se asignan a los Servicios Departamentales de Salud con base en presupuestos históricos y programaciones operativas aprobadas anualmente.

Los copagos

En Bolivia, todas las atenciones en los servicios públicos de salud, con excepción de los grupos poblacionales cubiertos por los seguros públicos focalizados, se ofrecen a cambio de un copago del bolsillo del usuario. El aporte de los recursos públicos para estas atenciones se limita al pago de los salarios del personal y el mantenimiento de la infraestructura y los equipos. Cada establecimiento de salud fija un régimen tarifario para sus prestaciones con base en directrices departamentales. Los costos para el paciente van desde menos de un dólar estadounidense para la consulta externa en un puesto de salud hasta varias centenas por procedimientos o exámenes de alta complejidad. Esta venta de servicios representa alrededor del 5% del total de los ingresos de los establecimientos públicos. Los medicamentos e insumos no reciben subvención pública alguna y se venden a un precio que intenta recuperar costos y prever inversiones futuras. Puesto que no todos los medicamentos requeridos están

disponibles en el sistema público, una parte importante de los gastos de bolsillo se destina a la compra de medicamentos en comercios privados.

Desde fines de la década de 2000 Ecuador y Venezuela eliminaron esos copagos y Bolivia falló en dos intentos de implantar una política similar (Tejerina Silva et al., 2009). En Ecuador y Venezuela, todos los servicios, medicamentos e insumos son gratuitos (desde 2008 en Ecuador y desde 1998 en Venezuela) para el paciente en los establecimientos públicos y de la seguridad social. Cuando un servicio necesario no puede ser ofrecido oportunamente por el sistema público, se compra el servicio a una entidad privada según un tarifario estandarizado, existiendo un flujo regular de fondos públicos a prestadores privados. En Venezuela, si el sistema nacional no puede resolver un problema específico, el convenio con Cuba permite derivar al paciente a ese país con todos los gastos cubiertos por el Estado.

ORGANIZACIÓN DE LA APS

En los tres países existe una estructura escalonada de servicios de salud desde el nivel nacional. Bolivia es un país descentralizado, donde los nueve departamentos son autónomos. El Ministerio de Salud gestiona directamente programas nacionales, como el de Desnutrición Cero y Mi Salud. Cada departamento tiene un Servicio de Salud que organiza los servicios en redes a cargo de un equipo de coordinación, que incluyen a uno o más municipios. Dentro de cada red, la estructura es heterogénea, pero en general se pretende que al menos un hospital de segundo nivel sirva de referencia a los establecimientos de atención primaria (centros ambulatorios e integrales en las ciudades y puestos, centros ambulatorios y centros con internación en el área rural). Los miembros de un mismo equipo pueden tener dependencia técnica y administrativa de los tres niveles, pues los municipios, aunque no estructuran redes formales, también contratan personal y gestionan sus propios establecimientos.

Un segundo tipo de organización está representado por la Red Municipal de Salud. Esta figura incluye todos los establecimientos (públicos, de la seguridad social y privados) y todas las otras personas e instituciones con algún tipo de responsabilidad en salud, incluyendo la acción sobre sus determinantes sociales, independientemente de su relación con el sistema público, asumiendo la intersectorialidad como eje de acción. Está a la cabeza del Directorio Local de Salud, como máxima autoridad, y del Consejo Municipal de Salud. Los procesos de coordinación entre las diversas organizaciones son difíciles y no siempre exitosos, persistiendo la fragmentación, por lo que, en la práctica, la Red Municipal de Salud no es operativa en la provisión de servicios de APS.

En Ecuador, el sistema se organiza en zonas que agrupan a varios departamentos y se dividen en Distritos del Buen Vivir (unidad de gestión de todos los servicios

sociales), que son la base de la organización en microrredes que cubren un Distrito y sus Circuitos correspondientes (Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013). En estas microrredes los servicios que se articulan e integran son: Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), Centro de Salud de Servicio Itinerante (antes puesto de salud), si existen poblaciones dispersas de hasta 3.500 habitantes, y un número variable de centros de salud de diferente complejidad (A, B o C) según la población. En algunos lugares, por las condiciones de acceso efectivo, por la capacidad resolutive y/o las prestaciones de alta complejidad, se conforma una macrorred, que se denomina así porque el ámbito funcional de relaciones entre establecimientos de salud supera a los límites territoriales de una Red Zonal (en estos momentos en las Zonas 9, 8 y 6). En principio las redes incluyen los establecimientos de la seguridad social, aunque en la práctica su administración mantiene una estructura propia. En Ecuador, la fragmentación sigue a los segmentos del sistema: el subsistema público y el de la seguridad social.

Puesto que la estructura de este tipo de red en Ecuador es muy poco formalizada, es difícil cuantificar su grado de funcionamiento. Asumiendo la existencia de estructuras sociales comunitarias que funcionan como indicador, las autoridades concernidas consideran que existen redes municipales operando de forma estructurada en aproximadamente la mitad de los municipios rurales y solo de manera muy incipiente en algunas ciudades pequeñas, quedando pendiente su implementación en el resto del país.

En ambos países, Ecuador y Bolivia, el ámbito de cobertura territorial de cada establecimiento y, por tanto, de cada red está delimitado, es excluyente y abarca todo el territorio poblado del país (con la excepción, relativamente marginal, de las brigadas de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Mi Salud en Bolivia, cuyos ámbitos de acción se pueden superponer al de los establecimientos regulares).

En Venezuela, la situación es más compleja pues se superponen dos tipos de redes de servicios paralelos. Las redes de la estructura regular responden a un esquema similar al de los otros países: establecimientos de complejidad escalonada agrupados en distritos. La otra red de servicios es la de la Misión Barrio Adentro. Esta iniciativa se creó el 22 de mayo de 2003 como un proyecto social de desarrollo comunitario para responder a necesidades muy concretas de los barrios pobres de la periferia de Caracas, dotándoles de acceso a los servicios sanitarios, vivienda, medio ambiente, nutrición, recreación, educación y empleo (Briggs y Mantini-Briggs, 2007) y promoviendo la organización social y comunitaria, con la participación de 200 médicos cubanos y 30 médicos venezolanos, con una inversión inicial de alrededor de mil millones de bolívares (aproximadamente 625 millones de dólares). Puesto que los otros sectores no iniciaron su actividad al mismo tiempo, el plan se convirtió en un programa de asistencia sanitaria.

Dentro de la Misión Barrio Adentro, el primer nivel de atención está formado por los Consultorios Médicos Populares de la red Barrio Adentro I, establecimientos también llamados módulos de salud (u octogonales por la forma de su construcción). Estos establecimientos se consideran servicios de baja complejidad, pero con alta capacidad de resolución (idealmente el 85% de los casos) gracias a la capacidad de los profesionales, la provisión permanente de medicamentos para el nivel y su conexión con las redes de mayor complejidad.

En la red de Barrio Adentro II, los Centros de Diagnóstico Integral ofrecen atención en especialidades básicas como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía ambulatoria, medicina interna, laboratorio básico, rayos X y emergencias, así como la atención de partos normales durante las 24 horas del día (incluso salas de terapia intensiva en dos establecimientos visitados). Las Salas de Rehabilitación Integral son establecimientos especializados que ofrecen servicios de fisioterapia, kinesiología, fonoaudiología, podología, psicología y psicopedagogía (algunos también ofrecen terapias alternativas, como acupuntura y homeopatía). Están a cargo de médicos especialistas en terapia física y rehabilitación. Esta red, aunque en principio debe funcionar como un nivel de referencia, es considerada como parte de la atención primaria y, con frecuencia, sirve como el primer punto de contacto con el paciente. Las ópticas comunitarias, en coordinación con los establecimientos de la Misión Operación Milagro (red de establecimientos especializados en cirugía oftalmológica) ofrecen servicios de optometría y provisión de lentes. En principio, los establecimientos de la red regular y de Barrio Adentro pueden referir casos entre sí, de acuerdo a la necesidad, pero, aunque existen esfuerzos en tal sentido, en la realidad esta práctica es aún relativamente marginal.

Históricamente, esta iniciativa planificó los consultorios populares en comunidades excluidas de la oferta real de atención preexistente. Sin embargo, en la actualidad este subsistema sobrepone sus dos niveles básicos de red —primaria, con consultorios populares, centros de diagnóstico integral y salas de rehabilitación, y secundaria, con las Clínicas Populares y Centros Médicos de Alta Tecnología— a la estructura regular. El acceso a servicios ha mejorado ostensiblemente, pero las exigencias de coordinación probablemente también se han incrementado y presentan problemas frecuentes. Incluso dentro de la estructura de Barrio Adentro, la gestión está fragmentada entre los profesionales de nacionalidad cubana y los venezolanos, que en el ámbito local responden técnica y administrativamente a estructuras distintas.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APS

Tipos de unidades de APS

En los tres países, el subsector público, representado por los ministerios de salud, es ampliamente el mayor proveedor de servicios de atención primaria, como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2 – Establecimientos de atención primaria según subsector en Bolivia, Ecuador y Venezuela, 2012

Subsector	Bolivia ¹	Ecuador ²	Venezuela ³
Ministerio de Salud	2.846	1.970	18.360 (incluyendo Barrio Adentro)
Seguridad social	145	1.120	
Privados sin fines de lucro ^a	123	139	-
Privados con fines de lucro	74	51	1.279
Total	3.188	3.280	19.639

Fuentes: 1) Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2014; 2) Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012; 3) Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013.

a) Los establecimientos privados de primer nivel, sin o con fines de lucro, que reportan al sistema de información son diferentes en cada país. En Ecuador algunas ONG que reciben subvención del Estado; en Ecuador y Venezuela se compran servicios a privados lucrativos cuando es necesario y en Bolivia se financian exclusivamente con pago de bolsillo.

Los servicios de salud en los tres países comparten características comunes: la más importante es que están organizados en niveles de atención. La diversidad de las características de cada tipo de establecimiento de atención primaria se muestra en la Tabla 3.

El primer nivel es el punto de primer contacto y está representado, en general, por establecimientos de baja complejidad que ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad y curación de patologías que no requieren de especialidades médicas ni tecnologías complejas. Estos establecimientos pueden estar a cargo de un/a médico/a generalista (con o sin especialización en APS) o de un/a técnico/a en salud con diversos grados de formación. El equipo de un establecimiento típico de primer nivel está conformado por un/a médico/a generalista y un enfermero/a acompañados/as por una estructura variable de personal administrativo y de apoyo. En Ecuador, el equipo de atención integral de salud cuenta además, necesariamente, con un/a técnico/a en atención primaria de salud (TAPS) con formación específica.

Sobre esta base, existen diferentes subniveles de complejidad entre los establecimientos de primer nivel.

En Bolivia, más de la mitad (1.624 de 3.229) de los establecimientos de primer nivel son puestos de salud con un/a enfermero/a auxiliar, con formación de entre uno y tres años, como único recurso humano. El resto de los establecimientos son

centros de salud ambulatorios, centros de salud con internación (rurales), centros de salud integrales y policlínicos o policonsultorios (de la seguridad social). Estos establecimientos cuentan también con servicio de odontología (Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2014).

En Ecuador, el Equipo Básico de Salud (EBAS) está conformado por un/a médico/a familiar y comunitario o médico/a general capacitado/a; un/a enfermero/a, un/a odontólogo/a, un/a auxiliar enfermería, un/a obstetra, y un/a promotor/a comunitario/a. Los establecimientos no medicalizados (menos del 2%) están a cargo de un/a técnico/a en atención primaria de salud (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2012).

En Venezuela, prácticamente la totalidad de los establecimientos cuentan con por lo menos un/a médico/a general. En su red regular, el Ambulatorio Rural Tipo I está a cargo de un/a médico/a rural en servicio obligatorio (recién egresado de su formación de pregrado), un/a enfermero/a y un agente comunitario o, en menor porcentaje, es atendido por personal auxiliar (agente comunitario de atención primaria – ACAP), bajo supervisión médica y de enfermería.

La estructura de servicios de Barrio Adentro no reconoce conceptualmente una organización por niveles sino en redes complementarias (Guedez, 2009). La Red Primaria, que puede asumirse, pero de manera escalonada, como punto de primer contacto de la población con el sistema, está constituida por Consultorios Populares, Centros Médicos de Diagnóstico Integrales y Salas de Rehabilitación Integrales.

Todos los establecimientos realizan actividades de información, comunicación y educación para la salud. Una característica particular en Bolivia es que todos los equipos de primer nivel tienen el mandato de atender partos eutócicos dentro del establecimiento y en domicilio, además de articularse con los practicantes de la medicina tradicional de su comunidad. Históricamente, la atención materno-infantil fue priorizada durante las décadas de 1990 y 2000 en toda la región, pero en Bolivia tanto la infraestructura y el equipamiento como, en buena parte, la cultura institucional de todos los establecimientos públicos se concentró casi exclusivamente en la atención de partos y neonatos (Tejerina Silva et al., 2012). Este legado de la atención primaria selectiva es aún reforzado en Bolivia por la persistencia del seguro público materno-infantil focalizado.

En Bolivia existen además Unidades de Nutrición Integral del Programa Desnutrición Cero, en principio una por cada red de servicios, emplazadas generalmente en centros de salud integrales o con internación, con quienes coordinan actividades, aunque mantienen gestión independiente.

El Cuadro 2 sintetiza las características de los establecimientos de APS según la población cubierta, el equipo de salud y los servicios ofertados en los tres países.

Cuadro 2 – Establecimientos de APS según la población cubierta, el equipo de salud y los servicios ofertados en Bolivia, Ecuador y Venezuela

Bolivia	Ecuador	Venezuela – Barrio Adentro	Venezuela – regular
Puesto de salud 500 a 1.000 habitantes; auxiliar o técnico/a en enfermería; énfasis en servicios preventivos, promocionales, parto eutócico inminente.	Puesto de salud Menos de 2.000 habitantes; promoción de la salud y prevención de las enfermedades y primeros auxilios; auxiliar o técnico/a superior en enfermería.	Consultorio popular 1.250 habitantes o 250 familias; médico/a general integral, enfermero/a y personal comunitario.	Ambulatorio rural tipo I Menos de 1.000 habitantes; médico/a rural recién egresado/a, enfermero/a, agente comunitario de atención primaria.
Brigada Safci Poblaciones tradicionalmente excluidas; énfasis en promoción de la salud; servicios y medicamentos gratuitos; médico/a general o especialista Safci, equipo variable de enfermería.	Equipo de atención integral itinerante Lugares de difícil acceso; medicina familiar y/o general, odontología general, enfermería.	Centro de diagnóstico integral^a Imagenología y laboratorio; hospi- talización, terapia intensiva y cirugía ambulatoria.	Ambulatorio rural tipo II Menos de 10.000 habitantes; médicos/as generales, enfermero/a y personal comunitario.
Centro de salud ambulatorio De 10.000 a 20.000 habitantes; medicina general, odontología, enfermería, articulados con la medicina tradicional.	Centro de salud A 2.000 a 10.000 habitantes; medicina familiar y/o general, odontología, enfermería.	Sala de rehabilitación integral Atención a discapacidad transitoria o permanente en terapia ocupacional, fono-audiología, psicología clínica, ortopedia, podología, terapia del dolor, ortoprótesis y terapias alternativas.	Ambulatorio urbano tipo I Mayor de 1.000 habitantes; médicos/a generales o familiares.
Centro de salud integral En área rural, de 10.000 a 30.000; en área ur- bana, de 20.000 a 50.000 habitantes; consulta médica, odontológica y atención del parto normal, internación no quirúrgica, ima- genología.	Centro de salud B 10.000 a 50.000 habitantes; medicina familiar y/o general, odontología, psicología, obstetricia, enfermería, nu- trición, trabajo social, laboratorio clínico, imagenología básica, audiometría, farma- cia institucional.		Ambulatorio urbano tipo II Mayor a 10.000 habitantes; médicos/a generales o familiares; Obste- tricia y Pediatría, laboratorio, Radiología y emergencia.
Centro de salud con internación Área rural; 1.000 a 10.000 habitantes; mismos servicios del Centro de Salud Integral.	Centro de salud C 25.000 a 50.000 habitantes; todos los servicios del Centro de Salud B más maternidad de corta estancia.		
Policlínico o policonsultorio (seguridad social) Consulta de medicina general, diversas especiali- dades médicas y odontológicas, imagenología.	Consultorio general (seguridad social) Medicina familiar o general, obstetricia, odontología general y psicología.		
Unidades de nutrición integral Una por cada red de servicios; nutricionistas, enfermeros/as y personal comu- nitario.			

^a Es parte de la APS aunque ofrece servicios de segundo nivel

En principio, cada establecimiento de primer nivel tiene una población asignada con base en los habitantes de la zona geográfica de responsabilidad. Dada la libre elección de prestadores de servicios por parte de la población, dentro sus limitaciones geográficas, esto no tiene mayor relevancia para la actividad realizada dentro de los establecimientos (atención curativa, vacunas, control prenatal y atención de partos), pero sí para las actividades en la comunidad (visita domiciliaria, campañas de vacunación, carpetas como fichas familiares, etc.). La Tabla 3 muestra el número de establecimiento de APS en cada país por 10 mil habitantes.

Tabla 3 – Razón de establecimientos de APS (tipos seleccionados) por 10.000 habitantes en Bolivia, Ecuador y Venezuela, 2012

Bolivia		Ecuador		Venezuela	
Centro de salud	1,54	Subcentro de salud	0,90	Consultorio médico popular	2,22
Puesto de salud	1,47	Dispensario médico	0,81	Ambulatorio rural tipo I	1,13
		Puesto de salud	0,21	Ambulatorio rural tipo II	0,32
		Centro de salud	0,14	Ambulatorio urbano tipo I	0,23
				Centros de diagnóstico integral	0,20
				Sala de rehabilitación integral	0,20
Todos establecimientos APS	3,08	Todos establecimientos APS	2,10	Todos establecimientos APS	5,05

Fuentes: Elaboración propia con datos de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2009a; Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2009b; Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014a; Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014b; Bolivia, Sistema Nacional de Información en Salud, 2014. Para Venezuela se usó también un archivo electrónico proporcionado por el responsable del sistema durante la visita.

La Tabla 4 permite contrastar la disponibilidad y la utilización actuales de equipos de atención primaria con la oferta pretendida por las normas y políticas de cada país presentadas en el Cuadro 2.

Tabla 4 – Primeras consultas de atención primaria por año y habitantes por establecimiento en Bolivia, Ecuador y Venezuela, 2012

Indicador	Bolivia	Ecuador	Venezuela
Primeras consultas por habitante por año	1,3	1,5 ^a	3,8 ^b
Habitantes por establecimiento	3.414	4.723	1.525

Fuentes: Elaboración propia con datos de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2009a; Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2009b; Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014a; Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014b; Bolivia, Sistema Nacional de Información en Salud, 2014. Para Venezuela, se usó también un archivo electrónico proporcionado por el responsable del sistema durante la visita.

a) Incluye sólo establecimientos públicos. Si se incluyen los establecimientos privados de la red complementaria la razón es de 1,8 consultas por habitante/año

b) 2,9 de las consultas corresponden a la red Barrio Adentro

En Venezuela y Ecuador, cada equipo de salud asume la responsabilidad por todas las familias de la jurisdicción de su establecimiento mediante un mecanismo

de adscripción o dispensarización. En Bolivia, este proceso es aún incipiente y se realiza mediante el llenado de carpetas familiares en la comunidad, que aún no ha sido completado.

La atención curativa en domicilio es parte de las funciones regulares de los equipos de atención primaria en Ecuador y Venezuela, pero no en Bolivia, donde en general solamente las brigadas Safci (y el programa Mi Salud) realizan esta función. El/la auxiliar de enfermería de los establecimientos rurales dedica la mitad de su tiempo a la visita a comunidades mayormente para vacunación, control de crecimiento de menores y en el llenado de la Carpeta Familiar y la atención domiciliaria a pacientes es una actividad secundaria y eventual. Cuando los equipos, sobre todo en el área rural, realizan visitas domiciliarias con fines de promoción de la salud o en campañas de vacunación suelen encontrar casos de patología que, dependiendo de la voluntad y recursos del equipo, pueden tratar en primera instancia con prescripciones sencillas o usualmente asesoramiento. Sin embargo, en Bolivia la interacción con autoridades comunitarias para tratar problemas en determinantes de la salud parece ser algo mayor que en los otros dos países.

Principales servicios garantizados en APS

Las políticas sanitarias de los tres países orientan explícitamente los servicios de atención primaria hacia la integralidad, entendida como la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población por el equipo de los establecimientos de primer contacto con acciones promocionales, preventivas y de tratamiento y rehabilitación ofrecidas en el mismo establecimiento y por el mismo equipo. En principio, todos los establecimientos de atención primaria de los tres países están concebidos para garantizar paquetes integrales de servicios.

Sin embargo, el grado y el modo de cumplimiento de este mandato dependen de las capacidades humanas, físicas y tecnológicas disponibles en cada caso. En Bolivia, los puestos de salud (casi la mitad de los establecimientos públicos de APS) están a cargo solamente de un/a auxiliar de enfermería, cuyo grado de preparación (uno a 3 años de formación en escuelas técnicas) limita grandemente sus posibilidades de diagnosticar y tratar patologías de mediana complejidad. En Venezuela y Ecuador, la atención por auxiliares es marginal y se limita a las poblaciones más remotas.

La capacidad resolutive es mayor en equipos liderados por un/a médico/a especialista en atención primaria (médico/a general integral en Venezuela, médico/a familiar y comunitario en Ecuador o médico/a especialista en Safci en Bolivia) que en aquellos a cargo de un/a profesional sin esta especialización. Entonces, la integralidad de cada sistema depende también del grado de expansión de estos profesionales. La totalidad de los servicios venezolanos de Barrio Adentro cuentan con un/a especialista en medicina general e integral y la formación de nuevos recursos humanos (para cubrir la red regular y sustituir a los profesionales cubanos) es

acelerada. En Ecuador, la cobertura es menor, pero también hay planes y programas para especializar rápidamente los equipos de primer nivel, mientras que en Bolivia la política no contempla explícitamente este aspecto (la prioridad es aún la de dotar de generalistas a los muchos puestos no medicalizados) y reserva los pocos especialistas en Safci para la acción comunitaria y programas específicos.

Por otra parte, los servicios en Venezuela y Ecuador (más en la red Barrio Adentro del primer país) están fuertemente orientados a las actividades de tratamiento y de seguimiento de la salud; por el contrario, en Bolivia se han priorizado los servicios promocionales de base comunitaria.

En Bolivia y Ecuador, el mismo equipo polivalente del primer nivel de atención (con las limitaciones propias de los centros sin médico/a) está concebido para atender la totalidad de los problemas de baja y mediana complejidad (excepto la desnutrición en Bolivia, que tiene servicios especializados) y referir a hospitales, también generales, la demanda que requiera de mayores recursos. La red regular de Venezuela aún funciona bajo una lógica parecida, pero el modelo de Barrio Adentro organiza sus servicios en redes complementarias donde servicios ambulatorios especializados se ofrecen en establecimientos también especializados en la atención ambulatoria de casos particulares: las salas de rehabilitación integral para problemas de la locomoción, el aprendizaje, etc., y los Centros de Diagnóstico Integral para exámenes y procedimientos de laboratorio, imagenología, endoscopia y algunas especialidades médicas.

En Bolivia, en los puestos de salud a cargo de un/a auxiliar de enfermería, éste/a divide su actividad dentro del establecimiento entre la atención de consulta externa, donde su oferta de tratamiento se limita a medicamentos básicos (considerados como de venta libre) y curaciones menores; actividades preventivas, como el control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo de niños menores de cinco años, y la vacunación. Figuras similares existen en Ecuador y Venezuela, pero de forma cuantitativamente marginal. Las Unidades de Nutrición Integral del Programa Desnutrición Cero, en principio una por cada red de servicios, suelen estar emplazadas físicamente en estos establecimientos con quienes coordinarán actividades, aunque mantienen gestión independiente. Históricamente, muchos establecimientos de salud fueron mejorados durante las décadas de 1990 y 2000 para convertirse en centros de atención materno-infantil (nombre que aún conservan en la mayoría de los casos) por lo que su infraestructura, equipamiento y en buena parte cultura institucional se concentran en la atención de partos y neonatos (Tejerina Silva et al., 2011).

Aunque con definiciones formales variadas, la cartera de servicios de atención primaria en los tres países incluye en todos los casos promoción, prevención, atención de patología prevalente, atención de enfermería y atención de emergencias. Después, de acuerdo al nivel de complejidad, generalmente se incluye atención en medicina general, atención odontológica, atención radiología e imagenología

(radiología y ecografía) y laboratorio (hematología, química sanguínea, diagnóstico por microscopía directa y, en algunos casos, pruebas rápidas para el VIH).

En Bolivia, todos los niveles deben prestar atención de parto eutócico con adecuación cultural y del recién nacido. Los establecimientos de atención primaria de mayor complejidad –centros integrales en Bolivia, centros tipo C y ambulatorios tipo II y centros de diagnóstico integral en Venezuela– prestan servicios de maternidad y de internación de corta duración. Ecuador y Venezuela ofrecen atención de partos en el área urbana en establecimientos especializados.

Ecuador organiza sus servicios en paquetes de atención integral según los ciclos de vida: atención integral de la mujer, al niño/a, al adolescente, al adulto, al adulto mayor, al ambiente humano y la promoción y el control epidemiológico.

El programa “Mi Salud” y la cooperación cubana en Bolivia

La cooperación cubana en salud desplazó un contingente (1.848 en 2008) de profesionales en salud, incluyendo especialistas en medicina general integral y epidemiólogos, a zonas elegidas de toda Bolivia para ofrecer atención médica gratuita con niveles variables de coordinación con las estructuras del sistema sanitario regular. Paralelamente se instauró el programa Operación Milagro, que estableció 18 centros especializados de oftalmología. Medio centenar de hospitales fueron fortalecidos con equipamiento y personal cooperante. Alrededor de 5.000 jóvenes bolivianos fueron becados para estudiar medicina en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de Cuba.

El programa “Mi Salud” se inició en 2013, mayoritariamente con los profesionales que retornaban de Cuba (150 médicos), en 13 municipios priorizados.

El programa tiene el doble objetivo de dotar de acceso a poblaciones marginadas y de implementar en su integridad el modelo de atención familiar y comunitaria como experiencia piloto. Consta de dos componentes esenciales:

Las brigadas móviles Safci, que con un equipo de médicos/as (la mayoría recientemente egresados de la ELAM, pero también 11 especialistas Safci) y enfermeros/as, visitan los barrios más pobres para brindar atención médica gratuita en los domicilios y relevar datos sobre las determinantes sociales locales de la salud en el instrumento llamado carpeta familiar. Pueden tener un centro de operaciones en el establecimiento más cercano o en ambientes prestados por la comunidad o el municipio.

El fortalecimiento de establecimientos de primer nivel de atención con mejoramiento de la infraestructura, dotación de equipamiento y técnicos radiólogos y laboratoristas.

A diferencia de las atenciones del sistema regular, en el programa se dispensan medicamentos y se realizan exámenes complementarios sin costo para los pacientes, incluidos aquellos no cubiertos por los seguros públicos.

El programa podría estar contribuyendo a profundizar la fragmentación del sistema de servicios pues su personal tiene dependencia técnica y administrativa diferente, los equipos de gestión de las redes y los establecimientos no conocen oficialmente ni controlan su actividad y sus sistemas de abastecimiento e información son también paralelos.

En Bolivia, el Programa Mi Salud representa una posibilidad de iniciativa de estrategia de cooperación con Cuba asumida por el gobierno para implementar

una política de salud deseada (gratuidad de servicios en un modelo basado en la atención familiar y comunitaria), en un contexto en que la transformación de las estructuras establecidas no responde a la política deseada, no siendo considerada una opción realista. La Misión Barrio Adentro de Venezuela fue, en sus inicios, un ejemplo parecido.

Los servicios de atención de salud materna e infantil y en planificación familiar fueron fuertemente priorizados y fortalecidos en los tres países por las reformas de la década del 1990 (con intensidad decreciente, en Bolivia, Ecuador y Venezuela). Las nuevas políticas que hacen énfasis en la atención integral, la promoción de la salud y la prevención primaria de enfermedades pretenden integrar estos componentes en sus servicios sin perder las capacidades ya desarrolladas en atención materna e infantil. En Venezuela y, en menor medida, en Ecuador, los documentos y las declaraciones oficiales asumen esta integración como un hecho.

En Bolivia, dada la persistencia del seguro público materno-infantil focalizado, la atención a este grupo poblacional sigue siendo el eje prioritario de los servicios. En este país, la atención perinatal y, sobre todo, del parto se considera una tarea esencial de todos los equipos de atención primaria, incluyendo los de menor complejidad. En Ecuador y Venezuela, sin excluirse de las funciones del primer nivel de atención, la atención de partos se prioriza en establecimientos de mediana complejidad e inclusive en hospitales especializados (maternidades).

El control y tratamiento de enfermedades transmisibles endémicas locales es una prioridad de los servicios en los tres países. Existen programas de epidemiología especializados en todos los casos, con marcado enfoque vertical en Bolivia y Venezuela y algo menos en Ecuador.

El acceso a medicamentos esenciales está, al menos parcialmente, asegurado por los sistemas públicos de provisión de servicios en los tres países. En Venezuela, tanto la provisión pública tradicional como la de Barrio Adentro tienen listas de medicamentos que se deben proveer de forma gratuita a todos los pacientes que lo requieran. En el sistema regular, sobre todo en hospitales y menos en la red primaria, pueden existir eventualmente rupturas de stock debido, según la declaración de las autoridades, a desabastecimientos de los proveedores a nivel nacional, probablemente por motivos similares a los de otros productos de consumo masivo (especulación y ocultamiento). En general, no se reporta este caso en Barrio Adentro. Las instituciones de la seguridad social venezolanas también proveen las drogas esenciales, con el aditamento de que cuando un fármaco no está disponible en el establecimiento, su costo de adquisición en una farmacia comercial puede ser reembolsado al paciente.

De manera similar, los establecimientos de atención primaria de Ecuador disponen y proveen los medicamentos definidos para el primer nivel a todos los pacientes de forma gratuita. El desabastecimiento no es frecuente.

En Bolivia, los medicamentos están asegurados en el sistema público solamente para los pacientes beneficiarios de algún seguro público (casi todo para menores de cinco años y embarazadas y una lista limitada para mayores de 60 años, variable de acuerdo al lugar de residencia). Para el resto de los pacientes existen farmacias institucionales que venden los medicamentos a precios algo inferiores que en el circuito comercial.

COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

En los tres países, cada establecimiento de salud depende de una instancia de gestión bien determinada y tiene un territorio y una población de responsabilidad definidos. En todos los casos, el establecimiento de primer nivel más cercano al domicilio es el punto preferente de entrada al sistema, sin embargo en la práctica los pacientes tienen libertad de elección del prestador de salud que les atenderá como primer contacto y ningún establecimiento público (incluyendo los hospitales) puede negar la atención a quien procura una consulta (con la posible excepción de quien no puede pagar el costo de la ficha en Bolivia) o una sala de emergencias.

Bolivia y Venezuela mantienen, en general, la atención de consulta externa por orden de llegada. En Ecuador se ha implantado un sistema de agendamiento de citas por vía telefónica. Excepto por los hospitales bolivianos que ofertan consulta externa de especialidad que, en la práctica, puede considerarse de primer nivel, no existen filas de espera demasiado largas para la atención primaria. El 2 de mayo de 2014 entró en vigencia la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral en Bolivia (Estado Plurinacional de Bolivia, 2013). Esta ley establece el pago de bolsillo para las atenciones no consideradas emergencias o urgencias recibidas en hospitales públicos de segundo y tercer nivel sin referencia de un establecimiento o de atención primaria. La aplicación de esta norma todavía está en etapa de organización.

Las políticas vigentes preconizan un enfoque integral de la atención primaria, pero los tres países mantienen programas para la atención de problemas de salud o de grupos vulnerables que consideran prioritarios. En Bolivia, la estrategia llamada del continuo de la atención (durante el ciclo de la vida) está aún impregnada por la priorización de la salud materna e infantil. La desnutrición tiene un fuerte programa sectorial e intersectorial; brigadas multidisciplinarias han iniciado la detección activa de personas con discapacidad; el programa de salud renal intenta prevenir y tratar casos de insuficiencia y las enfermedades transmitidas por vectores y el VIH son aún tributarias de programas de corte vertical. En Ecuador existen programas focalizados pero en proceso de integración a los servicios de atención primaria, como el de Salud Preventiva del Adulto para las enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas, la Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención

del Embarazo en Adolescentes, el Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género.

En los tres países existen normas bien estructuradas de referencia y contrarreferencia, que incluyen la puerta preferencial de acceso, las prestaciones (excluyentes entre sí) escalonadas para cada nivel y los procedimientos para el tránsito de pacientes entre establecimientos. Sin embargo, los sistemas y sus redes están aún en proceso de implementación, con diferentes grados de desarrollo y funcionan, en todos los casos, todavía con altos grados de informalidad y con dificultades en el tránsito entre los servicios de atención primaria y los hospitales, sobre todo en lo que respecta a la contrarreferencia.

El acceso de los pacientes referidos a niveles de alta complejidad no es considerado un problema mayor en Ecuador. En Venezuela, el desafío mayor parece ser la falta de coherencia entre el modelo de atención y la cultura médica de los hospitales de la red regular y el nuevo modelo impulsado por Barrio Adentro. El acceso al nivel hospitalario es una preocupación en Bolivia, sobre todo porque los costos de procedimientos de alta complejidad son prohibitivos para la mayoría de la población no cubierta por los seguros públicos.

La coordinación entre los diferentes elementos del sistema de atención primaria está a cargo de equipos de gestión local en cada país. La Coordinación de Red en Bolivia, la Dirección Distrital en Ecuador y el Área de Salud Integral Comunitaria deben asegurar que los establecimientos, las brigadas y otros componentes del sistema aseguren el acceso, la continuidad y calidad de los servicios. En Ecuador y Venezuela, estos equipos de gestión tienen tareas, casi exclusivas, de coordinación, supervisión y monitoreo técnico de los servicios (incluyendo la promoción de la salud y la participación comunitaria). En Bolivia, además de estas funciones, los equipos gerenciales de cada red están encargados de la administración financiera de los recursos económicos generados por cada establecimiento por la venta de servicios y, sobre todo, de la gestión ante los gobiernos municipales de los desembolsos y la utilización de los pagos por atenciones cubiertas por los seguros públicos. Estas tareas consumen una parte importante de su tiempo y esfuerzo.

FUERZA DE TRABAJO EN APS

Características de los equipos de APS

En los sistemas públicos de Ecuador y Venezuela, el líder de los equipos de atención primaria debe ser, según normativa, un/a médico/a especialista en esta función específica de APS: médico/a familiar y comunitario/a, en el primer caso, y un/a médico/a general integral, en el segundo. Enfermeras/os y personal de apoyo completan el equipo básico al que pueden añadirse profesionales

como terapeutas físicos, psicólogos/as, nutricionistas, etc. además de algunos/as médicos/as de especialidades como ginecología y pediatría, según particularidades del establecimiento. En Ecuador y Venezuela, este equipo contempla además, obligatoriamente, personal técnico especializado en acciones comunitarias: el/la tecnólogo/a en atención primaria de salud (TAPS), en el primer país, y el/la agente comunitario/a de atención primaria de salud (ACAP), en el segundo. En Bolivia no existe la figura de personal especializado en acciones comunitarias. Desde la década de 1980, se formaron (en el sector público y ONG) numerosos Responsables Populares de Salud, voluntarios comunitarios que colaboran con el equipo de cada establecimiento. Este personal coordina con la mayoría de los servicios rurales, pero no tiene relación formal con el sistema sanitario ni responsabilidades legales.

En el sistema de seguro social de Bolivia, el/la médico/a especialista en Medicina Familiar es el prestador primario de servicios, pero está inserto en policonsultorios urbanos donde no existe un verdadero equipo de atención primaria. En este país, la normativa establece que los establecimientos públicos de primer nivel están a cargo de un/a médico/a general. Aunque existe una especialidad médica pensada para la atención primaria (el/la médico/a especialista en Salud Familiar Comunitaria Intercultural), éste no está concebido como líder del equipo de un establecimiento de primer acceso, si no que su ámbito de acción es la comunidad, donde dirige brigadas móviles encargadas sobre todo de atención promocional y preventiva.

La realidad de los tres países muestra también diferencias con respecto a lo contemplado en sus normas. Técnicos/as en salud, no médicos/as, atienden en algunos de los establecimientos más remotos (mucho más en Bolivia) y médicos/as generales recién egresados están a cargo de otros establecimientos rurales. Ecuador y Venezuela han implementado programas para subsanar estos déficits. Las diferencias en la disponibilidad de recursos humanos para la atención primaria entre los tres países son muy evidentes (Tabla 5).

Tabla 5 – Disponibilidad de recursos humanos en el sector salud en Bolivia, Ecuador^a y Venezuela, 2012

Indicador	Bolivia ¹	Ecuador ²	Venezuela ³
Razón de médicos/as por mil habitantes	0,5	1,7	3,8 ^b
Razón de enfermeras/os profesionales por mil habitantes	0,2	0,8	n.d.
Razón de odontólogos/as por mil habitantes	0,1	n.d.	n.d.

Fuentes: 1) Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2014; 2) Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012; 3) Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013.

a) 2011

b) Incluye los profesionales cubanos de la Misión Barrio Adentro

Bolivia sufre un severo déficit de profesionales, mientras que Ecuador ha alcanzado valores medianos y Venezuela supera ampliamente a los demás. Aunque no se dispone de datos para los tres países, las autoridades de Ecuador y Venezuela consideran el crónico déficit de enfermeras/os profesionales como uno de los problemas de sus sistemas. La disponibilidad de odontólogos/as no parece ser un tema de preocupación en los tres países, probablemente por la aún baja incorporación de la salud bucal en los sistemas públicos.

El personal para la atención primaria es parcialmente contratado bajo regímenes de funcionario público en los tres países, es decir, con contratos de duración indefinida, con salarios fijos y con todas las prestaciones sociales de ley. Sin embargo, figuras de contratación eventual son todavía comunes en Bolivia y Ecuador. Ecuador realizó una contratación masiva de personal nuevo desde 2008, en el marco de su declaración de emergencia sanitaria, mediante contratos de corta duración. Hasta el momento (2014), el proceso de regularización de la relación laboral con este recurso humano está en curso. Por su parte, Bolivia intenta subsanar su déficit de profesionales, sobre todo médicos/as y enfermeros/as, mediante la contratación, bajo la figura de consultores, de nuevo personal. Una cantidad no determinada (pero considerada importante por las autoridades) de recursos humanos trabaja desde hace por lo menos ocho años bajo contratos anuales (del Ministerio de Salud y de los gobiernos departamentales y municipales) con remuneraciones diversas, en general menores a las del personal regular, sin ninguna estabilidad laboral y sin prestaciones sociales.

Formación de recursos humanos para la APS

Hasta fines de la década de 1990, en ninguno de los tres países se habían realizado esfuerzos serios para dotar a la atención primaria de salud del personal capacitado suficiente para cubrir a la totalidad de la población. Con las reformas que priorizaron esta estrategia, iniciadas en la primera década del 2000, se comenzaron también a implementar programas para fortalecer los recursos humanos para APS.

En Bolivia, la Residencia Médica de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es un programa de formación médica en posgrado que tiene como base las zonas más deprimidas del país con el fin de impactar en los determinantes sociales locales de la salud. Además de su actividad, de tres años de formación académica, estos/as médicos/as ofrecen servicios promocionales, preventivos y curativos a la población, en coordinación con los establecimientos sanitarios de la red pública.

Al término de su formación, estos profesionales deben integrarse a las brigadas de salud familiar y comunitaria intercultural y al programa Mi Salud, pero no existe un plan explícito para que sustituyan a los/as médicos/as generales actualmente a cargo de los establecimientos de primer nivel. Considerando que el número de egresados es de aproximadamente 80 por año, y si se suma un número similar

que retorna de su formación médica de pregrado en Cuba, es de esperar que los servicios de atención primaria estén a cargo de un nuevo perfil de profesionales en los próximos diez años.

En Ecuador, el Ministerio de Salud ha iniciado un programa de becas en Medicina Familiar y Comunitaria que pretende formar 5.000 especialistas hasta el año 2017 (Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013). Mediante este programa, los/as médicos/as generales (usualmente los que ya están trabajando en establecimientos del primer nivel) acceden a un programa de formación que se desarrolla en el propio lugar de trabajo durante tres años con los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de la red fungiendo como docentes asistenciales. Después de los tres años de estudio, el especialista es contratado, obligatoriamente, por otros tres años en el sistema (idealmente en la misma red donde se formó) como una manera de retribuir su beca. Este contingente, junto a los aproximadamente 2.500 médicos/as que se forman actualmente en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba, debería cubrir la necesidad de profesionales comprometidos con el nuevo modelo de atención primaria. Aunque está previsto en la política, aún no se ha iniciado la formación intensiva de Tecnólogos/as en Atención Primaria de Salud, que deben ser parte de todos los equipos de APS según la norma³.

El gobierno venezolano, mediante la Misión Barrio Adentro, implementó en 2004 la formación de tres años de posgrado en Medicina General Integral con un programa académico idéntico a su homólogo cubano. El programa incluye formación clínica y quirúrgica para la resolución de la patología prevalente con énfasis en el enfoque de la salud como derecho, la promoción de la salud y la acción comunitaria. Los/as estudiantes pasan tres años de educación en establecimientos de la red primaria y secundaria de un Área de Salud Integral Comunitaria, donde se espera que se incorporen como personal de planta brindando atención supervisada. Se espera que los más de 5.000 especialistas en Medicina General Integral formados, que son contratados prácticamente de manera automática por el área respectiva, se hagan cargo de los establecimientos de la red Barrio Adentro y sustituyan progresivamente a los profesionales de la cooperación cubana. Se prevé iniciar un programa de formación en Enfermería Integral Comunitaria en 2015.

Es importante destacar que los tres países, aun desde antes de la intensificación de la cooperación cubana en salud, envían a jóvenes bachilleres a formarse como médicos/as en la Escuela Latinoamericana de las Américas de Cuba. Los noveles profesionales allí formados retornan inmediatamente a sus países y se integran a los servicios de atención primaria.

³ Entrevistas al Director Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud y el Director Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud del MSP en Quito, en enero de 2014.

Desde 2003, en Venezuela, miembros de la comunidad reciben capacitación clínica con especial énfasis en el enfoque promocional y preventivo del nuevo modelo de atención integral comunitaria en los establecimientos rurales, tanto de la red regular como de Barrio Adentro I, como agentes comunitarios de atención primaria de salud. Han sido certificados 2.380 agentes y se encuentran integrando los equipos de los centros ambulatorios rurales tipo I (en muchos casos como el único recurso humano) hasta 2013⁴.

El posgrado en Medicina General Integral en Venezuela

Barrio Adentro nació como una respuesta a la crónica falta de establecimientos, pero sobre todo de personal médico especializado en atención primaria, en todo el país con excepción del centro de las grandes ciudades. El personal de la Misión Médica Cubana suplió aceleradamente este déficit desde 2003, incrementando en 110% la oferta de servicios, pero paralelamente se inició un programa de formación de médicos/as venezolanos/as para asegurar la sostenibilidad del sistema.

Tradicionalmente, el sistema universitario formaba un centenar de especialistas con título académico en medicina familiar por año. Paralelamente, desde fines de los años 1970, el Ministerio de Salud forma médicos/as llamados/as “especialistas asistenciales” mediante un programa de residencia que otorgaba diplomas sin grado académico.

En el año 2000, el Instituto de Malariología y Enfermedades Tropicales Arnaldo Gabardón fue refundado como Instituto de Altos Estudios en Salud (IAES) y fue acreditado por el consejo de universidades para otorgar títulos de posgrado en áreas de la medicina tropical y la salud pública.

En 2004, la recientemente conformada Misión Barrio Adentro y el Ministerio de Salud, mediante el IAES, iniciaron la formación de tres años de posgrado, con becas completas otorgadas por el estado, en Medicina General Integral con un programa académico idéntico a su homólogo cubano, siendo todos los docentes y coordinadores académicos operativos de esa nacionalidad.

El programa académico incluye formación clínica y quirúrgica para la resolución de al menos el 85% de la patología prevalente, además de un fuerte énfasis en el enfoque de la salud como derecho, la promoción entendida como acción sobre los determinantes sociales de la salud y la acción comunitaria. Los/as médicos/as pasan los tres años de educación en establecimientos de la red primaria y secundaria de un Área de Salud Integral Comunitaria brindando atención supervisada al tiempo que reciben contenidos académicos y evaluaciones por parte de los equipos asistenciales, que también tienen responsabilidad y formación docente.

Durante las dos primeras gestiones se admitió a 984 médicos venezolanos. Durante los 6 años siguientes se incorporó a los egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba y en las dos últimas gestiones, a las primeras generaciones de Médicos Integrales Comunitarios formados en el país, sumando un total de más de 5.000 especialistas formados o en formación hasta 2013. Este contingente se hará cargo de los establecimientos de Barrio Adentro I y, progresivamente, sustituirá a los profesionales cubanos. Al tiempo de su titulación, estos especialistas son contratados prácticamente de manera automática por la administración del área respectiva.

En Venezuela se ha iniciado, también, un programa de formación de pregrado en Medicina Integral Comunitaria (Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la

⁴ Entrevista a la Directora del Instituto de Altos Estudios en Salud Dr. Arnaldo Gabardón – IAES, en Maracay en marzo de 2014.

Salud, 2014a), con 20.000 alumnos en 2014 y más de 16 mil graduados (Rojas, 2014). El programa se desarrolla con actuación de los estudiantes en los servicios de APS en clínicas académicamente certificadas de Barrio Adentro a cargo de seis universidades venezolanas, con presencia importante de profesores cubanos (Venezuela, MPPS y OPS, 2013). Se intenta que los estudiantes se mantengan durante sus seis años de formación vinculados a un establecimiento de primer nivel de la comunidad de su lugar de procedencia. Se espera que este contingente de aproximadamente 6.000 egresados por año, junto a los especialistas en Medicina General Integral, pueda ocupar todos los puestos de la red primaria de salud en el presente quinquenio⁵.

Tanto en Venezuela como en Ecuador, los equipos de atención primaria realizan actividades docentes para la formación de pre y posgrado en los programas nacionales. Bolivia no tiene esa figura.

INTERSECTORIALIDAD EN APS

El paradigma que sustenta las políticas de desarrollo social en los tres países es el “Vivir Bien” en Bolivia y Venezuela o el “Buen Vivir” en Ecuador, que puede interpretarse como una definición amplia y holística de la salud. Desde este punto de vista, todo el accionar de la política pública puede interpretarse como acción intersectorial por la salud. Específicamente, acciones como las emprendidas para la reducción de la pobreza, como las transferencias monetarias a grupos vulnerables –el bono de desarrollo humano y las pensiones no contributivas en Ecuador, el Subsidio Familiar en Venezuela, los bonos de salud y educación en Bolivia y la subvención a productos de consumo masivo; el programa para la erradicación del analfabetismo en Bolivia, las misiones sociales de vivienda, agua, etc., en Venezuela–, son emprendimientos que tendrán con gran probabilidad impactos positivos sobre los determinantes sociales de la salud.

Por otra parte, las políticas en los tres países plantean como un eje principal de su estrategia a la promoción de la salud, concebida como el impacto en sus determinantes sociales en el nivel local. La carpeta o ficha familiar es el instrumento por el cual cada sistema de salud debe identificar determinantes negativos para orientar respuestas en la comunidad y los gobiernos locales. La implementación de este instrumento de captación de las condiciones de vida de cada familia es relativamente reciente y aún parcial en los tres casos (en orden decreciente en Venezuela, Bolivia y Ecuador). No se documentaron resultados concretos de esta iniciativa.

Un ejemplo de programa intersectorial nacional es el de Desnutrición Cero en Bolivia. Desde 2007, el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición impulsa y coordina instituciones públicas de educación, salud, desarrollo rural, economía

⁵ Entrevista a la Directora del Instituto de Altos Estudios en Salud Dr. Arnaldo Gabardón – IAES, en Maracay en marzo de 2014.

plural, agua y medio ambiente. Por esta iniciativa, 11 ministerios, todos los gobiernos departamentales, municipales y varias ONG participan en acciones de alfabetización, alimentación complementaria escolar, agua potable, saneamiento, microrriego, producción y distribución de alimentos, lactancia materna, alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes, rehabilitación nutricional y fortificación de alimentos. La célula sectorial en salud de este emprendimiento es la Unidad de Nutrición Integral, establecimiento especializado de primer nivel usualmente cercano a la cabeza de cada red de servicios (el establecimiento de mayor complejidad).

En Ecuador existe un Ministerio Coordinador de Desarrollo Social encargado de vincular los ministerios de Deporte, Vivienda, Educación, Ambiente, Movilidad Humana y Salud. Su base de planificación ha implementado una nueva división administrativa del país en zonas y distritos para implantar programas intersectoriales como el de las Escuelas del Buen Vivir, Saneamiento Básico y Agua Segura y varios otros de desarrollo social integral, por ejemplo, para prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol y drogas, para evitar el consumo de alimentos contaminados y controlar la exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.

En Venezuela se han instituido “corredores territoriales” para organizar, con la participación de las gobernaciones estatales y los municipios, los servicios ofertados por una diversidad de misiones sociales: alfabetización y educación; registro de nacimientos y de identificación; atención a niños y adultos en situación de calle; comercialización de alimentos subvencionados; formación para el trabajo; atención oftalmológica; acceso a vivienda; acceso a la expresión y divulgación cultural; acceso a la ciencia y la tecnología; tenencia de la tierra y producción, además de otras para la atención integral a comunidades mineras y pueblos indígenas. Los resultados de esta coordinación todavía no se han documentado.

En el nivel local, los equipos de atención primaria de los tres países se relacionan otros sectores para actividades puntuales, como acciones de salud escolar, ferias comunitarias de salud, campañas de limpieza y saneamiento de espacios de concentración pública (mercados, calles, etc.). En Venezuela, los equipos de salud deben integrarse a iniciativas de desarrollo local integral, como las de Barrio Nuevo. Los equipos de APS también interactúan regularmente, pero con intensidad variable, con autoridades locales y responsables comunitarios para acciones de desarrollo integral.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS

Cada uno de los modelos nacionales de gestión incluye la participación de la comunidad como uno de sus pilares. En los tres casos, el cuerpo normativo y las políticas establecen estructuras y espacios de deliberación para organizar esta participación.

En Bolivia, a partir del reconocimiento de una Autoridad Local de Salud como la representante legítima de la comunidad o barrio ante el sistema sanitario, se instituyen comités y consejos en el nivel local, municipal, departamental y nacional. Estas son instancias de planificación, seguimiento y control que actúan en conjunto con el equipo de salud de la instancia sanitaria correspondiente, que tiene la obligación de integrar esta representación social en la toma de decisiones (Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 2007). Al mismo tiempo, existen espacios de deliberación en los que la estructura social y la estructura institucional deben encontrarse para lograr consensos: en el nivel local se respeta el tipo de reunión de acuerdo a usos y costumbres y, a partir de allí, se implantan mesas municipales y asambleas departamentales y nacionales. Los planes y programaciones operativas de cada nivel deben, imprescindiblemente, ser aprobados en estas instancias.

En Ecuador, la organización social se concibe como una contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios. Cada unidad operativa de salud de primer nivel debe contar con un Comité Local de Salud, pero su desarrollo es aún variable e incipiente. En general, en este país se invita a los representantes de la comunidad a participar en ejercicios de planificación y rendición de cuentas. El Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (aún en organización) debe servir como instancia de consulta en la formulación e implementación de las políticas públicas. Los Consejos Cantonales para la Protección de Derechos hacen seguimiento y evaluación de políticas públicas municipales de todos los sectores. El Seguro Social Campesino impulsa activamente la organización comunitaria con el propósito formal de recaudar la contribución de las familias; sin embargo, esta organización ha permitido que los usuarios y los equipos de atención adquieran una cultura de toma de decisión conjunta y negociada (Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2014).

En Venezuela, la participación social en la gestión de toda la estructura pública tiene rango de ley (las 7 Leyes del Poder Comunal) y pretende que los estados y municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados la administración de los servicios sociales cuando éstos demuestren la capacidad para gestionarlos. Los Defensores de la Salud son personas elegidas por la comunidad para ser capacitados y brindar apoyo a los equipos de atención primaria en su integración con la comunidad. La gran mayoría de los establecimientos de la red de Barrio Adentro I y algunos centros ambulatorios de la red regular cuentan con este personal comunitario. Los Consejos Comunales incluyen Comités de Salud como contralores y proponentes de acciones de salud. Para el año 2006 se habían registrado 8.951 comités, la lista está en actualización y el Plan Estratégico de Salud en elaboración contempla la institucionalización de las asambleas ciudadanas como base de la planificación en todas las áreas y centros de salud integrales para que la participación tenga carácter de decisión política además de instrumental (República Bolivariana de Venezuela, 2009).

INTERCULTURALIDAD EN APS

El enfoque intercultural de los servicios de salud y la integración de la Medicina Tradicional ancestral son parte de las políticas sanitarias en los tres países. La integración de médicos tradicionales al sistema de salud está más desarrollada en Bolivia, donde el Ministerio ha reconocido un primer grupo de aproximadamente 200 médicos/as tradicionales y existen algunos establecimientos de salud en que parteras y médicos/as tradicionales son parte del personal regular bajo contratos por tiempo definido. Ecuador ha iniciado procesos de reconocimiento a terapeutas ancestrales y está en proceso de desarrollar una política específica; mientras que en Venezuela este proceso es todavía marginal, y las acciones se circunscriben al programa de salud integral para el pueblo Yanomami.

La atención obstétrica intercultural

Las culturas andinas, sobre todo en Bolivia y Ecuador, poseen una larga tradición de atención obstétrica por practicantes tradicionales, usualmente llamados/as parteros/as.

Esta atención se refiere tanto a los cuidados de la salud física de la madre y del/la niño/a como a aspectos de su salud emocional y espiritual.

Diversas iniciativas han intentado integrar estos saberes y prácticas a la atención perinatal de los servicios regulares de salud, sobre todo con el fin de mejorar las coberturas de atención institucional.

Bolivia y Ecuador han integrado en sus políticas nacionales de salud la atención obstétrica intercultural.

Las prácticas de implementación son muy diversas, sin embargo existen algunas características comunes:

La partera o partero tradicional está integrada/o al equipo de salud o, cuando menos, coordina su actividad. En los controles perinatales, participa (en sesiones conjuntas o de manera independiente) haciendo sus propios diagnósticos y consejerías, que deben ser compatibles con las normas nacionales.

Por ejemplo, realiza la palpación para saber en qué posición está la criatura y eventualmente puede intentar corregir una posición anómala con fricciones o manteos. En la primera fase del trabajo de parto, el/la partero/a no realiza actos vaginales si no que palpa “la vena”, que si se pone dura es el momento de empezar el proceso del parto, y ofrece a la parturienta alimentos altamente energéticos y mates naturales.

En el momento de pujar, se fricciona el abdomen y se pone una mantilla debajo de la espalda y se realizan algunos movimientos. En el periodo expansivo, ayuda a la mujer a colocarse en posición vertical de cuclillas y recibe al neonato. Finalmente, en el puerperio, ayuda a prevenir o curar el sobreparto, que incluye las hemorragias e infecciones, pero también agrupa a varias entidades con nosología propia de cada cultura.

Cuando el sistema de salud pretende incorporar esta práctica en la atención institucional, es necesario contar con los ambientes y equipamientos adecuados.

Las numerosas experiencias han sido, en general, muy positivas, lo que ha llevado a los ministerios a intentar generalizar su práctica como una alternativa que se ofrece a todas las mujeres en las áreas consideradas de mayoría indígena. Sin embargo, el resultado de esta expansión es aún muy diverso y los mayores éxitos siguen confinados a proyectos e iniciativas específicas (por ejemplo Patacamaya, en Bolivia, y Jambi Huasi, en Ecuador), limitándose en la mayoría de los establecimientos regulares a la implementación de equipos y capacitación para la atención del parto vertical.

La experiencia de Jambí Huasi (Casa de Salud)

En 1984, en Ecuador se inició un movimiento indígena con reivindicaciones por la tierra, la identidad y la salud ante el pobre acceso de las poblaciones indígenas a servicios sociales básicos debido a barreras económicas, sociales y, sobre todo, culturales.

El movimiento cultural Jambí Huasi pretendió inicialmente organizar servicios de salud gratuitos de indígenas para indígenas. Desde 1994, bajo convenio con organizaciones de cooperación internacional (Fondo de Población de las Naciones Unidas y varias ONG norteamericanas y europeas) evolucionó a un servicio de salud intercultural con énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva y promoción de la salud. Tenía como estrategias la educación, la investigación y la autogestión.

Actualmente, la fundación Jambí Huasi gestiona un centro de atención integral (clínica) intercultural en salud en la ciudad de Otavalo. El establecimiento integra servicios de atención en medicina occidental y medicina ancestral andina.

Los objetivos de la clínica Jambí Huasi son:

- Brindar atención de salud considerando la situación sociocultural y la cosmovisión de la población de la provincia de Imbabura (mayoritariamente kichwa, pero también afrodescendiente y de otras nacionalidades);
- Institucionalizar la integración entre la medicina indígena y la occidental;
- Desarrollar proyectos y programas de salud y educación indígena;
- Revalorizar la medicina indígena y el rol de sus Jambigkunas (agentes de salud);
- Documentar las experiencias con fines de investigación y difusión.

Los principios que guían la iniciativa son: solidaridad, reciprocidad, integralidad, respeto y complementariedad.

El Ministerio de Salud Pública apoya al establecimiento con un/a médico/a (en servicio rural obligatorio), un/a odontólogo/a, un/a enfermero/a y un/a obstetra. La fundación tiene, además, como personal de planta un Yachak (médico sabio), una Jakuk (Fregadora, fisioterapeuta tradicional andina), un Kuyfichay (limpiador con cuy) y una Pakarichik mama (partera).

Todo el personal debe poder comunicarse tanto en español como en kichwa y estar imbuido de los principios de respeto y complementariedad entre las culturas médicas occidental y andina. Esto implica un esfuerzo continuo por parte de la dirección del establecimiento para sensibilizar y formar al personal asignado por el ministerio, pues éste rota anualmente.

El modelo de atención integral en salud de Ecuador pone especial énfasis en el enfoque intercultural de la salud, para el que la experiencia de Jambí Huasi es muy importante.

Fuentes: Conejo, 1998; 2013.

CONSIDERACIONES FINALES

Bolivia, Ecuador y Venezuela han iniciado en el pasado reciente procesos de profundas transformaciones políticas, sociales y económicas, en general, pero no sin excepciones, con importantes mejoras en la calidad de vida de la mayoría de sus poblaciones. El sector de la salud y, específicamente, el de la atención primaria, no han escapado a este proceso. La base de las reformas se encuentra en las nuevas constituciones políticas de cada uno de los Estados. La garantía del derecho a la salud, la prioridad de los servicios sanitarios promocionales y preventivos y su

gratuidad para los usuarios son principios comunes a los tres países. Los modelos de gestión y prestación de servicios de salud son también similares, el énfasis en la salud familiar y comunitaria con enfoque intercultural, con base en el ideario del “Buen Vivir o Vivir Bien”, es también un elemento central de las tres políticas sanitarias.

Sin embargo, la puesta en práctica de los mandatos constitucionales y principios de política todavía está en proceso de implementación, con distintos grados de avance pero siempre inacabados, en los tres países. Las indeseables fragmentación y segmentación de los sistemas, en gran medida causantes de exclusión social, heredadas de modelos anteriores, están todavía presentes, probablemente más en Bolivia que en Ecuador y Venezuela.

Específicamente, el hecho de que casi la mitad de los bolivianos no cuente con protección financiera ante la necesidad de servicios sanitarios –en un país que ha duplicado su producto interno bruto en diez años– y muchos queden excluidos de la atención que necesitan por barreras económicas es éticamente inaceptable y social y económicamente ineficiente. La gratuidad de los servicios para el usuario fue un importante avance hacia la inclusión social en salud y la reversión de la segmentación de los sistemas en Ecuador y Venezuela.

Transformaciones como la reforma de las estructuras de gestión y atención de los servicios sanitarios, el cambio de rasgos excluyentes, la cultura institucional de los gerentes y prestadores y la adecuación de los recursos humanos, son tareas todavía, en diferentes magnitudes, pendientes en los tres países. La segmentación en cuanto al financiamiento, la gestión y la infraestructura y, sobre todo, la fragmentación del sistema, podrían haberse profundizado con la superposición de las nuevas iniciativas sobre estructuras aún vigentes en los tres casos.

Bolivia, Ecuador y Venezuela han realizado una fuerte y explícita apuesta por la atención primaria integral de salud como la base de sus políticas sanitarias y la organización de sus sistemas de salud.

El proceso de materialización del ideario, plasmado en las respectivas constituciones políticas de los Estados mediante la construcción de nuevas estructuras para los sistemas es todavía muy reciente si lo vemos en perspectiva histórica, por lo que no sería justo ni eficaz intentar emitir juicios sobre sus resultados y, menos aún, sobre su impacto. Sin embargo, la urgencia de resolver problemas sanitarios que ocasionan dolor y muerte y, sobre todo, las voces de la población necesitada, exigen celeridad y eficiencia a sus respectivos gobiernos.

Acciones como la formación de recursos humanos para la atención primaria, la reestructuración de las redes y la inversión económica en los servicios de primer contacto son avances, más o menos tangibles según el país, en la dirección deseada. La concreción del enfoque intercultural de los servicios, la articulación de la atención primaria con los niveles de referencia, la acción intersectorial para impactar los determinantes sociales de la salud, la implementación concreta en los componentes

familiar y comunitario de los respectivos modelos y la implementación efectiva de la participación comunitaria en la gestión de los sistemas son componentes menos evidenciables y, por lo tanto, desafíos.

La historia de cada país y cada sistema de salud es única e irreproducible. Sin embargo, la cantidad de elementos comunes evidenciados por el presente estudio indica claramente que el intercambio de experiencias entre los tres países sería de enorme utilidad para los tomadores de decisiones y los gestores de cada sistema. La particularidad de la ideología social y sanitaria de los modelos ambicionados y de las transformaciones emprendidas por los tres países hace que las agencias tradicionales de cooperación técnica en salud puedan no estar completamente equipadas para cumplir la función de asistencia necesaria. En ambos casos, se presenta el espacio y la oportunidad para que organizaciones como Unasur salud contribuyan a satisfacer estas necesidades.

REFERENCIAS

Alvarado CHA, Martínez ME, Vivas-Martínez S, Gutiérrez NJ, Metzger W. Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social* 2008; 3:113-29.

Banco Mundial. Indicadores económicos. 2014. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador>. Acceso el: 22 de noviembre de 2014.

Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Informe Técnico sobre el Anteproyecto de Ley del Sistema Único de Salud. Presentado al Gabinete de Ministros en noviembre de 2011. 2011.

Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. La Paz, Bolivia. 2007.

Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Red Municipal Safci y Red de Servicios. La Paz: Abbase; 2008.

Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Sistema Nacional de Información en Salud. 2014. Disponible en: www.minsalud.gob.bo/. Acceso el: 15 de abril de 2014.

Bolivia, Sistema Nacional de Información en Salud. 2014. Disponible en: <http://snis.minsalud.gob.bo/index.php?ID=Software&SOF=2>. Acceso el: 15 de abril de 2014.

Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen, Landaeta-Jimenez M. The health system of Venezuela. *Salud Pública de México* 2011; 53:275-286.

Briggs CL, Mantini-Briggs C. "Mission Barrio Adentro": social medicine, social movements of the poor and new coalitions in Venezuela. *Salud Colectiva* 2007; 3(2):159-176.

Conejo M, editor. Población indígena y reforma del sector salud: el caso de Ecuador. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas; 1998.

Conejo M. Área de salud "Jambi Huasi". Otavalo: Federación indígena y campesina de Imbabura - FICI; 2013. Disponible en: <http://pt.scribd.com/doc/229672434/Myriam-Conejo-Jambi-Huasi-pdf#scribd>. Acceso el: 15 de abril de 2014.

Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas. Buen Vivir/Vivir Bien: filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas; 2010.

- Dupuy J. Acceso a servicios de salud en Bolivia [documento no publicado]. 1.1.2011. 2011a.
- Dupuy J. Análisis del gasto y financiamiento en salud. Bolivia, 2003 a 2008, 2011b.
- Dupuy J. Caracterización de la exclusión social en salud en Bolivia [documento no publicado]. 2011c.
- Dupuy J. Caracterización de la exclusión social en salud en Bolivia. 2012.
- Ecuador, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario estadístico de salud. 2012.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Manual Operativo Red Nacional Integrada de Servicios de Salud Red Pública Integral de salud- Red Privada Complementaria Versión Preliminar 1.3. 2014.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del Sistema Nacional De Salud y Red de Salud Pública y Complementaria. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. 2012.
- Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo/ Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. 2013.
- Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Sistema Nacional de Información. Consultas Interactivas. 2014a. Disponible en: <http://sni.gob.ec/web/inicio/consultas-inter>. Acceso el: 15 de abril de 2014.
- Ecuador, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Sistema Nacional de Información. Salud. 2014b. Disponible en: <http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNl.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNl.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=true&bookmark=Document/BM38>. Acceso el: 15 de abril de 2014.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Constitución Política del Estado. El Alto, 2008.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 031 de 19 de julio de 2010. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bólvarez”. 2010.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 475 de 30 de enero de 2013. Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral en Bolivia. 2013.
- Guedez Y. Misión Barrio Adentro: cinco años del modelo de Atención Primaria de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. Revista de Salud Pública (Córdoba) 2009; 13(1):49-59.
- Lucio R, Villacres N, Henriquez R. Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública de México 2011; 53(Supl.2):177-187.
- Muntaner C, Salazar RMG, Benach J, Armada F. Venezuela’s Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. International Journal of Health Services 2006; 36(4):803-811.
- Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). Washington D.C: PAHO; 2007.
- República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, 2000.
- República Bolivariana de Venezuela. Ley 114.216 de 28 de diciembre de 2009. Ley Orgánica de los Consejos Comunales. Gaceta Oficial n° 39.335. 2009.
- República del Ecuador. Código Orgánico de Organización Territorial Autonomía y Descentralización. Registro Oficial Suplemento 303 de 19 de setiembre de 2010. 2010.
- República del Ecuador. Constitución Política de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro, 2008.

República del Ecuador. Ley 67 de 22 de diciembre de 2006. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423. Última modificación: 24 de enero de 2012. 2012.

Rojas D. Medicina Integral Comunitaria: Nueve años impulsando la salud preventiva en el pueblo. Caracas: AVN, 03.10.2014. Disponible en: <http://www.avn.info.ve/contenido/medicina-integral-comunitaria-nueve-a%C3%B1os-impulsando-salud-preventiva-pueblo>. Acceso el: 28 de enero de 2015.

Rondinelli D. Decentralization briefing notes. Washington DC: World Bank Institute; 1999.

Tejerina Silva H, Closos MC, Paepe PD, Darras C, Dessel PV, Unger JP. Forty years of Usaid health cooperation in Bolivia. A lose-lose game? The International Journal of Health Planning and Management 2012; 29(1):90-107.

Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Bolivia. 2014a. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[159\]ling\[2\]anx\[520\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[159]ling[2]anx[520].pdf). Acceso el: 23 de noviembre de 2014.

Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Venezuela. 2014b. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[347\]ling\[1\]anx\[325\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[347]ling[1]anx[325].pdf). Acceso el: 23 de noviembre de 2014.

Tejerina Silva H. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Ecuador. 2014c. Disponible en: [http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb\[186\]ling\[2\]anx\[560\].pdf](http://www.isags-unasursalud.org/uploads/biblioteca/7/bb[186]ling[2]anx[560].pdf). Acceso el: 23 de noviembre de 2014.

Tejerina Silva H, De Paepe P, Soors W, Lanza OV, Closos MC, Van Dessel P, Unger, JP. Revisiting health policy and the World Bank in Bolivia. Global Social Policy 2011; 11(1): 22-44.

Tejerina Silva H, Soors W, De Paepe P, Aguilar Santacruz E, Closos MC, Unger JP. Socialist government health policy reforms in Bolivia and Ecuador: the underrated potential of integrated care to tackle the social determinants of health. Social Medicine 2009; 4(4):226-234.

Venezuela, Instituto Nacional de Estadística. IV Encuesta nacional de presupuestos familiares realizadas en Venezuela en el año 2009. Venezuela: BCV; 2011.

Venezuela, Ministerio de Salud. Proyecto de Redes de Servicios de Salud [documento no publicado]. 2007.

Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Análisis de Situación de Salud 2013. 2014a.

Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Proyecto de Ley Orgánica de Salud [documento de circulación interna]. 2014b.

Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Análisis de Situación de Salud. Anexo. Oficina de Análisis de Situación de Salud. Dirección General de Epidemiología. 2013.

Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario Estadístico del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela 2009. 2009a. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=798:anuario_estadis_mpps_vzla_datosdemograficos_1_4&id=41:anuariosestadsticos&Itemid=915. Acceso el: 15 de abril de 2014.

Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario Estadístico del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela 2009: Indicadores de redes de servicios y programas de salud. 2009b. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=801:anuario_estadis_mpps_vzla_datosredesserviciosyprogra_salud_4_4&id=41:anuariosestadsticos&Itemid=915. Acceso el: 15 de abril de 2014.

Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, OPS. Medicina Integral Comunitaria. Médicos y médicas para el pueblo. Caracas: MPPS/OPS; 2013.





Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil

Patty Fidelis de Almeida

INTRODUCCIÓN

La Constitución Federal de 1988 incluye la salud, por primera vez en la historia de Brasil, como un derecho de ciudadanía garantizado por el Estado a través de políticas económicas y sociales orientadas a la reducción del riesgo de enfermedad y el acceso a acciones y servicios de salud capaces de promover el bienestar de su población.

El *Sistema Único de Saúde* (Sistema Único de Salud, SUS) es un servicio nacional de salud de acceso universal y financiación fiscal, basado en los principios de:

- atención integral a la salud como un derecho universal y un deber del Estado, que significa acceso universal a acciones y servicios de salud para todos los ciudadanos independientemente de los ingresos, la clase social, la etnia, la ocupación y la contribución;
- descentralización para los estados y municipalidades, con responsabilidades compartidas entre esferas gubernamentales; y
- participación ciudadana.

Aunque el país tenga un servicio nacional de salud, la universalización del acceso no fue seguida por los necesarios aportes adicionales en la financiación pública, y paralelamente aumentó la cobertura por planes y seguros privados de salud. En el 2012, 25% de la población (48,5 millones de personas) tenían seguros privados de salud (Datusus, 2014b) de contratación voluntaria, con cobertura superpuesta al derecho de acceso al SUS.

En la década de 1990 se inició la implementación del SUS y las primeras iniciativas de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) como base para la reforma del sistema de salud. También se destaca la coyuntura internacional

desfavorable con la publicación, en 1993, del informe *Invertir en Salud*, del Banco Mundial, cuya recomendación era que solamente en algunas situaciones la salud sería una responsabilidad pública, con clara inducción a la universalización de paquetes de programas selectivos y focalizados para las poblaciones más pobres (Senna, 2002).

En ese contexto tuvieron inicio en el país las políticas para la expansión de la APS inducidas por el gobierno federal con el objetivo de promover cambios en el modelo asistencial centrado en el hospital, consolidado en el período dictatorial (1964-1985). En 1994, el Ministerio de Salud brasileño creó el “Programa Salud de la Familia” (PSF) como un programa selectivo orientado hacia las poblaciones de mayor riesgo. Los equipos formados por un/a médico/a supuestamente “generalista”, un/a enfermero/a, un/a auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud debían responsabilizarse por la atención de hasta 4.500 personas en un área adscrita. Algunos años pasaron sin que el PSF se expandiera: hasta 1998, el país tenía poco más de 3.000 equipos que cubrían el 7% de la población, en general en pequeñas municipalidades.

En 1998, un incentivo financiero per cápita transferido directamente por el gobierno federal a las municipalidades impulsó la expansión del Programa de Salud de la Familia y, a la vez que las acciones ganaban visibilidad en el territorio nacional, el paquete básico de APS crecía y mostraba sus potencialidades para instituir nuevas formas de atención y para enfrentar las desigualdades en salud. Un estudio clásico en el país realizado por Macinko et al. (2006; 2007), al analizar el impacto del PSF sobre la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2002, por medio de un abordaje ecológico longitudinal, reveló una importante contribución en la disminución de la mortalidad entre menores de 1 año, estimando que el incremento de 10% en la cobertura del PSF podría llevar a una disminución de 4,5% en la mortalidad infantil.

Tras 20 años de la creación del Programa Salud de la Familia, en enero de 2014 están implantados 35.812 equipos distribuidos en 5.352 municipalidades. Los equipos cubren 57% de la población brasileña, lo que representa casi 111 millones de habitantes (DAB, 2014a). El PSF hoy se denomina Estrategia Salud de la Familia (ESF), para que se marque de manera inequívoca su diferencia con relación a los programas selectivos y para resaltar el potencial que tiene una APS fuerte en la construcción de nuevas formas de cuidado más éticas, con mejores resultados en salud.

Es importante aclarar que la APS en las municipalidades brasileñas, como lo destaca la Política Nacional de Atención Básica (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a), no se desarrolló de manera uniforme y homogénea ni necesariamente de acuerdo con el modelo de la ESF. En el país coexisten formas distintas de organización de la APS e incluso es posible encontrar estrategias diferenciadas en una misma municipalidad.

Tan diversa es la organización y la provisión de la APS, desde Centros de Salud con equipos de especialidades básicas (el llamado modelo tradicional) hasta

equipos de Salud de la Familia o agentes comunitarios de salud y profesionales de enfermería, que vuelve compleja la construcción de un mapeo que pueda reflejar las especificidades (Almeida, 2014). Las experiencias locales, del norte al sur del país, en regiones con estándares de desarrollo históricamente distintos, así como el acceso a la red de cuidados en salud, demuestran las potencialidades y también los retos para la construcción de una APS fuerte que contribuya con la efectividad del derecho a la protección social en salud y la reducción de las importantes desigualdades sociales en Brasil.

El texto actual de la Política Nacional de Atención Básica (2011) refuerza la base teórica y conceptual de la APS y la importancia de la reestructuración del Sistema Único de Salud y el modelo organizativo de Redes de Atención de Salud reafirma el principio de que la integralidad solo puede ser alcanzada cuando los puntos de atención de complejidad tecnológica diferenciada se apoyan mutuamente y se comunican desde una base robusta: la Atención Primaria de Salud (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

CONDUCCIÓN DE LA APS

Concepciones de la APS

Al final de la década de 1990, la Estrategia Salud de la Familia pasó a ser considerada por el gobierno brasileño como la principal estrategia de cambio del modelo de Atención Primaria de Salud. En la misma década, el país adoptó el término Atención Básica, con la intención de diferenciarla de propuestas y concepciones que reducían el potencial de la APS a una canasta selectiva de servicios. Actualmente, la Política Nacional de Atención Básica (2011) adopta los términos “atención básica” y APS como equivalentes.

La Política Nacional de Atención Básica presenta los principios y directrices que definen la concepción de APS y que deben orientar la organización de los servicios, acciones y prácticas:

“La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud en el ámbito individual y colectivo que abarca la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la reducción de lesiones y el mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que tenga impacto en la situación de salud y en la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades” (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a:19).

El marco legal define que las acciones y servicios en el ámbito de la APS son implementados por las municipalidades, obedeciendo al principio de la

descentralización político-administrativa, teniendo por base los fundamentos: territorio adscrito y red interconectada; acceso universal a servicios de calidad y resolutivos caracterizados por los atributos de accesibilidad; puerta de entrada preferencial de la red de atención; vínculo (longitudinalidad) y continuidad; coordinación de los cuidados; y participación social que agrega la necesidad de ampliación de la autonomía de los usuarios para la conducción de su proceso de atención para el enfrentamiento de los condicionantes de su salud con base en el ejercicio de control social (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

La concepción oficial de la APS incorpora los atributos definidos por Starfield (2002), ampliamente diseminados en el país a partir del 2000, y que orientan el desarrollo de un conjunto de metodologías para su evaluación. En ninguno de los capítulos de la Política Nacional de Atención Básica la APS está definida solamente como primer nivel de atención del sistema de servicios de salud. La definición de las Redes de Atención a la Salud, aunque destaque que la atención básica está estructurada como primer y preferencial punto de atención, considera que su equipo multidisciplinario debe integrar y coordinar el cuidado teniendo por base las necesidades de salud de la población a través de acciones horizontales, incluyendo las prácticas intersectoriales y la integración vertical con los demás niveles de atención.

No obstante, se observa que, en la implementación de la APS, algunos de esos atributos se han desarrollado con más fuerza, como la ampliación del acceso, la expansión de la cobertura, la conformación de una puerta de entrada preferencial y la descentralización de las acciones y de la gestión. Según datos de una encuesta realizada en 2008, 57% de la población declaró que el Centro de Salud era su servicio de salud de consulta regular (IBGE, 2010). Por otro lado, aquellos elementos que componen el gran campo de la integralidad, como la coordinación de los cuidados, la integración de la red y la longitudinalidad, son los atributos de la APS menos desarrollados.

Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales

A lo largo de los años 1990, en conformidad con el principio constitucional de descentralización y con una serie de normativas que tuvieron el objetivo de reglamentar la organización y el funcionamiento del SUS, el conjunto de las municipalidades brasileñas gradualmente asumió la responsabilidad por la provisión de atención integral a sus habitantes y la gestión plena de la APS. Desde 2004, todas las 5.570 municipalidades y el Distrito Federal son responsables por la gestión del sistema municipal de salud en la organización y en la ejecución de las acciones de APS. Para garantizar la atención integral, se propone la organización de regiones de salud incorporando diversas municipalidades.

La Política Nacional de Atención Básica (2011) define responsabilidades comunes y específicas para las tres esferas de gobierno del SUS (federal, de los estados y municipal)

en lo que concierne a la gestión y provisión de la APS. Se destacan como funciones comunes una serie de principios generales, como contribuir con la reorientación del modelo de atención con base en el apoyo a la expansión y cualificación de la Estrategia Salud de la Familia; el financiamiento tripartito; estímulo al control y participación social, entre otros (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

Corresponde al Ministerio de Salud la revisión y concertación permanente de las directrices de la política nacional, la garantía de financiación para componer el presupuesto de la APS, el apoyo y la realización de procesos de calificación y evaluación/institucionalización del monitoreo y la inducción de cambios curriculares en los cursos del área de la salud, entre otros.

Es parte de la función de las Secretarías Estaduales de Salud, de forma general, apoyar a los municipios en la evaluación y monitoreo, en la garantía de la calidad en APS y en la consistencia de los datos de los sistemas de información y su envío al gestor federal, el apoyo a la educación permanente en salud y a la conformación de las regiones de salud.

Los municipios deben implementar, es decir, organizar, ejecutar y gestionar los servicios y acciones de la APS con base en las necesidades de la población del territorio, por medio de la asignación de recursos propios municipales; evaluación y monitoreo; educación permanente en salud; selección, contratación y remuneración de los profesionales; garantía de infraestructura física de las unidades; alimentación de los sistemas nacionales de información; organización de los flujos y garantía de referencia en la red de servicios de salud y garantía del cumplimiento de carga horaria de los profesionales de los equipos de APS (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a). Una de las funciones de los municipios, por ejemplo, es la decisión política de implementación de la Estrategia Salud de la Familia.

Es consensual que el proceso de descentralización emprendido a partir de 1990, con base en un conjunto de normas operacionales editadas por el gestor federal, representó un importante avance para la construcción del Sistema Único de Salud. Aun así, se resalta que la descentralización de la APS para los actuales 5.570 municipios generó varios desafíos y dificultades a la garantía de atención integral, la definición de estándares de calidad (infraestructura, cobertura de la oferta de servicios, recursos humanos, entre otros), responsabilidad por el financiamiento y, sobre todo, la construcción de sistemas regionalizados de salud. Según Spedo et al. (2009), el modelo de descentralización de salud en Brasil, entrecortado por distintas concepciones, contradicciones y conflictos, ha favorecido la conformación de sistemas municipales de salud atomizados y desarticulados, con diferentes grados de resolutivez y capacidad de los gobiernos locales en la asunción de este papel. La situación fue agravada por la insuficiente cooperación y apoyo técnico, sobre todo del nivel del estado, en una relación directa entre la municipalidad y el gestor federal (Solla y Chioro, 2008).

FINANCIAMIENTO DE LA APS

Esferas gubernamentales responsables por la financiación de la APS

En Brasil, desde la creación del Sistema Único de Salud, el financiamiento público de la salud es responsabilidad de las tres esferas del gobierno –Unión, estados y municipios– por medio de recursos fiscales. Sin embargo, solo en el año 2011 se aprobó una ley complementaria que reglamentó la Enmienda Constitucional 29/2000, que dispone sobre los valores mínimos a ser aplicados anualmente por cada ente federado en acciones y servicios públicos de salud (Brasil, Presidência da República, 2012a). Según la Ley Complementaria 141/2012 es función de la Unión aplicar el total correspondiente a los gastos del año anterior, incrementados en, por lo menos, el porcentaje correspondiente a la variación del Producto Bruto Interno. La regla es distinta para los estados y los municipios. Los estados deben aplicar en salud, al menos, 12% de sus ingresos de recaudación de impuestos, mientras los municipios y el Distrito Federal, 15% de sus recursos propios.

En el país, la mayor proporción del gasto público en salud es financiada por el gobierno federal, que también concentra la mayor proporción de recursos tributarios nacionales: 56%. De este total, 25% están a disposición de los estados y 18,5% de las municipalidades. Aunque el gasto público en salud esté relacionado con la disponibilidad de recursos, solamente alrededor de 47% de dicho gasto es costado por el gobierno federal, 25% es costado por los estados y el 28%, por los municipios (Giovanella, 2013). Se observa el aumento de la participación de las municipalidades en la financiación de la salud como resultado del proceso de descentralización y tras la aprobación de la Enmienda Constitucional 29/2000.

El porcentaje de los recursos financieros federales ejecutados por el Ministerio de Salud destinado al costeo de acciones y servicios en el ámbito de la atención a la salud en 2012 representó 67% de los gastos totales del gestor federal¹, cerca de R\$ 300,00 hab./año. La APS representó 23,5% del gasto (o R\$ 105 hab./año) del Ministerio de Salud y la atención de mediana y alta complejidad, 44%. Datos del Ministerio de Salud indican un aumento de 105% en el presupuesto federal para la APS entre los años 2010 y 2014, pasando de R\$ 9,7 mil millones a R\$ 20 mil millones en el período (de 4,0 a 8,3 mil millones de dólares americanos) (Datusus, 2014c).

¹ El componente “atención a la salud” no incluye los recursos destinados a las inversiones en infraestructura, acciones de saneamiento básico, expensas con empleados públicos activos, jubilados, pensionistas y recursos provenientes de las enmiendas parlamentares.

Mecanismos para transferencia de recursos entre esferas de gobierno

La financiación de la APS en Brasil es tripartita, involucrando recursos de municipios, estados y Unión. En 1996 se instituyeron transferencias federales con base per cápita –Piso de Atención Básica– para financiamiento de la APS y el Piso de Atención Básica Variable, para inducir la implementación de acciones estratégicas como la Salud de la Familia. La financiación federal para la APS está compuesta por bloques, como se observa en el Cuadro 1 (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

Cuadro 1 – Bloques de transferencia federal para la APS, Brasil, 2014

Bloque	Composición	Valores*
Recursos per cápita (Piso de Atención Básica Fijo)	Valor fijo recibido mensualmente, calculado con base en la población municipal	R\$23,00 a R\$28,00 habitante/año (2013)
Recursos para proyectos específicos	Especificidades regionales, recalificación de la estructura física de las unidades, recursos para implementación	R\$773.000,00 para construcción de Unidades Básicas de Salud ^a (2013) R\$ 10.695,00 por equipo/mes – ESF modalidad 1 ^a (2012) R\$20.000,00 por equipo de Salud Familiar implantado (2012)
Recursos para estrategias/ programas prioritarios	Equipos de Salud de la Familia, Salud Bucal, Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), poblaciones ribereñas, Academia de la Salud, etc.	R\$ 7.130,00 por equipo/mes – ESF modalidad 2 ^b (2012) R\$ 20.000,00 mensuales – NASF (2013) R\$ 1.014,00 por agente comunitario de salud/mes (2014) R\$ 50.000,00 para ESF Fluviales con profesionales de salud bucal/mes ^c
Recursos condicionados a la mejoría de la calidad	Programa de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB)	R\$ 1.700,00 a R\$ 8.500,00 por equipo de APS/mes ^d (2013) R\$ 500,00 a R\$ 2.500,00 por equipo de Salud Bucal/mes ^e (2013)

Fuente: Brasil, 2011a.

*1 USD = 2,4 Reales (25/09/2014)

a) Recurso para construcción Unidad Básica de Salud Porte IV mediante presentación de proyecto, destinada a abrigar, como mínimo, 4 Equipos de Atención Básica (2013)

b) Municipalidades de hasta 30.000 habitantes y/o equipos que atiendan a las poblaciones de quilombos o asentamientos

c) Todos los equipos que no se encuadran en el criterio de la modalidad 1, que representan la gran mayoría de los equipos en el país, o sea, equipos con médico/a, enfermero/a, técnico/a/auxiliar de enfermería y 4 a 6 ACS

d) Incentivo mensual de costeo para las Unidades Básicas de Salud Fluviales

e) Valores dependientes de la clasificación lograda en el proceso de evaluación de calidad de los equipos

Como se mencionó, los tres niveles de gobierno son responsables por la financiación de la APS y de las otras acciones y servicios de salud en el ámbito del SUS. Las transferencias federales del Bloque de Atención Básica para las municipalidades son realizadas en una cuenta específica del Fondo Municipal de Salud para esa finalidad, obedeciendo a los criterios de transferencia de recursos fondo a fondo para posibilitar el acompañamiento y el control social por el Consejo Municipal de Salud.

Se estima que las transferencias federales para APS corresponden a menos del 50% de la financiación pública en APS. Un estudio de Vieira y Cervo (2013) ilustra la participación de los entes federados en la financiación de la salud. De acuerdo con las autoras, en los diversos modelos de organización de la atención básica, la participación relativa de los gastos con recursos humanos es preponderante, alcanzando 60% de los gastos con las acciones y servicios de la APS. En el 2010, los aportes del Ministerio de Salud para los equipos de Salud de la Familia modalidad II (4 Agentes Comunitarios de Salud, médico/a, enfermero/a y técnico/a/auxiliar de enfermería), que prevalecen en el país, alcanzaban R\$ 13.756,00 por equipo, lo que representaría 34% del costo total de un equipo. Este cálculo considera el piso de atención básica variable (alrededor de R\$ 4.500,00 por mes cada 3.000 personas) y el valor del piso de atención básica fijo (R\$ 18,00 por habitante/año) (Vieira y Cervo, 2013). Otros estudios también indican que los recursos federales para garantizar la atención especializada son considerados insuficientes por los gestores locales, lo que compromete la atención integral y la coordinación de los cuidados por los equipos de APS (Giovannella et al., 2009b; Almeida et al., 2010; Santos, 2013).

Inexistencia de copagos en la APS

En Brasil, no existen copagos en el SUS, aunque la red pública no provea todos los medicamentos prescritos.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APS

Tipos de unidades de salud que brindan APS

Los establecimientos de APS en su gran mayoría (96%) son públicos municipales, genéricamente denominados Unidades Básicas de Salud (UBS). De acuerdo con el Registro Nacional de Establecimientos de Salud, en 2014 existían 34.013 Centros de Salud o Unidades Básicas de Salud y 10.651 Puestos de Salud, que son unidades de menor complejidad destinadas a la prestación de asistencia a una determinada población de forma programada o no, por profesionales de nivel medio, con la presencia intermitente o ausencia del profesional médico (CNES, 2014).

De acuerdo con un censo realizado por el Programa Nacional para la Mejoría del Acceso y Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB), en el año 2012, el SUS contaba con 38.800 UBS activas (PMAQ-AB, 2012). Los números presentan diferencias con relación al Registro Nacional de Establecimientos de Salud, cuyas informaciones dependen de actualizaciones por parte de los prestadores y gestores, lo que no siempre ocurre.

Según las directrices de la Política Nacional de Atención Básica, se recomienda que las Unidades Básicas de Salud tengan consultorio médico,

consultorio de enfermería, consultorio odontológico; salas para acogida de la demanda espontánea, de administración y gerencia, de actividades colectivas, de vacunación, de procedimientos y áreas para dispensación y almacenamiento de medicamentos, entre otros (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a). Pero como las estructuras varían significativamente en diferentes regiones del país, se observan UBS de distintos portes que, según datos del PMAQ-AB (2012), cuentan con entre uno (70%) y cuatro o más (1%) equipos de atención básica. Resultados de la evaluación indican también que solamente 37% de los equipos entrevistados afirman, por ejemplo, tener una sala específica para realizar la acogida de los usuarios (PMAQ-AB, 2012).

Entre las iniciativas federales para la ampliación y cualificación de la APS está el Programa de Recualificación de las UBS que, al reconocer la inadecuación de la infraestructura, prevé incentivos financieros para la reforma, ampliación y construcción de nuevas unidades mediante la presentación de proyectos. El objetivo es que las unidades puedan contar con estructuras adecuadas para la ejecución de las acciones de atención básica (Brasil, Ministério da Saúde, 2011c; 2011d). En el 2014, estaban en construcción o reforma 26.000 Unidades Básicas de Salud en el país.

Profesionales que brindan APS

Los equipos de APS son compuestos, de acuerdo con la modalidad a la que pertenecen, por médicos/as, enfermeros/as, odontólogos/as, auxiliares y/o técnicos/as en salud bucal, auxiliares/técnicos/as de enfermería y, en el caso de los equipos de Salud de la Familia, también por Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Actúan en el país cerca de 258 mil ACS, trabajadores sin formación previa en salud, contratados por las municipalidades y residentes de las zonas donde están implantados los equipos de Salud de la Familia (DAB, 2014a). Además de registrar a todas las personas adscritas a las Unidades de Salud de la Familia, el ACS hace el puente entre las necesidades de la población del territorio y el servicio de salud. El ACS es responsable por el acompañamiento de grupos prioritarios y vulnerables en la comunidad, de las condicionalidades del Programa Bolsa Familia y por el desarrollo de acciones de promoción y protección de la salud por medio de movilización popular y actuación intersectorial.

En Centros de Salud “tradicionales”, el equipo puede estar compuesto por especialidades médicas de las clínicas básicas (pediatría, ginecología y clínica general), profesionales de enfermería y también otros profesionales de nivel medio y superior, siendo difícil la definición de un modelo homogéneo.

También pueden formar parte de los equipos otros profesionales en función de la realidad local (Cuadro 2). Desde 2008, forman parte de la APS los Núcleos de Apoyo de Salud de la Familia (NASF), formados por equipos multidisciplinarios

cuyo objetivo es ampliar el alcance, el enfoque y la resolutiveidad de la atención básica por intermedio del apoyo matricial. El apoyo matricial es realizado por un grupo de profesionales de diversas especialidades. Pretende garantizar a los equipos de APS apoyo de atención especializada con el objetivo de aumentar la eficacia de la actuación de la APS, por intermedio de interconsulta, formación continua, discusión de casos clínicos, etc. El apoyo matricial busca ofrecer tanto retaguardia asistencial, realizando consultas y otras atenciones especializadas, como soporte técnico-pedagógico a los equipos de atención básica (Cunha y Campos, 2011).

La Política Nacional de Atención Básica también define equipos de APS para atención a las poblaciones con necesidades específicas. Uno de ellos es el Equipo del Consultorio de Calle, con responsabilidad exclusiva de prestar atención integral a las poblaciones en situación de calle (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

Otras modalidades de la APS consideran las especificidades de la región amazónica, en la cual los gestores pueden optar entre dos modalidades para la organización de los equipos de APS: Equipos de Salud de las Familias Ribereñas, cuyo acceso a las comunidades se da por medio fluvial; y Equipos de Salud de la Familia Fluviales, que desempeñan todas las funciones en Unidades Básicas de Salud Fluviales.

Cuadro 2 – Modalidades y composición profesional de los equipos de APS, Brasil, 2014

Modalidad	Composición
Equipo de Salud de la Familia	1 médico/a, 1 enfermero/a, 1-2 auxiliar/técnico/a de enfermería, 4-6 agentes comunitarios de salud
Equipo de Atención Básica	Pediatra, ginecólogo/a, clínico/a general, enfermero/a, auxiliar/técnico/a de enfermería, etc.
Equipos de Salud Bucal I	Cirujano/a dentista y auxiliar en salud bucal
Equipos de Salud Bucal II	Cirujano/a dentista, auxiliar en salud bucal y técnico/a en salud bucal
Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia	Pueden contemplar los siguientes tipos de profesionales: asistente social, profesional de educación física, farmacéutico/a, fisioterapeuta, fonoaudiólogo/a, ginecólogo/a/obstetra, médico/a homeópata, médico/a acupunturista, nutricionista, pediatra, psicólogo/a, psiquiatra, terapeuta ocupacional, geriatra, médico/a internista, médico/a del trabajo, veterinario/a, arte-educador/a, sanitarista
Equipos de Consultorio de Calle	Enfermero/a, psicólogo/a, asistente social, terapeuta ocupacional, médico/a; agente social, técnico/a o auxiliar de enfermería, técnico/a en salud bucal ^b
Equipos de Salud de la Familia Ribereñas	Médico/a, enfermero/a, auxiliar/técnico/a de enfermería, agentes comunitarios de salud, microscopista, técnico/a de laboratorio y/o bioquímico/a.

a) Profesionales elegidos de acuerdo con la modalidad de NASF

b) Equipos multiprofesionales que pueden organizarse en tres modalidades, que incorporan de 4 a 7 de los/as profesionales presentados/as

Atención Primaria Integral en Salud: el caso de la Unidad Básica de Salud Fluvial Igaráu del municipio de Borba, Amazonas

El municipio de Borba está localizado en la región del Río Madeira, al sudoeste del Estado de Amazonas, con acceso solamente por aire o por el río. La población estimada en 2013 es de 28 mil habitantes, compuesta por 240 comunidades ribereñas, cerca de 60 aldeas indígenas y asentamientos.

En el año 2005 se inició un proceso de restructuración de la APS en la municipalidad con expansión de la cobertura y cambios en el proceso de trabajo. El número de equipos de Salud de la Familia fue ampliado de 2 a 9, de los cuales 6 actúan en el área urbana, 2 en comunidades ribereñas y uno en la Unidad Básica de Salud Fluvial Igaráu, la primera embarcación en Brasil que fue construida específicamente para funcionar como un centro de salud fluvial.

Las Unidades Básicas de Salud Fluvial son parte de la Política Nacional de Atención Básica brasileña, cuyo objetivo es responder a las especificidades de la atención de las poblaciones ribereñas. La financiación de estas unidades es realizada por el gobierno federal a través de aporte a los municipios. No obstante, el aporte federal de R\$ 50.000,00 por mes es considerado por los gestores municipales, insuficiente para el mantenimiento de la unidad, cuyos costos mensuales están estimados en R\$ 130.000,00.

La estructura física de la embarcación es igual a la de una unidad terrestre con consultorios, salas de inmunización, farmacia, laboratorio, etc., además de alojamiento para los profesionales de salud y tripulación. La Unidad Básica de Salud Fluvial Igaráu realiza mensualmente viajes con duración de 20 días en el área delimitada para su actuación, que incluyen el traslado fluvial hasta las comunidades y la atención directa a la población ribereña. La población registrada en 2014 es de 3.157 personas distribuidas en 44 comunidades rurales, atendidas por el equipo de Salud de la Familia con Salud Bucal de Igaráu compuesto por: 1 enfermero/a, 1 médico/a, 2 técnicos/as de enfermería, 2 auxiliares de salud bucal, 1 agente comunitario de salud por comunidad, 1 administrador/a, 1 odontólogo/a, y 1 profesional bioquímico. En las comunidades, la atención es organizada por el Agente Comunitario de Salud que acompaña las familias.

Después de 20 días, el equipo retorna a Borba y los profesionales tienen 10 días de descanso. Los otros 10 días antes del próximo viaje son usados en el planeamiento de acciones, rutas, análisis de los datos epidemiológicos, reuniones de equipo y también para atender algunas personas que buscan a los profesionales en la unidad cuando está atracada.

El primer viaje de Igaráu ocurrió en el abril de 2013. Desde 2007, la municipalidad ya desarrollaba acciones para el cuidado a la salud de las comunidades rurales, lo que era un gran desafío. Las consultas se realizaban de manera improvisada en escuelas y centros sociales, sin privacidad, y en buques alquilados por el municipio, adaptados para la atención en salud. En tierra, el cuidado era prestado en los centros comunitarios o escuelas en las comunidades. Procedimientos como la recolección de material para el Papanicolaou eran realizados en casas de la comunidad. La cobertura del prenatal era baja.

El equipo de salud de la familia de Igaráu hace un esfuerzo para ofrecer una atención de calidad y resolutive, sin perder la continuidad de las acciones. Con la unidad fluvial se obtuvo un aumento del vínculo, de la cobertura de vacunas, del número de procedimientos y un mejor control de la malaria.

Fuente: Secretaria Municipal de Saúde de Borba (AM), 2014.

Principales servicios prestados en APS

De acuerdo con la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) (2011), tomando en consideración el contexto de la restructuración del sistema de salud según el formato de redes de atención, hay funciones prioritarias de la APS que

contribuirán con el adecuado funcionamiento de las Redes de Atención de Salud. Dichas funciones son:

- Ser la base: estar presente en todas las municipalidades de la manera más descentralizada y distribuida posible;
- Ser resolutoria: capaz de generar diagnóstico sanitario y situacional de la población que vive en el territorio bajo su responsabilidad, considerando riesgos, necesidades y demandas de salud;
- Coordinar el cuidado: actuando como centro de comunicación entre los distintos puntos y niveles de atención, manteniendo el seguimiento y organizando el flujo de los usuarios, con el objetivo de producir una gestión compartida de la atención integral a través de la apropiación de herramientas de microgestión del cuidado, como protocolos clínicos, líneas de cuidado, gestión de la lista de espera, entre otras. Además, debe articular otras estructuras, como los sistemas logísticos y de apoyo, relaciones intersectoriales y participación social de la comunidad;
- Ordenar las redes: la APS debe organizar las necesidades sanitarias de la población bajo su responsabilidad con relación al acceso a los otros puntos de atención, contribuyendo para que la programación de los servicios ofertados esté basada en la real necesidad de salud de la población.

En el 2011 se estableció, por el Decreto Presidencial 7.508, la Relación Nacional de Acciones y Servicios de Salud que define las responsabilidades y el conjunto de acciones y servicios que se deberán prestar en el SUS. Los entes federados pueden adoptar acciones específicas y complementarias, siempre que se respeten las responsabilidades relativas a la financiación (Brasil, Ministério da Saúde, 2011b).

La Providencia Administrativa 841/2012 del Ministerio de Salud, en conformidad con los atributos definidos en la Política Nacional de Atención Básica, define de forma amplia que las acciones y servicios de la APS incluyen:

“[...] promoción a la salud; prevención de riesgos; vigilancia en salud; tratamiento, acompañamiento, reducción de daños y rehabilitación, [...]; acogida y atención a la demanda espontánea incluidas las urgencias y emergencias en las unidades básicas de salud; atención y cuidado continuo/programado tanto en las unidades básicas de salud como en domicilios (cuando sea necesario); indicación, prescripción y realización de procedimientos terapéuticos y diagnósticos en ámbitos de la APS; actividades de atención individual y colectivas (p. ej.: familiar, comunitaria); actividad de vigilancia en salud: atención a todos los ciudadanos bajo su responsabilidad, independiente de los ciclos de vida, género y de los problemas de salud presentados; atención domiciliaria; atención a la salud bucal; prácticas integrativas y complementarias; vigilancia nutricional y alimenticia y atención nutricional; coordinación del cuidado, incluido el acceso

a las acciones y servicios fuera del ámbito de la Atención Primaria” (Brasil, Ministério da Saúde, 2012b).

Aunque la definición de los procedimientos, servicios y acciones pueda ser considerada un avance para el establecimiento de competencias y responsabilidades en el ámbito de APS, la reciente reorganización de la atención básica por medio de la Estrategia Salud de la Familia todavía no fue capaz de superar la tensión entre la priorización de acciones programáticas y la garantía de atención oportuna a la demanda espontánea y las pequeñas urgencias. Persisten dificultades en la organización de los procesos de trabajo de los equipos para el alcance de un adecuado equilibrio entre la resolución de demandas individuales y las acciones programáticas individuales y colectivas, para garantía del cuidado integral. Además, se observa una enorme diversidad de acciones ofrecidas por los equipos, dependientes de la infraestructura, disponibilidad y capacitación profesional, y carteras de servicios definidas por diferentes municipalidades.

ORGANIZACIÓN DE LA APS

Modelo asistencial propuesto para la APS

La concepción de APS expresada por la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) está en consonancia con los principios y el concepto ampliado de salud presentes en la Constitución de 1988. La PNAB (2011) reafirma la consolidación de la Estrategia Salud de la Familia como el principal dispositivo de reorganización de la Atención Básica en Brasil, aunque coexista con otros modelos de atención. Algunos principios fundamentales orientan la organización del modelo asistencial propuesto para la APS en Brasil. El equipo multiprofesional actuando en territorio adscrito y la red interconectada, lo más cerca posible de la vida comunitaria, son los elementos clave para la definición de prácticas y acciones intersectoriales capaces de impactar en los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad. La APS debe garantizar el acceso universal a los servicios de calidad y resolutivos caracterizados por los atributos de puerta de entrada preferencial de la red de atención, vínculo (longitudinalidad), corresponsabilidad y continuidad de los cuidados. Otro principio es la coordinación de los cuidados a través de estrategias de integración horizontal (acciones programáticas y demanda espontánea, acciones de vigilancia a la salud y asistenciales, trabajo multiprofesional e interdisciplinar y en equipo) e integración vertical entre los diversos niveles de atención que componen las Redes de Atención a la Salud. El principio de la participación social agrega la necesidad de ampliación de la autonomía de los usuarios para la conducción de su proceso de cuidado y para el enfrentamiento de los condicionantes de su salud (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

Adscripción poblacional para la APS y el trabajo de los equipos

La Estrategia de Salud de la Familia tiene especificidades con relación al funcionamiento y organización del proceso de trabajo de sus equipos. Toda la población adscrita a un equipo de Salud de la Familia debe ser registrada y acompañada en vistas domiciliarias mensuales por un Agente Comunitario de Salud responsable por, como máximo, 750 personas (150-200 familias). Se recomienda un promedio de 3.000 usuarios registrados por equipo, un número que puede variar en función de especificidades y vulnerabilidades del territorio y la dispersión poblacional.

Cada profesional debe ser vinculado solamente a un equipo de Salud de la Familia, con carga horaria de 40 horas semanales. Una excepción está permitida en el caso del médico, que podrá estar vinculado a hasta dos equipos, siempre que su carga horaria semanal no sobrepase las 40 horas. De la carga horaria semanal, hasta 8 horas pueden ser dedicadas a la prestación de servicios en la red de urgencia municipal o para la educación permanentes (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

Garantías de acceso

No hay en la política nacional una definición explícita de tiempos mínimos y máximos para ser atendido, aunque sea clara la directriz de la acogida y de mecanismos que aseguran accesibilidad, garantizando que la “[...] unidad de salud debe recibir y escuchar a todas las personas que buscan sus servicios, de manera universal y sin diferenciaciones excluyentes” (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a:20). Algunas municipalidades han tratado de definir tiempos de espera para la APS y otras proponen cambios radicales en la organización del proceso de trabajo de los equipos para garantizar el fin de la fila de espera para la APS, como se describirá en el caso de la municipalidad de Curitiba.

Atención Primaria Integral de Salud: El caso del “acceso avanzado” en la municipalidad de Curitiba, Paraná

Desde 1979, el municipio de Curitiba adoptó estrategias para la jerarquización y regionalización de los servicios de salud con base en los principios de Atención Primaria de Salud. El 1985, la municipalidad adhirió a las Acciones Integradas de Salud recibiendo recursos federales para la expansión de su red de centros de salud y clínicas odontológicas. Desde el 1991 se desarrollan experiencias con foco en salud de la familia, con formación de equipos multiprofesionales e incorporación de la salud bucal. El 1992, se crearon los Núcleos Regionales de Salud, dando inicio al proceso de descentralización. La historia clínica electrónica, implantada desde 1999, es una importante estrategia para la integración de la red y para garantizar la continuidad de los cuidados.

Aunque se reconozca la formación de una red de servicios de salud robusta en la ciudad, a partir del 2013, con la nueva gestión municipal, se inició una restructuración de los procesos de trabajo y organización de la red con base en el principio de que la APS debe, de hecho, asumir su papel de ordenadora de redes de atención y coordinadora de los cuidados. Todo el proceso viene siendo discutido por el equipo de gestión en las diversas UBS.

Parte de los cambios promovidos en la organización de los servicios de APS vino de un diagnóstico que determinó que, aunque hubiera una red de Centros de Salud bien estructurada, cerca del 30% de los usuarios de Curitiba y su región metropolitana buscaban las 8 Unidades de Pronto Atención de la ciudad como servicio de primer contacto para casos que podrían ser asistidos y acompañados en la APS. La competencia de las Unidades de Pronto Atención con las UBS como puerta de entrada resulta de problemas en la organización de las unidades de APS, estructurada de tal forma por acciones programáticas destinadas a grupos y patologías prioritarias que parte de la población pasó a buscar los servicios de urgencia como primer contacto.

Las iniciativas incluyen reformas de las Unidades Básicas, ampliación de la cartera de servicios ofrecidos por la APS con la compra de equipamiento, como electrocardiógrafo, electrocauterio, material para biopsia de la piel, entre otros, incluso con estrategias de remuneración variable.

En el campo del acceso, se están implementando los cambios más importantes y con mayor impacto en el modo de organización del proceso de trabajo de los equipos. Una de las propuestas, ya en curso, fue la ampliación del horario de funcionamiento de las unidades. No obstante, la propuesta más osada de la gestión actual se refiere a la implementación del “acceso avanzado”, experimentando nuevas posibilidades de organización del acceso a las unidades de APS con base en la flexibilización de las agendas de atención para garantizar una utilización oportuna de los servicios.

No existe una forma única para la implementación de estrategias de acceso avanzado. Este proceso es inducido por el Departamento de APS de Curitiba, viene siendo discutido y cada Unidad Básica de Salud se organiza según sus necesidades y criterios.

El punto principal es la organización de la agenda del/de la médico/a y del/de la enfermero/a de modo tal que atiendan a todos los/as usuarios que buscan atención en el mismo día.

El diagnóstico propulsor de los cambios mostró que acciones de APS desarrolladas en la lógica de los programas verticales ocupaban la agenda de los profesionales con citas preagendadas para grupos prioritarios tradicionalmente acompañados, como niños o enfermos crónicos, llevando al restante de la población a buscar otras puertas de entrada, como las urgencias, para cuidados que podrían ser prestados en la APS. La Secretaría Municipal de Salud de Curitiba desarrolló una cartilla para los profesionales que explicita los objetivos, motivaciones y herramientas para los cambios en la organización de las agendas. Se destaca que el usuario que “no consigue atención en el Centro de Salud cuando necesita, puede sentirse desmotivado o con poca confianza en el equipo, lo que lleva a fragilizar el vínculo y a repensar la elección del servicio en una nueva situación de necesidad de salud” (Wollmann et al., 2014:6).

La discusión y el desarrollo de nuevas formas de organización del proceso de trabajo han sido bastante heterogéneos entre las unidades, observándose resistencias por parte de los profesionales, con algunos equipos ya trabajando en la lógica del acceso avanzado, otros en proceso de reestructuración y otros aún sin cambios.

Fuentes: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR), 2014; Wollmann et al., 2014.

Cobertura poblacional de la Estrategia Salud de la Familia

Cerca de 62% de la población brasileña está cubierta por equipos de Salud de la Familia (Tabla 1). Otra parte de la población tiene acceso a los equipos de atención básica compuestos por especialidades médicas básicas (pediatría, clínica general y ginecología) y, en general, profesionales de enfermería. Se estima que la cobertura total de APS en el país es de más de 70% de la población.

Tabla 1 – Implementación de agentes comunitarios de salud, equipos de salud de la familia y de salud bucal y cobertura poblacional, Brasil, noviembre de 2014

Población	Agentes Comunitarios de Salud		Equipo de Salud de La Familia		Equipo de Salud Bucal	
	n	% cobertura estimada	n	% cobertura estimada	Modalidad I ^a	Modalidad II ^b
193.976.530	265.272	66,3	39.064	62,2	21.982	2.261

Fuente: DAB, 2014a.

a) Equipos de Salud Bucal vinculados a los equipos de Salud de la Familia compuestos por un/a odontólogo/a y un/a auxiliar de salud bucal

b) Equipos de Salud Bucal vinculados a los equipos de Salud de la Familia compuestos por un/a odontólogo/a dentista generalista, un auxiliar de salud bucal y un/a técnico/a en salud bucal

En el país, es evidente el aumento de la cobertura por equipos de Salud de la Familia principalmente a partir del 2000. Durante el período de 1998 a 2006, la cobertura poblacional de la Estrategia Salud de la Familia, que era de 7%, alcanzó el 46% de la población. Esta ampliación fue bastante significativa en las áreas históricamente destituidas de servicios de salud y con indicadores sociales desfavorables, como es el caso de la Región Nordeste, la cual presenta la mayor cobertura por equipos de Salud de la Familia entre las regiones brasileñas (DAB, 2014a). Las coberturas iguales o superiores a 70% se encuentran en municipalidades de más bajos ingresos y con IDH bajo o medio.

Entre 2006 y 2013 se observa un crecimiento gradual de la población cubierta por equipos de Salud de la Familia distribuidos entre 5.460 municipalidades (Tabla 2). El significativo aumento en el 2014 fue posibilitado por el Programa Más Médicos, del gobierno federal, que contrató 14 mil médicos para la atención básica en el país, siendo 11 mil cubanos.

Tabla 2 – Evolución del porcentaje de la población registrada en la Estrategia Salud de la Familia por grandes regiones, Brasil, 2006-2014

Región	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	41,9	42,5	47,3	50,6	51,8	50,9	51,4	52,8	59,7
Nordeste	67,2	67,4	70,6	70,7	72,2	72,5	72,6	75,7	79,6
Sudeste	34,0	34,6	36,9	38,1	39,6	41,9	44,2	44,3	51,1
Sur	37,0	44,9	47,9	49,4	50,4	51,7	53,7	56,5	63,3
Centro-Oeste	44,7	45,9	48,2	49,8	53,0	53,2	54,8	55,7	60,3
Brasil	46,2	46,6	49,5	50,7	52,2	53,4	54,8	56,4	62,2

Fuente: DAB, 2014a.

No menos importante fue el evidente aumento de la cobertura en salud bucal, una atención prestada, hasta entonces, predominantemente por el sector privado,

cuya exigencia de pagos representaba una barrera de acceso a ese tipo de cuidado para la mayor parte de los brasileños. En noviembre de 2014 habían implementados 24.243 Equipos de Salud Bucal en 5.013 municipalidades (DAB, 2014a).

COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

Organización de los niveles de atención

Tradicionalmente, la organización del sistema de salud brasileño ocurre en tres niveles de atención: atención básica de salud, atención especializada (policlínicos, servicios de especialidades, ambulatorios en hospitales, entre otros) y atención hospitalaria secundaria y terciaria, conectados por mecanismos de referencia y contrarreferencia mediados por las Centrales de Regulación. Recientemente, con la publicación del Decreto 7.508/2011 las “regiones de salud” pasaron a ser consideradas espacios estratégicos de articulación intergubernamental, con base en el planeamiento regional integrado y la ejecución de las acciones y servicios de salud para la población de un determinado territorio (Brasil, Ministério da Saúde, 2011b).

En el espacio de las 436 regiones de salud, instituidas por los estados en articulación con sus respectivas municipalidades en todo el país, deberá garantizarse el acceso resolutivo, oportuno y de calidad a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. En las regiones de salud, los servicios deben ser organizados en Redes de Atención de Salud, en la cuales se articulan la atención básica, vigilancia en salud, atención psicosocial, urgencia y emergencia, atención ambulatoria, especializada y hospitalaria. Para garantizar la integralidad, podrán conformarse otros arreglos territoriales, incluyendo más de una región de salud.

En el SUS, los servicios de APS, urgencia y emergencia, atención psicosocial y “especiales de acceso abierto” son considerados como las puertas de entrada a las acciones y servicios de salud en las redes regionalizadas y jerarquizadas. Con base en pactos en las Comisiones Intergestoras, podrán definirse nuevas puertas de entrada, en función de especificidades regionales. A la APS se le asignan las funciones de acogida de los usuarios, vínculo y corresponsabilización por la atención a sus necesidades de salud, partiendo del principio de que la unidad de salud debe recibir, escuchar y atender a todas las personas que las buscan, de manera universal y sin barreras de acceso y también la responsabilidad de referencias a los niveles especializados y hospitalarios.

A partir del momento de la implementación de los equipos de Salud de la Familia, la población es automáticamente registrada y pasa a tener un equipo de referencia, o sea no hay libre elección de servicios y profesionales. A los demás

servicios de la red se accede por derivación de las puertas de entrada y, en estos casos, tampoco hay elección del profesional y/o servicio.

Aunque se observe cierta incorporación del discurso oficial que define los equipos de APS como los de primer contacto, estudios revelan que otros servicios, sobre todo los de “urgencia”, compiten por la función de puerta de entrada. En un estudio realizado en tres municipalidades del estado de Bahía, 35% de los usuarios afirmaron buscar servicios de urgencia/emergencia en caso de enfermedad, incluso en los días de funcionamiento de las Unidades de APS (Almeida y Santos, 2014). Resultados del Programa Nacional de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB), en 2012, revelan que 93% de los equipos de APS reservan plazas para la atención el mismo día, pero 35% de los usuarios entrevistados que necesitaron atención de urgencia afirmaron que no acudieron a las Unidades Básicas de Salud porque creen que el equipo no les prestaría ese tipo de asistencia (32%) o que estaría cerrada (35%). También de acuerdo con los resultados del PMAQ-AB para acceso a las consultas de atención básica, 31% de los usuarios relataron que fueron a la unidad temprano y tuvieron que esperar en una fila antes de su apertura (PMAQ-AB, 2012; Fausto et al., 2014).

Función de filtro del médico de APS

En el SUS no está reglamentada la función de filtro para el médico que actúa en la APS (Giovannella, 2013). Sin embargo, se consideran los servicios de APS como la puerta preferencial y, en general, solo se puede acceder a los servicios de atención especializada y hospitalaria por medio de derivación desde la atención primaria.

Se observa que, gradualmente, los equipos de salud de la familia asumen el rol de puerta de entrada del sistema y el médico el papel de filtro para los demás niveles. Resultados del PMAQ-AB (2012) indican que 63% de los usuarios encaminados a otros servicios de salud, tuvieron la cita marcada por la Unidad Básica de Salud (PMAQ-AB, 2012; Fausto et al., 2014).

Flujos para derivar desde la APS a la atención especializada

Las acciones y servicios de salud deben ser planeados y ejecutados a partir del diagnóstico de la población adscripta. De acuerdo con sus necesidades, las personas pueden ser atendidas en diferentes puntos de atención con base en orientaciones de las puertas de entrada de SUS, proceso llamado de referencia, una vez que los servicios de mayor densidad tecnológica no constituyen servicios de primer contacto. Una vez atendido en otros servicios y establecimientos de salud, se debe realizar la contrarreferencia del usuario al equipo de APS para la continuación del cuidado.

En general, el proceso de regulación del acceso a la atención especializada es realizado por medio de las Centrales de Regulación, que pueden ser municipales, regionales o de los estados. Según datos del Registro Nacional de Establecimientos

de Salud (CNES), en el año 2014 había 846 Centrales de Regulación Asistenciales, responsables por la distribución de la oferta de consultas y exámenes especializados y también la regulación de las camas hospitalarias, y 214 Centrales de Regulación de Urgencias (CNES, 2014).

En el país hay una variedad de sistemas informatizados que ejecutan esta función, algunos de ellos desarrollados por los propios municipios. El más utilizado es el Sistema Nacional de Regulación, sistema on-line desarrollado por el Ministerio de Salud presente en 1.600 municipalidades con 204 Centrales de Regulación Ambulatoria y 19 Centrales de Regulación Hospitalarias (Brasil, Ministério da Saúde, 2014c). En la evaluación PMAQ-AB (2012) de 2012, 99% de los equipos participantes indicaron tener una central de agendamiento de consultas especializadas y el 95,5% una central de regulación de exámenes, lo que demuestra la institucionalidad de los mecanismos de ordenamiento de los flujos asistenciales en el SUS (PMAQ-AB, 2012).

Existe la determinación de que se organicen flujos, que dependerán de la disponibilidad de oferta y configuración de las acciones y servicios en las regiones de salud. Pero aun así, los resultados del Programa Nacional de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (2012) informan que apenas 58% de los equipos de Salud de la Familia poseían documentos conteniendo el listado de servicios especializados para derivación y flujos (PMAQ-AB, 2012). Aunque no se pueda afirmar que no haya flujos establecidos en el país, la elevada proporción de equipos que no poseen documentos con directrices para derivación sugiere un bajo grado de institucionalización de las normas, la presencia de flujos informales e una insuficiente integración de la APS en la red.

La atención especializada ambulatoria y la atención hospitalaria se ofrecen en centros públicos de especialidades, policlínicas, hospitales estaduais y municipales, y en servicios privados contratados por el SUS (65% de las camas en Brasil son privadas).

Filas de espera para acceso a la atención especializada

En el país se reconoce la existencia de filas de espera para la atención especializada, considerado por muchos gestores el gran cuello de botella del SUS. Las causas identificadas son de distintos órdenes: baja resolutiveidad de la APS, que se viene enfrentando por medio de diversas iniciativas para calificarla; insuficiente oferta de atención especializada que, todavía, es comprada/contratada al sector privado; bajos valores pagos por el gestor federal (Tabla SUS) para los procedimientos especializados; problemas de integración en la red; presión por la demanda de atención especializada; ausentismo y baja oferta de especialistas en algunas áreas, entre otras.

El monitoreo de las filas de espera no es una práctica institucionalizada y depende de la organización de cada sistema municipal de salud. Los municipios

que hayan adoptado sistemas informatizados de regulación pueden tener acceso y conocer las listas y tiempos de espera, que todavía no son públicos. Las tasas de referencia y la calidad de las derivaciones también pueden ser monitoreadas por los municipios, dependiendo del grado de organización e informatización de sus complejos de regulación asistencial.

FUERZA DE TRABAJO EN APS

Regulación de las relaciones laborales

En Brasil, las profesiones de salud son autorreguladas, o sea, tanto el registro profesional como el licenciamiento para la práctica de los trabajadores son definidos por los consejos profesionales, entes de naturaleza pública no estatal, reglamentados por ley, con función de supervisión de aspectos éticos y legales de la práctica de la profesión, como por ejemplo el Consejo Federal de Medicina, de Enfermería, Psicología.

El Consejo Federal de Medicina participa en el planeamiento y definición de los cursos de graduación y residencia, cuya regulación de la formación es responsabilidad del Ministerio de Educación (Merchán-Hamann et al., 2013). Solamente a mediados de la década del 2000 el Ministerio de Salud pasó a tener algún grado de influencia en la definición de las plazas de especialidades en medicina, aunque el texto constitucional defina que el SUS debe ordenar la formación de recursos humanos en la salud.

Los profesionales de la atención básica son contratados por las municipalidades y los vínculos laborales establecidos son diversos. De los 16.811 profesionales de nivel superior que participaron del PMAQ-AB en el año 2012, 42% indicaron ser servidores públicos, 26% contratados por legislación del trabajo del sector privado (régimen de Consolidación de las Leyes del Trabajo) y 29,5% informaron contratos temporales de trabajo, en su mayoría caracterizados por la no garantía de los derechos laborales. En los municipios de 50 a 100 mil habitantes los contratos temporales llegan a 47% (Seidl et al., 2014).

La mayor dificultad para la contratación y permanencia de profesionales para la APS se presenta con relación a los médicos. La concentración de médicos en los grandes centros urbanos y la escasez de oferta dificultan la implementación y sustentabilidad de los servicios de APS, sobre todo en las regiones norte, nordeste, interior del país, periferias y áreas violentas en las grandes ciudades.

Diversas municipalidades establecen asociaciones con organizaciones no gubernamentales, principalmente para la contratación de los trabajadores de los equipos de APS. En Brasil, tradicionalmente, la APS es responsabilidad directa del Estado. Sin embargo, a partir de 1990, con el avance de la implementación de la Estrategia Salud de la Familia, se vienen viabilizando formas de contratación de los

profesionales a través de asociaciones entre el poder público y entidades filantrópicas y sin fines de lucro.

Carneiro Júnior et al. (2011) argumentan que desde el principio, la implantación de la Estrategia Salud de la Familia fue marcada por la flexibilización de las relaciones laborales para la conformación de los equipos, recurriendo a formas alternativas de contratación de recursos humanos justificándolas, inicialmente, por la singularidad del trabajo del agente comunitario de salud, que debería pertenecer al territorio de implementación del equipo. Según los autores, la precarización de las relaciones laborales, caracterizada por pérdidas de los derechos laborales y previsionales por intermedio de contratos temporales y becas, entre otros, viabilizó la colaboración entre municipalidades y los más diversos tipos de entidades, como organizaciones no gubernamentales, cooperativas, asociaciones de barrio, fundaciones de apoyo, asociaciones religiosas, organizaciones sociales y fundaciones estatales, entre otras. Esa colaboración inicialmente estaba restringida a la contratación de los profesionales y, más recientemente, ocurre en la gestión y prestación directa de los servicios, como se observa sobre todo en las grandes ciudades, como Rio de Janeiro y São Paulo (Carneiro Júnior et al., 2011).

En general, la principal forma de remuneración de los trabajadores de la APS y de salud como un todo es el abono de salarios. Algunas iniciativas locales establecen pagos adicionales por desempeño, aunque no sea una práctica común. Complementando los salarios, también hay municipalidades que ofrecen adicionales a profesionales que actúan en áreas de mayor vulnerabilidad o muy apartadas.

Disponibilidad de profesionales para la APS

En el 2010 el país presentaba una relación de 1,86 médicos/as por 1.000 habitantes, con distribución bastante desigual entre las grandes regiones: 0,9 en la Región Norte, 1,1 en la Región Nordeste, 2,5 en la Región Sudeste, 2,1 en la Región Sur y 1,8 en la Región Centro-Oeste (Datusus, 2014a).

Los datos de la investigación “Demografía médica en Brasil” realizada por el Consejo Federal de Medicina con base en el registro activo de profesionales en los respectivos Consejos Regionales de Medicina revelan que de los/as 388.015 médicos/as con registro activo en el año 2012, 207.879 (53,5%) eran especialistas y 180.136 (46,5%) eran profesionales que no realizaron la Residencia Médica (Scheffer, 2013). El estudio apunta que la mayoría de los médicos sin residencia está compuesta por jóvenes de 29 años o menos. En ese grupo etario, 81% de los/as profesionales no tienen título de especialista, aunque muchos están cursando la Residencia Médica. Especialidades como Clínica Médica, Cirugía General y Medicina de la Familia tienen médicos/as más jóvenes. El número de médicos con Residencias en Medicina de Familia y Comunidad representa 1% (2.632) de los médicos/as con residencia entre las 53 especialidades reconocidas por el Consejo Federal de Medicina, un

porcentaje menor que aquellos con residencia en cirugía plástica (2%), por ejemplo. Otro resultado mostrado por el censo es que, espacialmente, donde se concentran los/as médicos/as, en general también están los especialistas y las plazas de residencia médica (Scheffer, 2013).

Tabla 3 – Indicadores de la fuerza de trabajo en salud, Brasil y regiones, 2000, 2005 y 2010

Indicadores	2000	2005	2010
Razón de médicos por mil habitantes en el país ¹	1,39	1,68	1,86
Norte	0,42	0,82	0,90
Nordeste	0,81	0,99	1,09
Sudeste	1,97	2,28	2,51
Sur	1,43	1,73	2,06
Centro-Oeste	1,24	1,68	1,76
Número y razón de médicos con especialidad en medicina de familia y comunidad por mil habitantes ²	3.253 y 0,0168 (2010)		
Razón de enfermeras/os de nivel universitario por mil habitantes en el país ¹	0,44	0,55	1,51
Norte	0,32	0,48	1,19
Nordeste	0,38	0,47	1,05
Sudeste	0,53	0,60	1,91
Sur	0,37	0,57	1,41
Centro-Oeste	0,40	0,59	1,45
Razón de odontólogos/as por mil habitantes en el país ¹	0,86	1,13	1,27
Norte	0,35	0,48	0,64
Nordeste	0,40	0,53	0,65
Sudeste	1,25	1,59	1,72
Sur	0,85	1,19	1,42
Centro-Oeste	0,92	1,29	1,46
Razón de agentes comunitarios/as de salud por mil habitantes ³	0,82	1,17	1,28

Fuentes: 1) Datasus, 2014b; 2) Scheffer, 2013; 3) Cálculo de la autora a partir de DAB, 2014a.

Segundo datos del Consejo Federal de Enfermería, en el año 2010 había 1.449.583 profesionales de enfermería registrados en el país, de los cuales 287.119 (20%) eran enfermeros/as universitarios/as, 625.863 (43%) técnicos/as y 533.422 (37%) auxiliares de enfermería (Cofen, 2011). La mayoría de los profesionales (52%) están concentrados en la Región Sudeste, pero las dificultades para la contratación de los profesionales de enfermería y también odontólogos/as son menores en comparación a los/as médicos/as, sobre todo debido a la fuerte competencia del sector privado.

Solamente a partir del año 2011, los Ministerio de Salud y de Educación adoptaron en conjunto una serie de medidas para atraer médicos/as a localidades alejadas de difícil permanencia y para cambiar la formación. El 22 de octubre de

2013 se promulgó la Ley 12.871 que instituye el Programa Más Médicos (Brasil, Presidência da República, 2013a).

El Programa Más Médicos fue una respuesta del gobierno brasileño al problema de fijación de médicos en zonas alejadas o desfavorecidas. Una de las acciones del Programa fue la convocación de médicos extranjeros viabilizada a través de un término de cooperación internacional y revisión del proceso de revalidación de los diplomas. De los 14.400 médicos/as participantes del Programa en 2014, 11.400, cerca de 80%, son cubanos/as contratados/as por cooperación entre la Organización Panamericana de Salud y el gobierno brasileño. Los demás son 1.600 médicos/as brasileños/as y 1.400 extranjeros/as con adhesión individual. Presentes en más de 3.500 municipalidades, la mayoría de los profesionales están en regiones de gran vulnerabilidad social, como el semiárido de la Región Nordeste, la periferia de grandes ciudades, municipios con bajo o muy bajo IDH-M, regiones con poblaciones originarias de quilombos y también en la Amazonia (Brasil, Presidência da República, 2014d).

La iniciativa tendrá, en principio, una duración de tres años y el Ministerio de Salud será el responsable por el pago del/ de la médico/a a través de una beca-formación de R\$10.000,00 mensuales (4.300 dólares). Las municipalidades son las responsables por el alojamiento, la alimentación y las condiciones laborales. Las vacantes abiertas por las municipalidades son prioritariamente ofrecidas a los profesionales brasileños. En caso de no ocupación de los puestos, se aceptan inscripciones de extranjeros. La carga horaria es de 40 horas semanales en las Unidades Básicas de Salud y se prevé también la participación en un curso de especialización en salud familiar. Para los participantes extranjeros, no está permitida la actuación fuera del Programa.

Para mejorar la oferta, el Programa Más Médicos prevé la creación de 11,4 mil nuevas plazas en facultades de medicina en el país hasta el año 2018, de las cuales 3.203 fueron autorizadas en 2014. La ampliación de la oferta de plazas en los cursos de medicina en una determinada localidad prevé la existencia de tres programas de residencia médica. Se prevé la apertura de 12.000 nuevas plazas de residencia médica hasta el año 2017, con el objetivo de equiparar los puestos de especialización a la cantidad de graduados. Las plazas serán abiertas en áreas prioritarias para el SUS, como Medicina de la Familia y Comunidad, Pediatría, Psiquiatría, Obstetricia, Ginecología, entre otras. La ampliación de los cursos de graduación en las áreas con mayor necesidad de profesionales va a ser seguida por el aumento de las plazas de residencia en la misma localidad, ya que la oferta de residencia se asocia a la permanencia del profesional médico en determinada localidad.

Especialidad médica para la APS

La especialidad de Medicina General y Comunitaria fue reconocida por el Ministerio de Educación, por intermedio de la Comisión Nacional de Residencia Médica, en 1981, aunque desde 1976 hubiese programas de formación específica

en algunas municipalidades. En 2002, por medio de propuesta presentada por la Sociedad Brasileira de Medicina de Familia y Comunidad, se estableció la denominación actual, Medicina de Familia y Comunidad, por medio de una resolución conjunta entre el Consejo Federal de Medicina, la Asociación Médica Brasileira y la Comisión Nacional de Residencia Médica, a pesar de la resistencia corporativa de algunas especialidades.

En el país, el Consejo Federal de Medicina actúa en el planeamiento y la definición de los cursos de graduación y residencia médica. La Comisión Nacional de la Residencia Médica, creada en 1977 y vinculada al Ministerio de Educación, es responsable por la regulación, supervisión y evaluación de la residencia médica en el país, cuyo principio debería ser atender las necesidades del SUS. Sin embargo, como lo destacan Carvalho y Souza (2013), la Comisión tiene cierta sumisión a las reglas del mercado, que termina siendo el principal inductor de las elecciones de este profesional para la residencia médica. Las autoras destacan que la ausencia de regulación estatal trae consecuencias como un alto porcentaje de ociosidad en la ocupación de plazas de la Residencia de Medicina de Familia y Comunidad, que alcanza aproximadamente el 70%, sobre todo por no ser atractiva desde el punto de vista del mercado, ya que no configura una exigencia para la actuación en los servicios de APS y, al mismo tiempo, representa un campo de trabajo mayoritariamente en el servicio público, poco valorizado desde el punto de vista social y económico por los médicos.

Principales estrategias de formación de recursos humanos para la APS

Entre las iniciativas emprendidas para transformar la enseñanza de salud en el país está el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud, PRO-Salud. El público del PRO-Salud está formado por estudiantes universitarios, docentes y profesionales de la salud. Los proyectos son desarrollados por instituciones de enseñanza superior en conjunto con los servicios públicos de salud. El programa tiene como eje central la integración enseñanza-servicio, con la consecuente inserción de los estudiantes de pregrado del área de salud desde el principio de su formación en el escenario de la práctica de la Red SUS, con énfasis en la APS.

Otra iniciativa para promover cambios en la formación de profesionales es el Programa de Educación por el Trabajo para la Salud, que tiene el objetivo de fomentar grupos de aprendizaje tutorial en áreas estratégicas para el SUS, caracterizándose como un instrumento para la calificación de los trabajadores de salud, así como de iniciación al trabajo y formación de estudiantes de pregrado en salud. La perspectiva es calificar la atención y considerar las necesidades de los servicios como fuente de producción de conocimiento e investigación en las universidades. Los dos programas tienen como presupuestos la consolidación de la integración enseñanza-servicio-comunidad y la educación por el trabajo.

En la educación permanente en el campo de la APS se destaca también la creación, en el 2007, del Programa Nacional Telesalud Brasil Redes, cuyo objetivo es el fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de la atención de la APS, integrando la enseñanza y el servicio a través de herramientas y tecnologías de la información y comunicación en cuatro campos: teleconsultoría, segunda opinión formativa, telediagnóstico y teleeducación.

A partir del 2012 se creó un incentivo para que las municipalidades desarrollasen programas de residencia en Medicina de Familia y Comunidad en sus respectivas Redes de Atención de Salud, previendo la inserción del residente en los equipos de Salud de la Familia, con acompañamiento de tutor y recomendación de equiparación de la beca al promedio salarial de los médicos de familia de la municipalidad.

Otra iniciativa es el Programa de Valorización del Profesional de la Atención Básica (Provab), que prevé la actuación de médicos, enfermeros y odontólogos durante 12 meses con beca. Bajo la supervisión de una institución de enseñanza superior, incluye la participación del profesional en un curso de especialización en APS. Cada semana, el profesional ejerce 32 horas de actividades prácticas en las Unidades Básicas de Salud y 8 horas en el curso de especialización.

INTERSECTORIALIDAD EN APS

La promoción de la salud está definida como una de las atribuciones de la APS en Brasil de acuerdo con la Política Nacional de Atención Básica (2011) y es parte de la concepción ampliada e integral de salud y función de todos los profesionales de los equipos de APS. Incluye acciones en el ámbito individual y colectivo capaces de impactar en la “situación de salud y autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades” (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a:19). En general, los sectores de educación y desarrollo social son los que más están articulados con los equipos de APS, ya sea para el Programa Salud en la Escuela o para el acompañamiento de las condicionalidades del Programa Bolsa Familia. El Agente Comunitario de Salud es el profesional más directamente involucrado en las acciones intersectoriales.

En el ámbito de la APS, dos programas intersectoriales se destacan por su institucionalidad: el Programa Salud en la Escuela y la Academia de la Salud. El Programa Salud en la Escuela prevé la actuación conjunta de los Ministerios de Educación y de Salud para la promoción de la atención integral a los niños, adolescentes y jóvenes de la enseñanza pública básica, jardines y educación preescolar. Entre las acciones que deben desarrollar los equipos de la atención básica y de la educación se destacan: evaluación clínica y psicosocial; promoción de la alimentación saludable; prácticas corporales y actividades físicas en las escuelas;

educación sexual y reproductiva y prevención del uso del alcohol, tabaco y otras drogas, entre otras (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a).

La intersectorialidad es un principio para el desarrollo de las acciones del Programa Academia de la Salud. Las Academias son partes integrantes de la APS y deben ser coordinadas por ella, componiendo un punto más en la atención de salud, que debe estar articulado a los demás servicios de salud de la red. Las Academias están vinculadas a un Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia o a una Unidad Básica de Salud. El objetivo principal es “contribuir para la promoción de la salud y producción del cuidado y de modos vida saludables de la población a partir de la implementación de polos con infraestructura y personal calificado” (Brasil, Ministério da Saúde, 2013b).

Otra iniciativa de la articulación intersectorial se da en la interfaz entre la asistencia social y la salud, en el ámbito del Programa Bolsa Familia (PBF). El PBF, bajo la gestión del Ministerio del Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre, es un dispositivo de transferencia directa de ingresos a las familias en situación de pobreza o de extrema pobreza, con la finalidad de promover el acceso a los derechos sociales básicos y romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. El Programa es realizado por medio del auxilio financiero a las familias vinculado al cumplimiento de compromisos en la salud, educación y asistencia social, las llamadas condicionalidades. Los Agentes Comunitarios de Salud identifican familias vulnerables para inscripción en el PBF, acompañan a las familias, incentivan el cumplimiento de las condicionalidades en salud y las registran. El Bolsa Familia tiene tres ejes principales: la transferencia de ingresos para promover el alivio inmediato de la pobreza; el cumplimiento de las condicionalidades con el objetivo de garantizar el acceso a los derechos sociales básicos en las áreas de la educación, salud y asistencia social; y las acciones y programas complementarios que buscan el desarrollo de las familias, de modo que los beneficiarios puedan superar la situación de vulnerabilidad.

Rasella et al. (2013), en una investigación basada en datos secundarios de 2.853 municipalidades, constataron que el Programa Bolsa Familia ha reducido en 19% la mortalidad general entre niños menores de 5 años en la municipalidades donde hay alta cobertura, observando que esta reducción fue todavía más significativa cuando se consideró la mortalidad específica por causas como desnutrición (65%) y diarrea (53%). Los autores constataron también que la asociación entre el PBF y la Estrategia Salud de la Familia produce efectos sinérgicos en la reducción de la mortalidad entre los menores de cinco años. El estudio concluyó que el aumento de los ingresos posibilitado por las transferencias financieras permite el acceso a los alimentos y a otros bienes relacionados con la salud. Esos factores ayudan en la reducción de la pobreza de las familias, mejoran las condiciones de vida, eliminan las dificultades del acceso a la salud y, consecuentemente, contribuyen a la disminución de las muertes entre los niños.

Una investigación realizada por Giovanella et al. (2009a) en cuatro grandes centros urbanos reveló que el desarrollo de acciones intersectoriales en el territorio por los equipos de Salud de la Familia podría ser potencializado por articulaciones intersectoriales en el nivel del ejecutivo municipal. Los resultados mostraron que cerca de la mitad de los profesionales de los equipos de Salud de la Familia en las cuatro municipalidades hacen el relevamiento de los problemas de la comunidad y participan de actividades conjuntas con otros sectores para la solución de problemas de la comunidad. Los resultados encontrados dialogan con otros estudios que revelan la baja puntuación para la “orientación comunitaria” según la evaluación de los usuarios, aunque sean mejores que aquellos encontrados en las unidades básicas de salud tradicionales (Giovanella et al., 2009a).

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS

En Brasil, la participación social está institucionalizada como una de las directrices del Sistema Único de Salud y las reglas para el control social fueron definidas en la Ley 8.142 de 1990, que establece la obligatoriedad de la implementación y funcionamiento de los Consejos de Salud para el recibimiento de las transferencias financieras fondo a fondo (Brasil, Presidência da República, 1990).

El Consejo Nacional de Salud ya existía desde el 1937, pero hasta 1990 se trataba de un órgano consultivo y sus consejeros eran designados por el gobierno (Coelho, 2012). En la configuración del SUS, los consejos representan los órganos colegiados de carácter permanente y deliberativo, compuestos por representantes de los gobiernos, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios (50% de los miembros), que actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud en la respectiva instancia, federal, municipal o estadual, por medio de reuniones mensuales.

Las Conferencias de Salud son otra instancia de participación social del SUS. Realizadas cada 4 años, deben contar necesariamente con la participación de los movimientos sociales organizados, de las entidades vinculadas al área de la salud, de los gestores y de los prestadores de servicios. Los principales objetivos son evaluar la situación de salud y acceso a los servicios de salud y proponer directrices para la formulación de políticas. Las deliberaciones de las Conferencias deben orientar a los gobiernos en la elaboración de los planes de salud y en la definición de acciones prioritarias en los tres niveles: estados, municipalidades y nacional.

Para la implementación y acreditación de los equipos de Salud de la Familia por el Ministerio de Salud, el proyecto elaborado por la gestión municipal debe ser aprobado por el Consejo Municipal de Salud, compuesto por representantes de la sociedad civil, prestadores, profesionales y gestores de la salud, antes de ser encaminado a las secretarías de estado de salud. La transferencia de recursos fondo

a fondo del Ministerio de Salud para la APS a las municipalidades es efectuada en una cuenta abierta específicamente para esa finalidad, con el objetivo de facilitar el seguimiento por parte de los Consejos Municipales de Salud, que reciben la notificación del crédito de los recursos. La comprobación de la aplicación de los recursos “fondo a fondo” presentadas al gestor federal en los informes de gestión son aprobados por los respectivos Consejos de Salud.

En el ámbito local, pueden conformarse Consejos Locales de Salud, responsables por la evaluación de la política de salud en el área de cobertura de las unidades básicas. La Política Nacional de Atención Básica (2011) recomienda que las Unidades Básicas de Salud tengan consejos/colegiados de gestión que viabilicen la participación social a nivel local (Brasil, Ministério da Saúde, 2011a). Los resultados del PMAQ-AB (2012) indican que el 59% de los equipos de APS trabajan con Consejos Locales y que el 73% de ellos disponen de canales de comunicación con los usuarios (PMAQ-AB, 2012).

Los consejos y conferencias de salud son priorizados en los textos oficiales y por la mayoría de los actores sociales como las principales formas de participación social y división del poder entre gestores, trabajadores y usuarios en el SUS (Coelho, 2012). Se reconocen problemas estructurales y políticos en los consejos y conferencias, sobre todo en el espacio municipal, como: baja representatividad, poca renovación de miembros, dominación por grupos más organizados, resistencia de los órganos gubernamentales en trabajar con los nuevos actores sociales, concepción de gestores y profesionales de que el usuario no sería capaz de contribuir, más allá de la posición desventajosa de los usuarios en los consejos en lo que se refiere a la disponibilidad de tiempo, transporte, etc., en comparación con los demás grupos (Coelho, 2012).

No obstante, es común la interpretación de que, aunque no garantice por sí misma la participación plena y efectiva, la definición legal de la participación social vía consejos y conferencias de salud representa una conquista en la construcción de la ciudadanía (Vianna et al., 2009) y que los espacios institucionalizados de participación popular pueden contribuir para la formación de identidades colectivas.

INTERCULTURALIDAD EN APS

En Brasil es reciente la incorporación de la interculturalidad en los documentos oficiales y políticas de la APS. La preocupación por un abordaje intercultural tiene más tradición en las políticas de salud indígenas.

El Departamento de Atención Básica define que: “la interculturalidad es entendida como modo de coexistencia en el cual los individuos, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diferentes, conviven e integran de forma abierta, inclusiva, horizontal, respetuosa y se refuerzan mutuamente, en un contexto compartido” (Brasil, Ministério da Saúde, 2014a).

En la Política Nacional de Atención Básica no hay mención al concepto de interculturalidad, cuyas acciones son incipientes en el país. Aun así, postula que la APS debe considerar el sujeto en su singularidad e inserción sociocultural con el objetivo de lograr la atención integral.

La publicación de la Política Nacional de Prácticas Integradoras y Complementarias, en 2006, institucionaliza la homeopatía, las plantas medicinales y fitoterapéuticas, la medicina tradicional china/acupuntura, la medicina antroposófica, entre otras, en el Sistema Único de Salud. Se considera que la utilización de plantas medicinales y derivados como recursos terapéuticos está condicionada a la comprensión y valorización de la multiculturalidad e interculturalidad por parte de los gestores y los profesionales de salud para la mayor equidad e (Brasil, Ministério da Saúde, 2006).

Se observan referencias a la interculturalidad en el SUS en la Política Nacional de Atención a la Salud en los Pueblos Indígenas (2002), que prevé el derecho de las poblaciones a una atención diferenciada en el Sistema Único de Salud que respete sus particularidades culturales (Brasil, Fundação Nacional de Saúde, 2002). Con la creación del Subsistema de Atención de Salud Indígena se reconocen las históricas desigualdades e inequidades vividas por los pueblos indígenas en Brasil (Langdon y Diehl, 2007).

La Secretaria Especial de Salud Indígena es el área del Ministerio de Salud responsable por coordinar la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y todo el proceso de gestión del subsistema de Atención a la Salud Indígena. La Secretaria Especial surgió en 2010 a partir de la necesidad de reformulación de la gestión de la salud indígena en el país, demanda reivindicada por los propios indígenas durante las Conferencias Nacionales de Salud Indígena (Brasil, Ministério da Saúde, 2014b). Los estados, las municipalidades y organizaciones no gubernamentales pueden actuar de manera complementaria en la ejecución de las acciones de salud indígena (Brasil, Fundação Nacional de Saúde, 2002); sin embargo, predomina la contratación de organizaciones no gubernamentales en la atención a la salud de los pueblos indígenas en Brasil.

CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia brasileña de Atención Primaria de Salud muestra un escenario diverso de prácticas, aunque sea considerable el marco legal y normativo implementado por el gestor federal. De forma general, se percibe que la concepción, organización y evaluación de la APS desde el 2002 son fuertemente referenciadas a los trabajos de Bárbara Starfield (2002), cuyos atributos esenciales y derivados se convirtieron en la imagen-objetivo para la búsqueda de una APS robusta e integral. Se agrega a la concepción brasileña la importancia del territorio, concepto clave

para la definición de acciones capaces de impactar en los determinantes sociales de la salud y superar la lógica del proceso de trabajo orientado predominantemente por las acciones programáticas ofrecidas a determinados grupos vulnerables o problemas de salud específicos, como acompañamiento del desarrollo infantil, prenatal, hipertensión, entre otros (Starfield, 2002).

Las características del proceso de descentralización atomizado, o sea, con relación directa entre el Ministerio de Salud y las más de 5,5 mil municipalidades con considerables grados de autonomía y baja participación de los estados, han contribuido a la diversidad de experiencias, en varios casos exitosas y más próximas de las necesidades locales y regionales. Por otro lado, estas mismas características también contribuyeron a la multiplicidad de formas de contratación de profesionales, la heterogeneidad en la infraestructura y las condiciones de trabajo. Sobre todo, la descentralización excesiva obstaculizó la conformación de redes capaces de garantizar la integración e integralidad del cuidado, lo que constituye un reto importante para el SUS. Algunos autores argumentan que el Sistema Único de Salud presenta grados de coordinación e integración en el funcionamiento de su red asistencial insuficientes para que pueda ser nombrado como un sistema (Cunha y Campos, 2011).

Es incuestionable la difusión e institucionalidad que la APS alcanzó en las últimas dos décadas en Brasil. Más allá del discurso oficial que instituye la APS como puerta de entrada preferencial, accesible, integral, longitudinal, con enfoque comunitario, coordinadora de los cuidados y ordenadora de la red, entre otros atributos mencionados en la política nacional, algunos puntos parecen claves para la efectiva materialización del discurso y garantía del acceso universal a la atención a la salud de calidad.

Las investigaciones evaluativas y la literatura sobre el tema revelan que hay problemas de diversos órdenes que impiden a la APS ejercer plenamente su rol de puerta de entrada al sistema y para que los usuarios puedan ser acogidos en el momento en que lo demandan. Según Campos et al. (2010), la dimensión de la acogida implica la disposición, organización y preparación para que el equipo pueda recibir, en horarios variables, una gran variedad de demandas, con capacidad de realizar una evaluación de riesgo y garantizar una máxima resolutivez. Incluso en las municipalidades que cuentan con una APS históricamente consolidada, como Curitiba, problemas en la utilización de unidades básicas como servicios de primer contacto sugieren que el abordaje de ese problema va más allá de la necesaria estandarización de los procedimientos ya que exige cambios en la organización del proceso de trabajo de los equipos basados en las necesidades de salud del territorio.

La organización de la red con base en la definición de la puerta de entrada preferencial a través de la APS se confronta con la fuerte competencia de los servicios de atención de urgencia y de emergencia hospitalaria como servicios de primer contacto. Esta es una situación probablemente agravada por la insuficiente

articulación entre los puntos de atención (básica y especializada) y por problemas en la organización del proceso de trabajo de los equipos de Salud de la Familia, con baja integración entre las acciones programadas y la atención a la demanda espontánea. En ese sentido, se puede afirmar que la coordinación de los cuidados depende de políticas institucionales que enfrenten la fragmentación de los servicios de salud, fortalezcan las instancias de concertación regional, amplíen la oferta y mejoren la regulación del acceso a la atención especializada desde la APS (Almeida y Santos, 2014).

Otro punto nodal está relacionado al financiamiento, no solamente de la APS, sino del sistema público de salud, cuyos gastos públicos todavía no representan el 50% del total de gastos en salud en el país. Si bien se observó un aumento de los recursos federales para la APS a partir del año 2000, la composición tripartita de las inversiones públicas aún es insuficiente para garantizar la robustez pretendida. Al mismo tiempo, algunos estudios han demostrado que, en promedio, 60% de los gastos de los equipos de Salud de la Familia son referentes a los recursos humanos: una vez más, se sobrecarga a las municipalidades con dificultades de atracción de profesionales, que llegan a comprometer su presupuesto para la contratación de médicos (Vieira y Cervo, 2013). La Enmienda Constitucional 29, con regulación recién aprobada luego de más de una década de tramitación en el Congreso Nacional y que de cierta forma refleja las correlaciones de poder en torno de la concreción de un sistema universal de salud, fue un avance en la garantía de fuentes estables, pero insuficientes.

Las normas que definen el alcance de las acciones que deben ser desarrolladas en la APS son bastante amplias. Sin embargo, la implementación de un conjunto de procedimientos depende de condicionantes diversos en las municipalidades brasileñas relacionados a la infraestructura, la disponibilidad de profesionales, la educación permanente, las desigualdades sociales y, también, de la concepción acerca del rol de la APS en el sistema de salud.

Cabe mencionar que tales condicionantes no minimizan los efectos positivos de la evidente ampliación del acceso y calificación de la APS observada a partir del año 2000, que incluyen la disminución significativa de las barreras geográficas y económicas en función de la capilaridad en la distribución de las Unidades Básicas de Salud, lo que permite el acceso a través del traslado a pie para la gran mayoría de los usuarios. La incorporación de la Salud Bucal a la Estrategia Salud de la Familia también representó la provisión pública de servicios en un campo que estaba hasta entonces monopolizado por la iniciativa privada.

Para tornar todavía más compleja la misión del mapeo de la APS en el país, convivimos con modelos distintos de organización. Por una parte, aproximadamente el 62% de la población está formalmente cubierta por los equipos de Salud de la Familia. Otra parte de la población utiliza centros y unidades básicas de salud

llamados “tradicionales”, cuya organización es variable. Se estima que la cobertura de la población mediante la atención básica del SUS en el país alcanza más del 70% (DAB, 2014b). Así, nos encontramos con un panorama heterogéneo. Esa convivencia es más común en los mayores centros urbanos que ya disponían de una red de establecimientos de APS antes de la Salud de la Familia. Aunque la Política Nacional de Atención Básica defina directrices para todas las formas de organización de APS, en esas unidades tradicionales muy a menudo hay mayores dificultades para la actuación territorial y familiar y para la inserción de los profesionales, ya que existen formas muy diversas de contratación, cargas horarias y servicios ofrecidos, generalmente siguiendo la lógica de los programas verticales.

Se convive también con una parte importante de la población cubierta por planes de salud privados, con acceso directo a los especialistas y bajo un modelo de atención ambulatoria que opera de acuerdo a una lógica de mercado completamente distinta del sistema público. Además de ser fuertemente prestigiados por los medios de comunicación y por la población debido a algunas facilidades de acceso, no obstante los buenos resultados en salud del sistema público, los planes privados ejercen una competencia pesada en la contratación de recursos humanos, sobre todo médicos, y contribuyen con la baja valorización de los profesionales que actúan en el SUS.

El mapeo aquí presentado se centró en las características de la APS como parte del sistema público que, sin embargo, convive con un importante sistema privado. Algunos de los elementos presentados indican grados de segmentación del sistema de salud y de la APS. El financiamiento público del SUS no logró alcanzar los montos necesarios para condicionar la universalidad propuesta en la Constitución. La segmentación se observa en la presencia de un importante porcentaje de la población cubierta por el sistema privado de salud, sobre todo, los grupos de mayores ingresos o que reciben el beneficio por medio de la inserción laboral y que tiene acceso a servicios y procedimientos en salud condicionados por su capacidad de pago. También se destaca que la cobertura pública no es excluyente y que toda población brasileña se beneficia del SUS, aunque sea para las acciones colectivas o de alta complejidad/alto costo, como la hemodiálisis o el tratamiento del SIDA. En la APS, existe algún grado de segmentación entre la población cubierta por el modelo tradicional y los equipos de Salud de la Familia que, en general, presentan mejores resultados cuando se los evalúa en cuanto a sus atributos esenciales. Las diferencias entre los municipios en cuanto a la red, la infraestructura y disponibilidad de profesionales también condicionan la oferta y el acceso diferenciado en la atención a la salud, en general, y en la APS.

Un elemento importante para la implementación del SUS es la incorporación de otros actores y espacios institucionales para una gestión compartida del sistema, adicionalmente a los espacios formalmente constituidos. Sin embargo, más allá de las disposiciones oficiales, parece urgente la búsqueda de dispositivos que favorezcan

la organización y participación de las comunidades locales en la efectiva cogestión de los servicios de APS, con el fortalecimiento y expansión de los Consejos Locales de Salud. Al mapear este amplio y diverso campo de la atención básica en el país, a pesar de exitosas iniciativas locales, se percibe que en la gestión federal todavía son incipientes las políticas y acciones para inducir y fortalecer la participación social, pese a la institucionalidad del Consejo Nacional de Salud y el Movimiento Sanitario, que agregó diversos sectores de la sociedad brasileña en la formulación del sistema único de salud con bases en el derecho universal y garantizado por el Estado desde fines de la década de 1970.

En ese mismo campo, y como otra cara del mismo problema, los equipos de Salud de la Familia presentan, en general, una insuficiente actuación intersectorial y comunitaria, así como los respectivos poderes ejecutivos municipales, con una baja capacidad de articulación intersectorial.

Subrayamos también que el mapeo de las dimensiones de la APS permite destacar algunos puntos nodales enfrentados por el gestor federal. El reconocimiento y enfrentamiento de la precariedad de la infraestructura de los servicios de la APS es una importante iniciativa del Ministerio de Salud que brinda significativos aportes para la ampliación, reforma y construcción de nuevas unidades mediante la presentación de proyectos desde las municipalidades en el ámbito del Programa de Recualificación de las UBS.

La inversión en Tecnologías de la Información y Comunicación, con la creación de la historia clínica informatizada, sistemas de regulación desde la APS e instrumentos de telesalud, disponibles para el 18,5% de los equipos que adhirieron al PMAQ-AB en el 2012, son posibilidades concretas para el estrechamiento de las relaciones entre los profesionales de distintas especialidades, la mejora de la coordinación y continuidad del cuidado y el aumento de la resolutivez de la APS. Sin minimizar la importancia de tales iniciativas, llama la atención el hecho de que tecnologías simples, como la utilización del teléfono para agendar una cita en el Centro de Salud, todavía sean una realidad improbable en el país, como lo constató el PMAQ-AB (2012). Por otra parte, la inversión en el apoyo matricial a través de los equipos multidisciplinarios de los Núcleos de Atención de Salud de la Familia desde 2008 amplía conocimientos y cualifica prácticas en la APS.

Es posible que el mayor avance de la actual gestión federal de la APS se haya dado en la esfera del trabajo en salud, si bien las iniciativas no gocen de consenso. La principal de ellas es el Programa Más Médicos para Brasil, que viabilizó la llegada de médicos extranjeros, sobre todo cubanos (más de once mil) o brasileños formados en el exterior, para actuar en los servicios de la APS en zonas alejadas y desfavorecidas. Investigaciones realizadas para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos por profesionales del Más Médicos muestran que 95% estaban satisfechos/muy satisfechos con la actuación del médico y 86% consideran que la calidad de

la atención en salud está mejor/mucho mejor después de la llegada de los médicos del programa (Brasil, Presidência da República, 2014d).

La expansión de los equipos de Salud de la Familia y de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia fue acompañada por iniciativas financiadas por el gestor federal, que combinan la formación a nivel de pregrado en salud y práctica en los servicios, principalmente en la APS, con participación de estudiantes, profesores universitarios y trabajadores de la salud que actúan como tutores.

Sin embargo, persiste la autorregulación de las profesiones por los respectivos consejos y la definición de las especialidades médicas por el Consejo Federal de Medicina. Si bien las residencias médicas son financiadas con recursos públicos, sólo recientemente el Ministerio de Salud pasó a intervenir efectivamente en la definición de la oferta de plazas por especialidad. Pese las debidas consideraciones acerca de las diferencias entre los sistemas de salud, Starfield (2002) define que uno de los parámetros que puede indicar la fortaleza y la orientación del sistema hacia la APS es el número de médicos de APS con relación a los otros especialistas. En una realidad en la cual tenemos más profesionales con residencia en Cirugía Plástica que en Medicina de Familia y Comunidad, podríamos cuestionarnos sobre cuáles son las posibilidades de la construcción de un modelo de salud basado en una APS fuerte. Tampoco se observan políticas de Estado para enfrentar la precarización de los vínculos laborales, con la creación de carreras para el SUS. La ausencia de una carrera profesional en el SUS afecta de manera más dramática la APS, ya que la continuidad de la relación profesional-usuario se constituye como una directriz ética y organizacional.

La institucionalización de la evaluación en la APS es un tema prioritario para el Ministerio de Salud, que ganó ímpetu con la expansión de la Estrategia Salud de la Familia. Importantes asociaciones entre el gestor federal e instituciones de enseñanza se establecieron en los últimos años para la realización de investigaciones evaluativas y monitoreo de la APS. En el año 2012 se inició el primer ciclo de evaluación del Programa de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB), que contó con la adhesión de alrededor de 17.000 equipos de la APS. El PMAQ-AB vincula la recepción de recursos al logro de estándares de calidad. En 2013 se efectuó el segundo ciclo de evaluaciones externas, con ampliación del número de adhesiones para más de 30 mil equipos en 5.211 municipalidades.

Un importante avance en la política nacional de APS desde el 2006 es el reconocimiento de las poblaciones con necesidades de salud diferenciadas, con la creación de aportes financieros específicos. Estos son los casos de, por ejemplo, el reconocimiento de las singularidades de las poblaciones ribereñas del área de la Amazonia Legal, con la provisión de Unidades Básicas de Salud Fluvial, cuya estructura es totalmente financiada por el Ministerio de Salud y con un modelo diferenciado para el costeo. La experiencia de la primera Unidad Básica de Salud Fluvial en la municipalidad de Borba, relatada en este capítulo, puede ser apuntada

como una experiencia exitosa y ejemplar de la diversidad de una APS abarcadora en el sentido de ser capaz de mantener sus atributos esenciales, al mismo tiempo en que se organiza de manera singular a fines de atender a las necesidades de determinado territorio.

REFERENCIAS

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHL, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26(2):286-98.

Almeida PF, Santos AM. O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em regiões de saúde da Bahia. *Relatório de Pesquisa*. Brasília: CNPq; 2014.

Almeida PF. Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul. *Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Isags; 2014. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[127\]ling\[1\]anx\[519\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[127]ling[1]anx[519].pdf) Acceso el: 10 de diciembre de 2014.

Brasil, Presidência da República. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília; 1990.

Brasil, Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil, Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília; 2011b.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 2.206, de 14 de setembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 2.394, de 11 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011d.

Brasil, Presidência da República. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Brasília; 2012a.

Brasil, Ministério da Saúde. Renases - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Renases, 2012b. Disponible en: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/RENASES%20-%20Lista%202012.pdf> Acceso el: 10 de junio de 2014.

Brasil, Presidência da República. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília; 2013a.

Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 2.681, de 7 de novembro de 2013. Brasília; 2013b.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares/Interculturalidade, 2014a. Disponible en: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=interculturalidade Acceso el: 07 de marzo de 2014.

Brasil, Ministério da Saúde, Sesai – Secretaria Especial de Saúde Indígena. Sesai, 2014b. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai> Acceso el: 19 de junio de 2014.

Brasil, Ministério da Saúde, Sisreg – Sistema Nacional de Regulação. Sisreg, 2014c. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430> Acesso el: 19 de septiembre de 2014.

Brasil, Presidência da República. Blog do Planalto. Ministério da Saúde contesta abordagem de revista sobre cooperação para o Mais Médicos [Internet] 2014d. Disponível em: <http://blog.planalto.gov.br/assunto/cooperacao-opas/> Acesso el: 24 de septiembre de 2014.

Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas da Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

Carneiro Júnior N, Nascimento VB, Costa IEC. Relação entre público e privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. Saúde e Sociedade 2011; 20(4):971-979.

Carvalho MS, Souza MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. Interface. Comunicação, Saúde, Educação 2013; 17(47):913-26.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Tipos de Estabelecimentos. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00. Acesso el: 10 de febrero de 2014.

Coelho JS. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saúde e Sociedade 2012; 21(Supl.1):138-151.

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Relatório de pesquisa. Brasília: Cofen; 2011.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde e Sociedade 2011; 20(4):961-970.

DAB – Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família, 2014a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso el: 13 de enero de 2015.

DAB – Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e mudança no modelo de atenção à saúde. Cenário atual e perspectivas. 2014b. Apresentação no VI Congresso de Secretarias Municipais de Saúde de Sergipe em Barra dos Coqueiros, de 11 a 12 de setembro de 2014.

Datasus. Indicadores e Dados Básicos. Indicadores de recursos, 2014a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def> Acesso el: 06 de noviembre de 2014.

Datasus. Indicadores e Dados Básicos. Indicadores de cobertura, 2014b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/f16.def> Acesso el: 19 de junio de 2014.

Datasus. Indicadores e Dados Básicos. Indicadores de recursos, 2014c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/e20.htm> Acesso el: 12 de marzo de 2014.

Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde em Debate 2014; 38(número especial):13-33.

Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadores. Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório final. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2009a. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tip=B>. Acesso el: 19 de junio de 2014.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2009b; 14(3):783-794.

Giovanella L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud; 2013. Disponible en: <http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/An%C3%A1lisis%20comparativo%20Ar%2C%20Br%2C%20Uy.pdf>. Acceso el: 19 de junio de 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 245p.

Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e Sociedade* 2007; 16(2):19-36.

Macinko J, Guanais FC, Souza, MFM. An evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60(1):13-19.

Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the Family Health Program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine* 2007; 65(10):2070-80.

Merchán-Hamann E, Shimizu HE, Bermúdez XPD. Perfis descritivos dos sistemas de saúde dos Estados Parte do Mercosul. Perfil do sistema de saúde da República Federativa do Brasil. Brasília: Observatório Mercosul de Sistemas de Saúde; 2013.

PMAQ-AB. Banco de dados da avaliação externa PMAQ-AB primeiro ciclo, 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: MS/SAS/DAB; 2012.

Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of brazilian municipalities. *The Lancet* 2013; 382(9886):57-64.

Santos AM. Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.

Scheffer M. Demografia médica no Brasil. Volume 2. Cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2013.

Secretaria Municipal de Saúde de Borba (AM). Visita de campo em março de 2014.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR). Visita de campo em março de 2014.

Seidl HMF, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCDL, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. *Saúde em Debate* 2014; 38(Especial):94-108.

Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(Supl.):203-211.

Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 627-673.

Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(8):1781-1790.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Vianna MLTW, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando?. Sociologias 2009; 11(21):218-251.

Vieira RS, Cervo, LMS. Estimativas de custos dos recursos humanos em Atenção Básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nota Técnica nº16. Rio de Janeiro: IPEA; 2013.

Wollmann A, Ros CD, Lowen IMV, Moreira LR, Kami MT, Gomes MAG, et al. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Atenção Primária à Saúde, Coordenação do Acesso e Vínculo; 2014.





La atención primaria en sistemas de salud basados en el aseguramiento: El caso de Chile, Colombia y Perú

Román Vega Romero y Naydú Acosta Ramírez

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta el análisis comparativo del mapeo de la Atención Primaria de Salud (APS) en Colombia, Perú y Chile. Este trabajo se inició en noviembre del 2013 con la recolección de información en cada uno de esos países y terminó en el primer semestre del 2014. Se usaron en ese proceso técnicas cualitativas de análisis documental, visitas técnicas para observación de campo y entrevistas a diversos actores del Sistema de Salud de nivel nacional y local. La información fue analizada posteriormente en un proceso crítico reflexivo con base en categorías predefinidas y otras emergentes, que se presentan a continuación en una síntesis narrativa.

Dentro de las características generales se destaca que Chile, Colombia y Perú tienen sistemas de salud segmentados, basados en reformas que introdujeron el aseguramiento social y privado para trabajadores asalariados y sectores independientes, y asistencia pública para los pobres sin capacidad de pago. Los sistemas siguen las reglas de separación y especialización de las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, con inclusión de múltiples agentes públicos y privados. Mantienen subsistemas exceptuados para grupos especiales de la población, entre ellos algunos trabajadores del sector público y miembros de la fuerza pública. En los tres países, la salud es formalmente proclamada un derecho social, aunque la forma de fijar su contenido es diferente. Igualmente, la Atención Primaria de Salud (APS) es considerada una estrategia del componente público del sistema de salud.

El sistema de salud chileno es dual, con un componente público y otro privado, en aseguramiento y en prestación de los servicios. El aseguramiento público lo constituye el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que contrata la prestación de los servicios de salud de sus afiliados con una red pública de prestadores que

integra el Sistema Nacional de Servicios de Salud, aunque los afiliados de mayores ingresos tienen la opción de elegir prestadores privados mediante el pago de un bono adicional. El aseguramiento privado está integrado por Instituciones de Salud Previsional (Isapre) que contratan la atención de sus afiliados a prestadores privados. El sistema atiende a la población a través de planes de protección de riesgos individuales y colectivos de salud. El Fonasa ofrece a sus afiliados un plan universal de prestaciones individuales predefinidas y las Isapre ofrecen a los suyos planes voluntarios a precios variables, según capacidad de pago. El sistema incluye acciones de salud pública incorporadas en programas y actividades separadas de reforzamiento y protección de riesgos colectivos para el conjunto de la población. Los afiliados a ambos componentes del sistema tienen protegido el acceso a las instituciones prestadoras de servicios de salud mediante un régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), que regula la calidad, la oportunidad de la atención y la protección financiera de los hogares para un conjunto de problemas de salud prioritarios. Actualmente, 80 patologías se encuentran incluidas en el sistema GES (Chile, Ministerio de Salud, 2014a; Chile, Superintendencia de Salud, 2014; Chile, Ministerio de Salud, 2012a). Según el Fonasa, en el año 2010 la cobertura de afiliación del sistema alcanzaba el 93% de la población, 74% en el Fonasa, 17% en las Isapre y 2% en las fuerzas armadas.

El sistema de salud de Colombia es un mix público/privado constituido por un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) conformado por dos regímenes, uno contributivo, para la población con capacidad de pago, y otro subsidiado, para los pobres. Incluye intermediación público/privada a través de Entidades Promotoras de Salud (EPS) para la gestión del aseguramiento de los riesgos de salud y la administración de los fondos públicos. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con prestadores privados, en el caso del régimen contributivo, y con prestadores públicos y privados, en el caso del régimen subsidiado. El sistema de aseguramiento protege a la población a través de dos tipos de prestaciones: 1) un Plan Obligatorio de Salud con prestaciones predefinidas que cubre los riesgos individuales de salud de los afiliados a los dos regímenes; y, 2) un Plan de Salud Pública que cubre los riesgos colectivos del conjunto de la población. Los afiliados de más altos ingresos pueden mejorar el Plan Obligatorio de Salud con un Plan Complementario a precios variables. Igualmente, estos mismos sectores de la población tienen la opción de comprar planes privados de medicina prepagada a precios variables. Los maestros de escuelas y de algunas universidades públicas, los trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol) y los integrantes de la fuerza pública tienen regímenes de salud exceptuados del SGSSS (Ramírez Moreno, 2010). Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, en el año 2013, el 91% de la población colombiana estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El 49% de los afiliados al SGSSS estaban cubiertos por

el régimen contributivo y el 51% de los afiliados estaban cubiertos por el régimen subsidiado (Colombia, DANE, 2014). El 9% no afiliado al SGSSS incluía afiliados a los regímenes exceptuados, beneficiarios pobres del subsidio a la oferta persistente y personas sin ninguna protección.

El sistema de salud del Perú es también un mix público/privado segmentado. Incluye un seguro social de salud tradicional de carácter contributivo, un subsistema de seguro público asistencial focalizado en los más pobres, un subsistema privado y otro de las fuerzas armadas y policiales. Las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (Iafas) son las encargadas de la gestión de los riesgos y recursos del financiamiento del sistema e incluyen diversos subsistemas de salud: 1) el Establecimiento del Seguro Social de Salud (EsSalud) corresponde al Seguro Social de los trabajadores formales e independientes con capacidad de pago, que cuentan con una red propia de establecimientos de servicios de salud; 2) el Seguro Integral de Salud (SIS) en el subsistema de asistencia pública, subsidiado para los más pobres y semicontributivo para trabajadores informales sin suficiente capacidad de pago, que contrata los establecimientos públicos prestadores de servicios de salud del Ministerio de Salud y las redes ejecutoras; 3) Iafas privadas, de seguros privados y contributivos; y 4) las Sanidades de las fuerzas armadas y policiales, que tienen sus instituciones prestadoras de servicios de salud específicas (Wilson et al., 2009; Giovanella et al., 2012; Perú, SIS, 2014). La población en Perú se beneficia de dos tipos generales de prestaciones: unas individuales y predefinidas, con una lista priorizada mínima, para los afiliados al sistema de seguros sociales; y un plan de salud pública para el conjunto de la población. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares 2012 del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, un 61,9% de la población está afiliada a algún seguro de salud, aunque con diferencias por área de residencia, que favorecen al sector rural (72%) con relación al área urbana (59%). Además, hay amplias diferencias por regiones (un rango entre 88% y 41%). El 31% y el 24% de la población refirió estar afiliada, respectivamente, al SIS y a EsSalud en el 2012 (Perú, Ministerio de Salud/Sunasa, 2013).

CONDUCCIÓN DE LA APS

Emergencia y trayectorias de la APS

Aunque con trayectorias históricas distintas, Chile, Colombia y Perú comenzaron pronto a poner en práctica las orientaciones sobre Atención Primaria de Salud emanadas de la Declaración de Alma-Ata de 1978 (OPS/OMS, 1978). Esta primera fase, aunque tuvo desarrollos desiguales, fue posteriormente afectada, también de forma diferente en cada país, por las reformas con orientación de mercado de los sistemas de salud.

Chile, bajo el régimen militar de Pinochet, a partir de 1979, constituyó el actual sistema dual público/privado de aseguramiento en salud. Este sistema reemplazó el anterior Servicio Nacional de Salud, creado en 1952, fruto del desarrollo de la medicina social impulsada por Salvador Allende (Waitzkin, 2011). A partir de 1981, con el objetivo de reducir los gastos del Estado central y promover la privatización de los servicios de salud, el régimen militar descentralizó la administración de los consultorios, centros y postas de atención primaria, los cuales fueron parcialmente municipalizados, pasando su administración a departamentos de salud municipales y a corporaciones de salud privadas (Scarpaci, 1989; Chile, Ministerio de Salud, 2012a; Bass del Campo, 2012), aunque algunos de estos servicios quedaron bajo la dirección del Servicio de Salud a cargo del Ministerio de Salud.

Colombia, en cuyo territorio había avanzado de forma desigual una combinación de esquemas de atención primaria “primitiva”, primer nivel de atención, selectiva, de Sistemas Locales de Salud y Promoción de la Salud durante el antiguo Sistema Nacional de Salud, dismanteló lo logrado hasta comienzos de la década de 1990 al constituir el SGSSS, en 1993 (Vega Romero et al., 2012). Con un enfoque que privilegiaba las relaciones de mercado, esta reforma optó tanto por dispositivos privados sustitutos del papel del Estado y de la APS en la conducción y orientación de los servicios de salud, como por el uso de la gestión administrada en el aseguramiento a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), para garantizar el acceso a la atención y manejar el riesgo en salud.

En Perú, se desarrollaron diversas experiencias de APS en el marco de una primera larga trayectoria que se remontó desde finales de la década de 1970 hasta los 90. Se reconoce que estas experiencias se caracterizaron por desarrollar, en general, formas de APS de tipo selectivo y localizadas en zonas específicas del territorio, como fueron el programa de Medicina Rural en Puno (dirigido por el Dr. Manuel Núñez Buitrón), el Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico, en Cajamarca (Altobelli et al., 2001), el Proyecto 2000, el Proyecto Salud y Nutrición Básica, el Proyecto Una Nueva Iniciativa y el Programa Salud Básica para Todos (Calderón, 2004).

A partir de estas experiencias iniciales, que generalmente no interpretaron de forma completa los lineamientos de la Declaración de Alma-Ata de 1978, y como consecuencia de las dificultades y fracasos de las reformas sectoriales con orientación de mercado, surgieron nuevas iniciativas de APS, aunque limitadas por la lógica de los sistemas de aseguramiento. Para avanzar se requirió de la iniciativa de gobiernos progresistas nacionales y locales (Laurell, 2008), del involucramiento de las organizaciones de la sociedad civil y de la promulgación de informes de investigación que ratificaron la importancia de la APS para fortalecer los sistemas de salud, actuar sobre los determinantes sociales de la salud y procurar la equidad (PAHO, 2007; Labonté et al., 2008; OMS, 2008; Acosta Ramírez et al., 2011). En

esas circunstancias, los gobiernos de estos tres países se vieron obligados a seguir reconociendo la importancia y vigencia de la APS y comenzaron a dar pasos, en tiempos distintos, para convertirla en estrategia pública de los sistemas de salud y de la sociedad o, al menos, para fortalecerla si ya existía, fundamentar el cambio de los modelos de atención en salud y fomentar los programas de salud pública.

Chile fue el primero en trabajar en esta dirección. Con los gobiernos de la Concertación se adoptaron varias medidas, entre ellas la introducción del mecanismo de financiamiento mediante pago per cápita de las prestaciones, a partir de 1994, que reemplazó el pago previo por prestaciones efectuadas; la búsqueda de la transformación de los consultorios y centros de atención primaria tradicionales en centros de salud familiar y comunitaria con población a cargo, desde 1997; el fortalecimiento del Fonasa como un fondo público de financiamiento de la salud y no sólo de sus afiliados, a partir del año 2000; la creación de las direcciones de salud pública y de redes de servicios para mejorar la gestión en salud; la introducción del régimen de Garantías Explícitas en Salud; la formulación e implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud, cimentado en un enfoque de APS familiar y comunitario; y, por último, la inclusión del enfoque intercultural en la atención en salud con la Resolución Exenta N° 261 de 2006 del Ministerio de Salud y la Política de Salud y Pueblos Indígenas (Scarpaci, 1989; Chile, Ministerio de Salud, 2006; Infante y Paraje, 2010; Montero et al., 2010).

En Colombia aparecieron iniciativas de reintroducción de la APS a partir de la constatación de la incapacidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para manejar los riesgos individuales y colectivos en salud, la falta de un modelo de atención integral en salud y la crisis de la salud pública. La implementación de la Ley 100 de 1993 (Colombia, Congreso de la República, 1993), aunque acabó con las experiencias de APS surgidas durante el Sistema Nacional de Salud, dio origen tardío a tres enfoques generales: primero, uno de acciones orientadas al individuo, de predominio biomédico y asistencial, neoselectivo¹ y de atención básica administrada, controlado por las EPS; segundo, otro de acciones colectivas de salud pública, basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, bajo la influencia de las autoridades municipales, distritales y departamentales de salud; y tercero, otro intercultural desde los pueblos originarios, con diversas expresiones según las tradiciones culturales de las comunidades étnicas que las ponen en práctica, pero en estrecha relación con el papel de estas comunidades en la conducción de las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud indígenas (Vega Romero et al., 2012).

¹ En este documento se denomina neoselectivo a la priorización, bajo criterios de costo-efectividad, de las prestaciones individuales de promoción y prevención incluidas en el POS y controladas por las aseguradoras, por referencia a las 4 o 7 intervenciones priorizadas por la APS-Selectiva (GOBI y GOBIFFF) a principios de la década de 1980 para reducir las tasas de mortalidad infantil en poblaciones pobres y vulnerables.

Con el proceso de la reforma de aseguramiento y de descentralización de la salud, el Perú puso en práctica desde el 2003, mediante la Resolución 729 del Ministerio de Salud, una primera versión de APS con base en equipos básicos de salud y estrategias separadas de salud familiar, denominada Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Esta se consideró una reforma fundamental de la salud pública y del modelo asistencialista predominante. Pero dado el limitado alcance sectorial de su implementación, su pobre desempeño, persistente asistencialismo, fragmentación de la atención y carencia de un claro enfoque familiar, comunitario y ambiental, desde el año 2011 se reajustó la estrategia a través del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC). Este modelo constituyó el inicio del tercer período de desarrollo de la APS en Perú (Medicus Mundi et al., 2012; Perú, Ministerio de Salud, 2010; 2011). Fue asumido por la red de establecimientos de salud del Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y, de forma explícita, por EsSalud, mientras que en el Seguro Integral de Salud no se identifica con claridad ese enfoque en los documentos de políticas y planes de esa entidad. Con el MAIS-BFC se promovió, aparentemente con menos fuerza que en los otros dos países, un enfoque intercultural de la atención.

Definición y enfoque actual de la APS

Los tres países promueven un enfoque de APS renovado (PAHO, 2007) que, aunque sigue los lineamientos de la Declaración de Alma-Ata de 1978, se adapta al modelo de reforma sectorial basada en el aseguramiento. El modelo de APS reclama tener orientación familiar y comunitaria; incluir los atributos de puerta de entrada, integralidad, coordinación, longitudinalidad y continuidad del cuidado; hacer énfasis en prevención de la enfermedad, promoción de la salud y resolutiveidad; y tomar en cuenta la participación comunitaria y la acción intersectorial por la salud. Algunos gobiernos se esfuerzan en constituir una institucionalidad adecuada al modelo de atención, fortalecer y cualificar los procedimientos, organizar el trabajo, mejorar la dotación de recursos humanos, infraestructura y equipamiento del primer nivel de atención, y desarrollar redes integradas de servicios de salud con base en la APS.

Así, por ejemplo, en Chile la APS se orienta a:

“acercar los servicios de salud a la gente con el propósito de reducir el abismo que media entre los ‘privilegiados’ y los ‘desposeídos’, a través de asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud para otorgar una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (Chile, Ministerio de Salud 2007:7).

En el Perú se busca la:

“transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento. Para tal propósito, se demanda [...] reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención; ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios; requiere adicionalmente de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS” (Perú, Ministerio de Salud, 2011:23).

En Colombia la APS se define como:

“la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Colombia, Congreso de la República, 2011).

La Ley 1.438 de 2011 establece que la APS estará “constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”.

Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales

Luego de la aprobación de normas de carácter legislativo por los Congresos de los tres países, a los Ministerios de Salud se les asigna la función de formular y orientar técnicamente la implementación de la APS, con desarrollos distintos según el país. Dado el modelo de aseguramiento público/privado y descentralizado prevalente, otros niveles de gobierno territoriales y agentes del mercado encargados del pago de la atención y de la gestión de los riesgos en salud asumen competencias que le son delegadas por las autoridades del gobierno nacional.

En Chile, la responsabilidad de formular e implementar las políticas relacionadas con la APS recae, principalmente, en el Ministerio de Salud y, dentro de este organismo, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de APS, que baja las orientaciones a los municipios y establecimientos de salud a través de

los 29 Servicios de Salud. Cada Servicio de Salud tiene un gestor de red, APS y niveles de complejidad. Esta Subsecretaría implementa las prioridades sanitarias definidas por la Subsecretaría de Salud Pública y las acciones para lograr sus objetivos; define las políticas que vinculan la APS a la red de atención; vela por el desarrollo del enfoque integral, familiar y comunitario del modelo de atención; garantiza la integración, eficiencia y calidad de la red de atención y define las políticas que permiten el desarrollo de la fuerza de trabajo que requiere el modelo de atención. El Fonasa define las prioridades de financiamiento de planes y programas de salud y contribuye al seguimiento y evaluación de la APS.

La administración de la APS descansa en dos niveles: uno central y otro municipal. El nivel central tiene a su cargo 28 comunas que incluyen establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, postas de salud rural, estaciones médicas y, además, programas de reforzamiento de la atención primaria y hospitales de menor complejidad del nivel primario, los cuales son administrados por los Servicios de Salud (Chile, Ministerio de Salud, 2007; 2013a; 2013b). Los municipios se encargan de administrar otras 321 comunas de salud municipales. Estas comunas tienen bajo su responsabilidad la mayoría de los establecimientos de salud urbanos y rurales a través de 267 Departamentos de Salud Municipales y de 53 Corporaciones municipales de salud de carácter privado, 29 de las cuales operan en la región metropolitana. Además, hay 8 organizaciones no gubernamentales (ONG) (instituciones autónomas) que desarrollan formas experimentales de APS con financiamiento del Estado, las más antiguas desde hace 30 años. En resumen, en los municipios pueden operar cuatro formas distintas de administración de la APS: las Corporaciones de Desarrollo, los Departamentos de Salud, los Servicios de Salud y las formas Experimentales de las ONG (Chile, Ministerio de Salud, 2010a; Püschel et al., 2013). Por su parte, los pueblos originarios participan de la construcción del modelo de atención con enfoque intercultural e integral, pero con formas de autogestión comunitaria de los recursos asignados.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y de la Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria, tiene la responsabilidad de la reglamentación general de la implementación de la APS. Para ello, actualmente desarrolla pruebas piloto en algunos territorios del país. Las autoridades locales de salud (de departamentos, distritos y municipios) definen e implementan modelos de APS con base en las acciones colectivas del plan de salud pública. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado definen e implementan modelos particulares de atención primaria con base en acciones individuales, como estrategia de competencia entre ellas. Por último, las EPS Indígenas y las autoridades indígenas definen e implementan, en concertación con el gobierno, el modelo intercultural de atención en salud con base en la APS. No es claro el

papel del gobierno en cuanto a lograr que las intervenciones individuales del Plan Obligatorio de Salud, a cargo de las EPS, puedan ser integradas con las acciones colectivas de salud pública, a cargo de las autoridades locales de salud. Sin embargo, esta integración se ha dado parcialmente por iniciativa propia de algunas autoridades locales de salud y comunidades indígenas.

En el Perú, la entidad a cargo de la definición de las normas técnicas sobre APS es el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas. A su vez, las Direcciones Regionales de Salud, adscritas al Ministerio de Salud, son responsables de la aplicación de las orientaciones técnico-normativas y de la supervisión de la implementación de la estrategia. El ámbito de aplicación del MAIS-BFC en todo el territorio nacional son las instituciones relacionadas con la salud de los gobiernos locales y los establecimientos de salud de carácter público, privado y mixto. En el modelo se definen dimensiones y componentes para la formulación, implementación y gestión del MAIS-BFC. Las dimensiones son dos, la política y la operativa. La primera está a cargo de las instituciones de gobierno nacional, regional y local y se encarga de la formulación e implementación de políticas, programas y planes para la adopción del MAIS-BFC y de enfrentar los determinantes sociales de la salud mediante intervenciones intersectoriales. La segunda está a cargo de los establecimientos de salud y la población general e implementa el nuevo MAIS-BFC. Los componentes definidos para la implementación del MAIS-BFC son cuatro: gestión, organización de la prestación, prestación de servicios de salud y financiamiento. Las Direcciones Regionales de Salud aplican los reglamentos técnico-normativos y supervisan la implementación; las autoridades locales, los establecimientos de salud y las comunidades desarrollan el modelo; las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (Iafas) gestionan los recursos para cubrir los riesgos. El Centro Nacional de Salud Intercultural se encarga de coordinar la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, pero no se reporta participación activa de éstos en su conducción y gestión.

FINANCIAMIENTO DE LA APS

El gasto en APS en los tres países es financiado con recursos procedentes de distintas fuentes: parafiscales, fiscales, gastos de bolsillo de las familias y donaciones. Dado el carácter de aseguramiento de la organización de los sistemas de salud y la intención de garantizar cobertura universal de los servicios de atención primaria, las cotizaciones salariales y las procedentes de ingresos de trabajadores independientes financian el gasto del acceso de los afiliados con capacidad de pago a sus prestaciones individuales, y los recursos fiscales de la nación y de los entes subnacionales financian tanto las prestaciones individuales de las personas sin capacidad de pago como las actividades de salud pública, así como la construcción de infraestructura física,

dotación y mantenimiento de equipamientos en salud. En general, no se dispone de información confiable sobre el gasto total en APS como porcentaje del Producto Interno Bruto en cada uno de los países ni sobre la fracción de gasto público en APS. Sólo en Chile se sabe que, para el año 2012, el gasto en APS del nivel central como porcentaje del gasto público total en salud, sin incluir el de las municipalidades, fue del 15%; y que, con respecto a otros niveles de complejidad, el gasto en APS oscilaba alrededor del 25% del gasto público total en salud (Chile, Dirección de Presupuesto, 2013; Bass del Campo, 2014).

Esferas gubernamentales responsables y su participación

La principal fuente de financiamiento de la APS municipal en Chile es el pago per cápita (artículo 49 de la Ley 19.378 de 1995). El Ministerio de Salud/Fonasa transfiere por decreto cada año un *per cápita* basal a cada comuna según el número de beneficiarios inscritos en los establecimientos y consultorios de atención primaria. El per cápita basal es complementado por un per cápita variable (comunal) ajustado por condiciones de pobreza, ruralidad, presencia de adultos mayores, acceso a la atención de salud y dificultades en la entrega de prestaciones. Existen 48 comunas que tienen costos fijos por razones de número de beneficiarios (menos de 3500), dispersión geográfica, ruralidad, dificultades de acceso y de desempeño (Decreto N° 82 de 2013 del Ministerio de Salud).

El per cápita estatal cubre la canasta de prestaciones del Plan de Salud Familiar. Se transfiere a cada entidad administradora municipal, central (Servicios de Salud) o directamente a los establecimientos de APS y organizaciones no gubernamentales con convenios con los servicios de salud. El per cápita cubre 275 comunas con una población aproximada de 11.950.000 personas, que es el 73% de la población chilena total (17 millones de personas aproximadamente). Cerca del 86% del presupuesto de la APS se asigna a los municipios y el 14% restante a los Servicios de Salud del ministerio. De los recursos destinados a la Atención Primaria de Salud Municipal un 69% se transfiere vía per cápita, el 23% se asigna a los programas de reforzamiento e iniciativas extraordinarias de capacitación y perfeccionamiento, y el 8,3% restante se asigna para financiamiento de gastos sobre beneficios a funcionarios (Chile, Ministerio de Salud, 2013a).

Además del per cápita, otro mecanismo de transferencia de recursos es el pago prospectivo por prestación. Se refiere a los aportes adicionales del Estado a los municipios autorizados por el artículo 56 de la Ley 19.378 para planes y programas aprobados por el Ministerio de Salud para otras acciones distintas de aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar. Estas incluyen imágenes diagnósticas, objetivos, metas y procedimientos de evaluación de la APS, entre otros. Estos recursos se asignan mediante convenios que se suscriben entre los Servicios de Salud y las entidades municipales administradoras de la atención primaria.

Además, se asignan recursos vía programas de salud pública, como los de vacunas y programas alimentarios, entre otros (Chile, Ministerio de Salud, 2007; 2014a). Por otra parte, los Servicios de Salud del Ministerio de Salud pueden hacer asignaciones vía presupuestos históricos de Atención Primaria para los establecimientos que de ellos dependan y que realicen acciones de nivel primario. El Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Desarrollo Regional transfieren recursos fiscales de inversión en construcción y mantenimiento de obras civiles y equipamientos. Los municipios que administran APS pueden aportar recursos propios según las necesidades de su población.

En Colombia, los artículos 42, 43 y 46 de la Ley 1.438 de 2011 establecen la forma como se financian las acciones de salud pública del Plan de Intervenciones Colectivas y las prestaciones individuales de baja complejidad en el marco de la estrategia de APS. El artículo 42 define que los recursos provendrán de las siguientes fuentes: el componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata la Ley 715 de 2001; la Unidad de Pago por Capitación, destinada a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud; la subcuenta de promoción y prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía; los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito; los de promoción y prevención que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales; recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública; un cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar; otros recursos que destinen las entidades territoriales.

En la práctica, los recursos de financiamiento establecidos en la Ley 1.438 vienen usándose de forma discrecional por cada agente del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la actividad respectiva de su competencia, con escasa o ninguna concurrencia real de las diversas fuentes en el financiamiento de las actividades de los equipos básicos de salud para facilitar la atención integral que deberían prestar. En general, la fuente de financiamiento de la atención primaria bajo responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) es una parte de los recursos que el Fondo de Solidaridad y Garantía paga a cada EPS por cada afiliado por las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud. Estos recursos totales se denominan Unidad de Pago Per Cápita (UPC)² y su monto se estima atendiendo a la edad, sexo, sitio de residencia (zonas apartadas, zonas normales, grandes ciudades) de cada persona afiliada. La fuente principal de financiamiento de los modelos de APS con base en actividades del Plan de Intervenciones Colectivas son los fondos

² La Unidad de Pago per Cápita es una especie de prima de seguros equivalente al valor de la cobertura de riesgos en salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud que permite la participación de agentes públicos y privados, quienes reciben estos pagos por cada afiliado individual ajustados en función de la edad, el sexo y la localización territorial de las personas.

del Sistema General de Participaciones, el Presupuesto General de la Nación y los aportes locales de los municipios, distritos y departamentos, que son transferidos como rentas cedidas a las secretarías de salud de estas instancias territoriales. En los casos en que se dan acuerdos entre los entes territoriales y las EPS del régimen subsidiado, o contratos de prestación de servicios entre las instituciones públicas prestadoras de servicios y las EPS, pueden concurrir recursos fiscales y de la UPC, los cuales son generalmente transferidos a los entes territoriales o a operadores privados contratados por éstos.

En el caso del Perú las asignaciones para la Atención Primaria de Salud (APS) comprenden los recursos ordinarios de orden nacional para el personal de contratos indefinidos de los equipos básicos de los Establecimientos de Salud (ES) de carácter público. Por su parte, el Seguro Integral de Salud, como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (Iafas), financia la prestación de servicios de salud para sus afiliados mediante convenios con los gobiernos regionales a los cuales pertenecen los ES públicos y/o mediante contratos con prestadores privados de servicios de salud. Los ES también reciben recursos regionales y locales de las direcciones regionales de salud y de las direcciones municipales de salud. En la asignación de recursos nacionales para APS se priorizan los ES estratégicos de carácter público de primer nivel de atención. Además, los ES reciben recursos denominados “directamente recaudados”, que dependen de las contrataciones para prestación de servicios de los afiliados a la Entidad del Seguro Social (EsSalud), la cual a su vez recauda sus recursos de las contribuciones de los trabajadores del sector formal y sus empleadores.

Existencia de copagos

Aunque en los tres países se proclama que el acceso a la APS es gratuito, especialmente para ciertos grupos de patologías y para la población de menores recursos, en muchos casos persisten gastos de bolsillo de los hogares por copagos y pagos de servicios y medicamentos de atención primaria. En Chile, aunque formalmente no hay copagos para atención pública de salud de los grupos de menores ingresos, A y B, los asegurados del Fonasa de los tramos C y D pagan un tope máximo del 10 y 20% respectivamente por las garantías y prestaciones que tengan copagos en el Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE). En el caso de que se acumulen en un período de 12 meses los copagos o deducibles de dos sueldos si el grupo familiar tiene un problema de salud en el AUGE, o de tres sueldos si el grupo familiar tiene dos o más problemas de salud en el AUGE, el Fonasa asume el 100% de los copagos hasta el período de acumulación respectivo (Chile, Fonasa, 2014). En los servicios privados, el 50% de la factura es de afiliados al Fonasa, quienes pagan en parte de su bolsillo por las fallas en la atención en el sector público (pagos divididos por dos entre Fonasa y el paciente). El gasto de

bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud fue del 38% en el 2008, aproximadamente el 2,8% del Producto Interno Bruto de Chile en ese año (Cid Pedraza y Prieto Toledo, 2012).

En Colombia, hay copagos para distintos procedimientos excepto para promoción y prevención, atención materno-infantil, enfermedades transmisibles, patologías de alto costo y atención inicial de urgencias. El gasto de bolsillo³ como porcentaje del gasto total en salud estuvo entre el 18% (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a) y el 20% (Ramírez Moreno, 2013) en el 2011, especialmente en servicios ambulatorios, como consulta general y medicamentos.

En el SIS del Perú la atención es gratuita para la población afiliada al régimen subsidiado, pero hay pagos para la atención de la población no asegurada a EsSalud o el SIS en los servicios públicos de salud, como lo evidenció el estudio de cuentas nacionales de salud (Perú, Ministerio de Salud, 2008). En el 2005, los hogares financiaban el 34% del gasto total en salud y de este gasto el 97% era gasto de bolsillo para compra de servicios privados, pago de medicamentos y pago de tarifas en establecimientos públicos (Cetrángolo et al., 2013). En el 2006 el gasto privado en salud ascendió al 42% del gasto total en salud y el 77,5% era gasto directo de los hogares (Alcalde et al., 2014).

Formas de pago al proveedor final de APS

Las formas de pago al proveedor final de APS son diversas en los tres países. En Chile prevalece el pago per cápita y el pago prospectivo por prestación. En Colombia se utilizan el pago fijo global prospectivo, el pago per cápita y el pago por eventos. Según el artículo 52 de la Ley 1.438, los servicios de baja complejidad pueden ser contratados por capitación⁴, excepto para las actividades de promoción y prevención, que generalmente se pagan por evento; los demás servicios deben contratarse, incluyendo indicadores y evaluación de resultados en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social no tiene competencias para regular las tarifas, las formas de pago ni la asignación de la UPC entre las diferentes prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, más allá de lo establecido en los artículos 52 y 53 de la Ley 1.438 del 2011⁵. En el Perú, el SIS paga a los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención mediante pago capitado con transferencias de montos fijos cuatrimestrales (generalmente del 20%) y un monto variable trimestral condicionado

³ Incluye gastos por copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos, prótesis y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud.

⁴ Es decir, bajo la forma de pago per cápita a los proveedores por parte de las EPS y de otros pagadores.

⁵ El artículo N° 53 de la Ley 1.438 de 2011 plantea que: “Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios”.

al cumplimiento de indicadores predefinidos de estructura, proceso y resultado. Las direcciones regionales y municipales de salud contratan a los Establecimientos de Salud a través de presupuestos por resultados utilizando indicadores de desempeño.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APS

En los tres países los servicios de atención primaria se prestan a través de unidades de primer nivel de complejidad, públicas y privadas, aunque el número total no se conoce completamente en algunos de ellos. Los establecimientos públicos de atención primaria son generalmente instituciones municipales con autonomía administrativa. Algunas unidades son empresas privadas con ánimos de lucro, independientes de o integradas verticalmente a empresas aseguradoras y otros prestadores son organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro o de propiedad de algunas comunidades, como en el caso de los pueblos originarios. Estas unidades prestan a sus beneficiarios servicios de salud individuales y/o colectivos, como lo veremos en la descripción que sigue.

Tipos de unidades de salud y profesionales que brindan APS

En Chile, los establecimientos de atención primaria están conformados por consultorios generales, centros de salud integral (familiares y comunitarios), hospitales de baja complejidad, postas de salud rural y estaciones médico rurales, los cuales se organizan según el grado de integralidad de la atención y el tamaño de la población a cargo. Los Consultorios Generales son servicios ambulatorios, urbanos o rurales, que ejecutan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación. Los Centros de Salud Familiar (Cesfam) son consultorios o centros de salud certificados que ofrecen servicios asistenciales primarios —incluso secundarios para mayor resolutivez— de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción, además de programas transversales dentales y de kinesiología. Organizan su trabajo en un sector de 20.000 a 40.000 habitantes, trabajan con equipos de cabecera multidisciplinarios que tienen a su cargo familias, fundamentan sus decisiones en la medicina basada en la evidencia y realizan actividades intersectoriales y de participación comunitaria. Los Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf) son estrategias comunitarias desconcentradas de los Consultorios o de los Cesfam a través de las cuales se entrega a una población máxima de 5 mil personas parte de las prestaciones del Plan de Salud Familiar, pero haciendo énfasis en acciones de promoción y prevención. Los Hospitales de Baja Complejidad son instituciones en proceso de transformación a hospitales comunitarios, entre los que se destaca el Hospital de la Familia y la Comunidad, que brindan servicios de atención ambulatoria, de internación, urgencias, atención domiciliaria y comunitaria, entre otros. Las Postas de Salud Rural son establecimientos que operan en comunidades rurales atendidas al menos

por un técnico paramédico permanente. Se complementan con visitas periódicas de un equipo médico y paramédico, variable en su tamaño según la cantidad de población del territorio. El equipo puede constar de 1 médico/a, 1 enfermero/a, 1 matrona, 1 nutricionista y 1 asistente social. Las Estaciones Médico Rurales son estrategias desconcentradas de trabajo de un Consultorio, Cesfam o Posta de Salud Rural para zonas rurales dispersas. Entregan a los usuarios prestaciones, programas o actividades de salud en locales provistos por la comunidad. No tienen personal permanente sino apoyo periódico de los equipos de salud de los establecimientos a los que se enlazan.

En el año 2013, Chile contaba con 362 Consultorios Generales Urbanos, 205 Consultorios Generales Rurales, 140 Cesfam, 194 Cecosf, 1.166 Postas de Salud Rurales, 153 Servicios de Atención Primaria de Urgencias y 106 Hospitales de Baja Complejidad. De un total de 2.069 establecimientos de atención primaria, 1.876 eran municipales, 172 de los Servicios de Salud y 21 eran delegados. De los 360 Consultorios Generales Urbanos, 333 eran municipales, 26 de los Servicios de Salud y 1 delegado. De los 205 Consultorios Generales Rurales, 202 eran municipales y 3 delegados. De las 1.204 Postas de Salud Rurales, 1.166 eran municipales, 37 de los servicios de salud y 1 delegada. De los 194 Cecosf, 175 eran municipales, 11 de los servicios de salud y 8 delegados. Y de los 106 Hospitales de Baja Complejidad, 98 eran de los servicios de salud y 8 delegados (Chile, Ministerio de Salud, 2014c).

De acuerdo con la Dirección de Prestación de Servicios y de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en la normatividad vigente no existe una definición de 'Unidad Prestadora de Atención Primaria'. No obstante, dado que en Colombia la prestación de servicios de APS generalmente descansa en el trabajo de instituciones prestadoras de primer nivel de complejidad, puede inferirse una clasificación de la distribución nacional de estas instituciones según su naturaleza jurídica pública o privada y según su carácter territorial nacional, departamental, distrital, municipal o indígena. De acuerdo con lo anterior, a junio del 2014 existían vigentes a nivel nacional 996 instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel de complejidad de naturaleza jurídica pública y cinco de naturaleza jurídica privada (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). De las públicas, 69 eran de nivel territorial nacional, 147 departamental, 27 distrital, 695 municipal y 58 indígenas, con 2.879 sedes y 38.926 servicios en total. De las privadas, había una distrital, una municipal y tres indígenas, con siete sedes y 29 servicios en total. Sin embargo, las instituciones existentes eran poco resolutivas y escasamente adecuadas infraestructural y organizativamente para satisfacer las exigencias de un enfoque moderno de APS. Por otra parte, la alta segmentación y fragmentación del sistema de salud dificultaba la prestación adecuada de los servicios (Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2011; Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a; 2014c).

En el Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) del Perú, la prestación de servicios se concibe como una atención integral, continua y con calidad orientada a cubrir las necesidades de salud (desarrollo, mantenimiento, derivadas del daño y la discapacidad) de la población, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de riesgos de los individuos en el contexto de su familia y comunidad y en un marco de corresponsabilidad con el involucrado y los actores sociales claves. En el primer trimestre del 2014, un total de 1.274 establecimientos de salud del primer nivel de atención (16% de todos los establecimientos de salud del primer nivel) reportaron al Ministerio de Salud estar implementando el MAIS-BFC, y referían tener Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (Perú, Ministerio de Salud, 2013). En el 2013 se contaba con 153 Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipos AISPED) distribuidos en 17 regiones del país, con una cobertura estimada de población beneficiaria de 768.520 habitantes (Perú, Ministerio de Salud/DGSP, 2013).

Integrantes de los equipos de APS

Los equipos de salud extramurales e intramurales son otra característica de la organización de la atención primaria en los tres países. Los primeros tienden a realizar actividades comunitarias y en zonas de población dispersa y los segundos, actividades de carácter más individual y familiar. Los equipos son generalmente multidisciplinarios y tienden a constituirse en dos modalidades: una de equipos básicos y otra de equipos complementarios. Las comunidades indígenas también conforman equipos de salud que establecen relaciones de carácter intercultural.

En Chile, la atención se garantiza a través de equipos multidisciplinarios de las áreas biomédica, psicológica y social que incluyen técnicos paramédicos y funcionarios administrativos. Con estos profesionales y técnicos los equipos de salud se organizan para dar respuesta a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo, la familia y la comunidad. Los equipos multidisciplinarios de salud son de dos tipos: 1) equipos básicos, conformados por médico/a, enfermero/a, matrona, asistente social y asistente administrativo/a; y 2) equipo básico más un complemento, que adiciona psicólogo/a, kinesiólogo/a, profesional de educación física, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogo/a y auxiliar de odontología. En algunos centros de salud aún hay equipos transversales (se describen más adelante) que son una especie de transición hacia el equipo tipo 2, dependiendo de la disponibilidad de recursos locales. En las comunidades Mapuche hay un modelo intercultural con dos tipos de equipos de salud: uno propio para el desarrollo de atenciones de salud Mapuche, que incluye actividades con sabios de la comunidad (adultos mayores seleccionados por su conocimiento de la historia y de la cultura Mapuche), *machis* (médicos tradicionales mapuches), “componedor de huesos”,

parteras (*piññalche*) y yerbateros (o *lawenches*, preparadores de extractos de plantas medicinales propias de la región); otro equipo occidental que, si el sitio de trabajo es un Centro de Salud o una Posta de Salud Rural, se conforma siguiendo las normas anteriores (Neira Rozas, 2011).

Los equipos transversales cuentan con personal para apoyo clínico en vacunación, curaciones, toma de muestras y procedimientos, esterilización, así como para el desarrollo del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria para Adultos Mayores, Salas de Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Respiratoria del Adulto, servicios odontológicos y servicios administrativos. La responsabilidad de la dotación de recursos humanos de los equipos de APS es de los municipios (Ley sobre Estatuto de APS 19.378), previo envío de la propuesta al Servicio de Salud, que es el ente encargado de revisarla. Su constitución, que puede variar entre un municipio y otro, se proyecta según la Planificación y dotación para la red en el año respectivo (ver título I de la Ley 19.378).

En Colombia, la atención primaria se presta generalmente a través de centros de práctica profesional tradicionales, pero la Ley 1.438 de 2011 ha dispuesto que la estrategia de APS que impulsa el Estado se organice a través de equipos básicos de salud para la ejecución de acciones colectivas de promoción y prevención contenidas en los Planes de Salud Pública. De acuerdo con la Ley 1.438, estos equipos deben conformarse, atendiendo a las necesidades y requerimientos de la población, con fuerza de trabajo procedente de salud pública y de otros sectores que desarrollen acciones sobre los determinantes de la salud. El artículo 15 establece que los entes territoriales se encargarán de la definición de los requisitos para habilitar la conformación de dichos equipos previa reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, hasta ahora tal reglamentación no se ha producido con lo que los equipos básicos vienen siendo constituidos a discreción de los entes territoriales de salud. Además de los equipos básicos de salud algunos entes territoriales han implementado equipos de apoyo o complementarios, según sus recursos disponibles. El personal que integra los equipos básicos de salud está conformado generalmente por promotores, auxiliares y técnicos de salud, pero algunos tienen médicos y enfermeras generales que trabajan a tiempo parcial según la disponibilidad de recursos. En algunos casos, los equipos de apoyo pueden incluir odontólogos, nutricionistas, psicólogos, entre otros, dependiendo de los recursos del ente territorial respectivo. En las Entidades Promotoras de Salud, las unidades primarias de atención generalmente tienen médicos, enfermeras y odontólogos generales, junto con especialistas de áreas médicas básicas, pero no están organizados con la lógica de un equipo básico de salud. Algunas incluyen personal de salud de subespecialidades, pero este perfil profesional no forma parte del nivel de baja complejidad sino que complementa su trabajo asistencial (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a).

En las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, los equipos básicos de salud están constituidos por auxiliares de salud, bacteriólogos, odontólogos, médicos, enfermeras y traductores bilingües, que siempre deben estar presentes porque no todos los indígenas hablan el idioma castellano. En las comunidades originarias del Departamento del Cauca hay dos tipos de equipo: los de base comunitaria y los de apoyo. Los equipos de base comunitaria están conformados por *The Walas*, parteras, promotores/as de salud comunitarios, “pulseadores”, curanderos de ojo, animadores/as agroambientales, sobanderos (personas que hacen tratamientos de fracturas no graves usando ungüentos y masajes) e higienistas orales, que son coordinados por un/a enfermero/a. Los de apoyo son más asistenciales y occidentales e incluyen profesionales de salud generalistas, técnicos/as, auxiliares y tecnólogos, que son acompañados por personal de otros saberes, como medicina alternativa y sabedores ancestrales (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a).

En el Perú, la estrategia se desarrolla con Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EB-SFC) adscritos a establecimientos de salud de primer nivel de atención (categoría I-2 en adelante); además, los establecimientos de salud I-4 deben contar con médicos/as especialistas en medicina familiar. Los EB-SFC, como mínimo, deben estar conformados por profesionales en medicina humana, licenciados/as en obstetricia, licenciados/as en enfermería, técnicos/as en enfermería y profesionales adicionales de acuerdo a la realidad sanitaria local (Perú, Ministerio de Salud, 2013). De acuerdo con la norma técnica del Ministerio de Salud (Perú, Ministerio de Salud, 2011), estos equipos cubren familias que estén ubicadas como máximo a 4 horas de distancia del establecimiento de salud al que se adscriben los EB-SFC. Para las familias ubicadas en áreas a una distancia mayor se han definido equipos móviles denominados Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Perú, Ministerio de Salud/DGSP, 2013). Estos equipos están conformados por un grupo multidisciplinario con profesionales similares a los mencionados para zonas con concentración poblacional (médicos/as, enfermeros/as, obstetras, técnicos/as de enfermería), además de antropólogos/as y odontólogos/as.

Principales servicios garantizados en APS

En los tres países la APS incluye dos conjuntos de servicios, los asegurables y los colectivos. Los asegurables son canastas de prestaciones que cubren riesgos individuales, servicios médico-asistenciales, medicamentos y tecnologías, organizadas bajo esquemas de seguros sociales delegados en aseguradores públicos o privados, que contratan la prestación con proveedores públicos o privados. Los colectivos son planes o programas de salud pública que cubren riesgos colectivos (bienes públicos con altas externalidades), que son de responsabilidad gubernamental, gestión descentralizada y provisión generalmente pública.

En Chile, las actividades de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación se incluyen principalmente en dos tipos de planes: el Plan de Salud Familiar y los programas de reforzamiento. También se ofrecen otras actividades de salud pública y el programa *Chile Crece Contigo*. La entrega de las prestaciones, actividades y programas se prioriza a través del régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES). Desde el año 2012 el Plan de Salud Familiar está conformado por 96 prestaciones más las Garantías Explícitas de Salud, que incluyen 80 patologías (Chile, Ministerio de Salud, 2014a). Estas prestaciones incluyen consultas por enfermedades agudas y crónicas para todas las edades y atenciones integrales de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación (esta última especialmente para los adultos y adultos mayores), individuales, familiares y comunitarias. Las prestaciones integrales se organizan por grupos de edad a lo largo de la vida: 14 se refieren a la salud de la infancia, 15 a la salud del adolescente, 11 a la salud de la mujer, 11 a la salud del adulto, 13 a la salud del adulto mayor, 11 a la salud oral, 9 son actividades generales y 12 son actividades con GES (ver Anexo N° 1 de Chile, Ministerio de Salud, 2013b).

Los programas de reforzamiento surgieron en 1990 e incluyen un fondo de incentivos para el mejoramiento de la gestión en el nivel primario de salud, apoyo odontológico para mujeres y hombres de escasos recursos, programa de infecciones respiratorias agudas del niño, programa de enfermedades respiratorias del adulto, programa de apoyo diagnóstico ambulatorio de problemas respiratorios y programa de atención primaria de urgencias, entre otros (Beteta, 2005). En salud pública, la APS incluye las actividades de los programas de reforzamiento del Plan Ampliado de Inmunizaciones, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor, las acciones y actividades de promoción en la APS, el Programa Campaña de Invierno para enfrentar las infecciones respiratorias agudas, las actividades de Protección social del Programa de Apoyo al Recién Nacido y las actividades básicas de salud ocupacional de APS para los trabajadores desprotegidos. Además, la APS es base del programa *Chile Crece Contigo*⁶.

Las actividades de atención primaria de salud en Colombia también son colectivas e individuales aunque, a diferencia de Chile, su prestación no se garantiza de forma integrada debido a la segmentación de la asignación de los recursos entre los regímenes de aseguramiento (contributivo y subsidiado) y entre el Plan de Salud

⁶ Este es un programa complementario de protección social para la primera infancia, que ofrece atención integral a niñas y niños desde la gestación hasta el pre kínder (cuatro a cinco años de edad). Este programa incluye, entre otras actividades de atención primaria, el fortalecimiento de los cuidados prenatales, la atención integral a las familias en situación de vulnerabilidad psicosocial, la educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a) y el programa de apoyo al recién nacido, fortalecimiento del control de la salud del niño y la niña para el desarrollo integral, intervenciones educativas de apoyo a la crianza, fortalecimiento de las intervenciones en niños/niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral, entre otros (Gobierno de Chile, 2013).

Pública y el Plan Obligatorio de Salud (POS). A través de los equipos básicos de salud (artículo 16 de la Ley 1.438 de 2011) y del Plan de Salud Pública (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) se hace énfasis, respectivamente, en el manejo de riesgos individuales, familiares y comunitarios y en inducción de la demanda de servicios, así como en acciones de promoción y prevención relacionados con salud ambiental, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud de los trabajadores informales, salud mental y convivencia social, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, emergencias y desastres, entre otros, con enfoque por ciclo vital, género, etnia, discapacidad y otras condiciones de vulnerabilidad. Por su parte el POS, que es un paquete de servicios, medicamentos, procedimientos y tecnologías para la protección de riesgos individuales y asistencia médica de todas las patologías, excepto las estéticas, experimentales y no aprobadas por el gobierno. Incluye actividades de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y prestaciones económicas transitorias en situaciones de incapacidad por enfermedad, accidentes o maternidad. Las prestaciones de atención primaria incluidas en el POS son actividades individuales asistenciales y de promoción y prevención⁷ de bajo nivel de complejidad.

Las prestaciones son entregadas a través de la red de primer nivel de complejidad que, según como haya sido organizada la APS por las EPS, entes territoriales o comunidades indígenas, puede tomar diversas formas organizativas, pero generalmente combinando centros tradicionales de atención básica con equipos de salud. Algunos modelos entregan esencialmente prestaciones individuales del POS; otros entregan prestaciones de promoción y prevención de salud pública; otros incluyen la medicina tradicional indígena (interculturales). El gobierno nacional, las autoridades territoriales de salud y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no integran las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) con las acciones del Plan de Salud Pública en el punto de entrega. Esto sólo sucede cuando las EPS del régimen subsidiado contratan las actividades del POS de baja complejidad con instituciones públicas prestadoras de servicios encargadas de implementar las acciones de salud pública. Las EPS de ambos regímenes sólo ejecutan actividades individuales del POS, no las del Plan de Salud Pública. La razón es que estas

⁷ De acuerdo con la Resolución N° 412 del año 2000 del Ministerio de Salud y Protección Social estas actividades son: 1) guías de atención para enfermedades como tuberculosis, lepra, leishmania, malaria y otras de interés en salud pública; 2) inducción de la demanda - actividades de información y educación a los afiliados en cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana de enfermedades; y, 3) la protección específica frente a riesgos individuales y detección temprana de enfermedades que incluye: intervenciones de vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, atención preventiva en salud bucal, atención del parto, atención del recién nacido y planificación familiar, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, de las alteraciones del embarazo, de las alteraciones del adulto mayor (mayor de 45 años), del cáncer de cuello uterino y de seno, y de las alteraciones de la agudeza visual.

actividades son de competencia de las autoridades territoriales de salud, que las contratan con los prestadores públicos de primer nivel de atención adscritos a las secretarías municipales o distritales de salud. Esta segmentación y fragmentación del modelo de aseguramiento hace difícil la integración de las acciones de atención primaria sobre riesgos individuales y colectivos por territorios y bajo un mismo prestador de servicios.

Con la misma lógica de aseguramiento y salud pública de Chile y Colombia, en el Perú se promueve la prestación de servicios integrales para la atención de las necesidades y riesgos en salud (individuales, familiares y comunitarios) a través de actividades extramurales e intramurales. Los paquetes de atención incluyen acciones tanto preventivo-promocionales como recuperativas. La promoción se centra en diversas áreas, como saneamiento básico y consumo de agua segura, actividad física, alimentación saludable, ambientes libres de humo de tabaco, valores y buen trato dirigido a personal de salud, cultura de tránsito y seguridad vial, salud mental con acciones en contra de la violencia hacia la mujer, habilidades para la vida, entorno familiar saludable y cuidado infantil. La prevención incluye programas por ciclo de vida y problemas sanitarios priorizados, como salud del adolescente, salud del adulto mayor, salud ocular, enfermedades transmitidas por vectores, control de tuberculosis, mortalidad materna y neonatal, desnutrición crónica, etc. Los servicios promocionales se proveen de manera universal y gratuita para toda la población. Los servicios de prevención y recuperación individuales dependen de las necesidades poblacionales y de los portafolios de servicios según nivel de complejidad de los establecimientos de salud a los que se adscriben los equipos básicos. Para los afiliados a las Iafas del Seguro Integral de Salud, estos servicios están normativamente definidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, que incluye garantías explícitas obligatorias con casi 1.200 diagnósticos. Existe, además, un Plan Complementario con casi 4.000 diagnósticos y un Plan Esperanza para la atención del cáncer financiados por el Fondo Intangible Solidario de Salud y el Seguro Integral de Salud (Perú, SIS, 2012).

Las intervenciones extramurales las realizan los equipos de salud con base en paquetes de intervenciones a la persona (por ciclo de vida), a la familia y a la comunidad. Estas implican sucesivas visitas domiciliarias para: 1) identificar riesgos y elaborar diagnósticos de necesidades de los individuos, las familias y la comunidad mediante fichas domiciliarias, canalización y programación de citas para el desarrollo de los planes de atención integral individual; 2) negociar con la familia el desarrollo de un Plan de Atención Integral Familiar y hacer seguimiento de las citas programadas, consejerías y otras intervenciones sanitarias; y 3) hacer seguimiento de los programas, intervenciones y consejerías específicas acordadas con la familia. Las acciones intramurales las ejecutan los Establecimientos de Salud e incluyen la elaboración de una historia clínica integral por etapa de vida y la

atención de profesionales que reciben remisiones para atenciones en salud según las necesidades identificadas en las visitas domiciliarias.

ORGANIZACIÓN DE LA APS

Modelo asistencial propuesto para la APS

Los tres países coinciden en caracterizar los modelos propuestos de APS como de atención integral porque buscan reducir tanto los efectos de la enfermedad a través del tratamiento y la rehabilitación como su incidencia a través de la prevención y, además, mejorar el bienestar y calidad de vida de la población mediante la promoción de la salud y la acción sobre los determinantes de la salud. Los modelos no buscan limitar su acción a los individuos ni al sector salud sino extenderla a las familias y a las comunidades y convocar a otros sectores del Estado y la sociedad. Igualmente, promueven que las acciones sectoriales de bajo nivel de complejidad se enlacen con las de los niveles secundarios y terciarios. A pesar de que predominan los establecimientos de atención primaria tradicionales de práctica profesional individual, los nuevos, con orientación familiar y comunitaria, buscan trabajar con equipos básicos de salud y promover la participación comunitaria, la interculturalidad y la acción intersectorial por la salud. Sin embargo, como estrategia pública, la APS sigue teniendo énfasis asistencialista y enfoque focalizado en los pobres.

Chile desarrolla un modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria definido como:

“el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige —más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados— a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (Chile, Ministerio de Salud, 2005:9).

El modelo de atención, que incluye enfoque de género e intercultural, está basado en la APS, es biopsicosocial y centrado en el usuario, e incluye atributos como atención integrada, continuidad, gestión de los trabajadores de la salud, intersectorialidad, énfasis promocional y preventivo, atención abierta, participación en salud, uso de tecnología apropiada y calidad. Para alcanzar las transformaciones que lleven a un sistema y modelo de atención en salud con estas características, impulsan transformaciones físicas y organizativas en los centros de salud, en la formación de recursos humanos y en la forma de entregar los servicios a la población (Chile, Ministerio de Salud, 2007). La implementación del nuevo modelo

de atención y gestión atraviesa un proceso de transformación de los antiguos consultorios generales y centros de salud convencionales en Centros de Salud Familiares y Comunitarios; fortalecimiento de los equipos básicos de salud, gestión clínica con base en la evidencia y trabajo en red e intersectorial; planificación y programación nacional de las actividades; y gestión local y participación comunitaria (Chile, Ministerio de Salud, 2012a; 2012b).

Con la formulación de la Ley 1.438 de 2011 (artículos 13 y 63), Colombia promueve un modelo de atención formalmente centrado en la persona, la familia y la comunidad; aparentemente interesado en las particularidades culturales, raciales y de género de la población; y teóricamente cimentado en la promoción y la prevención y el trabajo de equipos básicos de salud por territorios. Este modelo incluye tres componentes básicos: prestación de servicios, acción intersectorial y participación social, comunitaria y ciudadana. El primer componente busca expandir la cobertura de la atención y fortalecer la resolutiveidad y la atención integrada e integral con base en equipos de salud interdisciplinarios, la cualificación del nivel de baja complejidad y la organización de redes integradas de atención en salud. El segundo componente apunta a actuar sobre los determinantes sociales de la salud a través de políticas públicas, planes y programas de acción intersectoriales/transectoriales mediante la coordinación de todos los niveles del gobierno, las institucionales y de la sociedad. El tercer componente busca que los procesos sociales, comunitarios y de los ciudadanos se expresen en las decisiones, la gestión, el control y seguimiento de políticas, planes y programas, así como en el sistema de atención y sus instituciones.

El Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad del Perú se define como una provisión integral, continua y con calidad de un cuidado orientado a cubrir las necesidades de salud (desarrollo, mantenimiento, derivadas del daño y la discapacidad) de la población, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de riesgos de los individuos en el contexto de su familia y comunidad y en un marco de corresponsabilidad con el involucrado y los actores sociales claves (Perú, Ministerio de Salud, 2011).

Organización del trabajo del equipo de APS

En cuanto a la sectorización del trabajo y la adscripción de la población por centros o equipos de salud la situación es heterogénea entre los tres países y dentro de cada país. Mientras en Chile y Perú se busca realizar el trabajo de forma sectorizada y con población asignada por equipos de salud, en Colombia no hay claras directrices nacionales al respecto, aunque algunas entidades territoriales lo vienen haciendo según sus posibilidades.

La inscripción de las personas a los equipos de salud en Chile se hace a través de los centros de APS con base en la libre elección a nivel nacional. Sin embargo, la persona no puede estar inscrita en más de un centro a la vez. En las áreas rurales,

la población es asignada al equipo del centro de salud por vivir en el territorio respectivo. Los equipos multidisciplinares pueden tener hasta un máximo de cinco mil personas inscritas por equipo y los Centros de Salud Familiar pueden tener inscritas entre 20 y 40 mil personas. El sector se define como “un espacio territorial donde habita un conjunto poblacional (personas/familias), que constituye la ‘población a cargo’ de un equipo de cabecera, en torno a la cual se desarrolla el trabajo en salud” (Chile, Ministerio de Salud, 2013b:37). La sectorización se organiza teniendo en cuenta las barreras geográficas y los límites naturales de cada asentamiento poblacional, entre ellos, superficie, número de habitantes, equipamiento e infraestructura disponible y organización de los recursos (Chile, Ministerio de Salud, 2013b). Cada centro de salud tiene asignado un territorio con población definida y, a su vez, cada centro está subdividido en subsectores geográficos. Cada subsector tiene un equipo multidisciplinario que debe velar por el cuidado de la salud de la población a cargo (Chile, Ministerio de Salud, 2013b). Sin embargo, en ciertos casos no parece haber regla definida para la sectorización o territorialización de las actividades de las unidades y equipos de APS (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a). La sectorización busca lograr una serie de objetivos entre los cuales se destacan diagnosticar la situación de salud de las familias y comunidades, identificar y potenciar las capacidades y recursos de la comunidad y efectuar acciones de prevención, protección y rehabilitación de la salud con enfoque familiar.

Los equipos conocen de forma cercana la población inscrita, por ejemplo, saben dónde y cómo viven y trabajan, el perfil de morbilidad y mortalidad, las coberturas de atención. Planifican sus actividades anuales para dar cuenta de los atributos de la APS en materia de coordinación y continuidad de la atención, integralidad (promoción, prevención, curación y rehabilitación), enfoque biopsicosocial y de riesgo (Chile, Ministerio de Salud, 2013b). Sin embargo, esta regla no siempre se cumple. En Lautaro, por ejemplo, los equipos multidisciplinares de cabecera no siempre logran trabajar en equipo por la tradición verticalista heredada, la alta rotación del personal y la resistencia al paso de un modelo al otro (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014b).

En Colombia, la sectorización y la adscripción pueden darse en algunos modelos de APS organizados por autoridades territoriales con base en centros o equipos de salud (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a). Por ejemplo, en la ciudad de Barranquilla a cada promotor/a de la salud se le asignan 400 viviendas en un territorio y cada Punto de Atención en Salud Oportuna, que puede hacer énfasis en servicios ambulatorios de promoción y prevención o curativos de baja y mediana complejidad, tiene un área de influencia con población variable según la densidad área, que oscila entre 10.000 a 15.000 personas. La adscripción de las personas que tienen derecho a la atención del Punto de Atención en Salud Oportuna se define a partir del lugar de residencia. En Medellín, cada equipo básico de atención

en salud tiene a su cargo 780 familias. En Palmira, los “forjadores” de salud, que son equipos de auxiliares y técnicos en salud, adscriben en áreas denominadas microzonas (máximo 1.000 metros a la redonda de su lugar de residencia) a una población promedio de 1.600 personas para la zona urbana y 800 personas para la zona rural. En Bogotá, la sectorización del trabajo de los equipos de salud pública se hace por microterritorios y territorios. Así, cada equipo básico de salud opera en un microterritorio y adscribe 800 familias; 12 equipos básicos de salud más un equipo de apoyo operan en un territorio y tienen a cargo 9.600 familias. Además de las familias, los equipos deben atender colegios, jardines infantiles, hogares comunitarios, espacios públicos, áreas ambientales y población vulnerable de calle, entre otros. Por su parte, las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta tienen equipos extramurales y fijos. Los equipos extramurales recorren cada uno de los poblados indígenas y al llegar a un lugar siempre deben hacer un ejercicio cultural previo con el *Mamo* (autoridad superior indígena), para que luego se pueda prestar el servicio occidental de salud. Es raro encontrar que una Entidad Promotora de Salud (EPS) sectorice los servicios de atención primaria y organice equipos de salud con población asignada por áreas territoriales, puesto que en un mismo territorio la población puede estar afiliada a distintas EPS, incluso los miembros de una misma familia, con lo cual el grado de segmentación, fragmentación y dispersión poblacional hace ineficiente este tipo de organización. Sin embargo, a raíz de la Ley 1.438 del 2011, en el año 2014 algunas EPS de una Caja de Compensación Familiar comenzaron a organizar equipos conformados por un promotor de salud por cada 1.000 familias, un coordinador de los servicios de salud por cada 15 promotores y un coordinador de servicios sociales por cada 15 promotores. En algunos casos, y más recientemente, comenzaron a vincular profesionales y personal auxiliar de salud en equipos multidisciplinarios y ambulatorios para ejecutar actividades focalizadas y georreferenciadas entre las familias de estos grupos prioritarios. No se tiene una evaluación del trabajo en equipo ni un inventario del número total de equipos de salud ni del número de familias adscritas.

Cada equipo básico de salud en el Perú debe adscribir entre 500 a 800 familias, lo que corresponde en promedio a 100-125 familias por recurso humano integrante de cada equipo. Los usuarios de los equipos básicos son registrados por área de residencia en el establecimiento de salud de primer nivel más cercano a la vivienda con el criterio de que las familias estén ubicadas, como máximo, a 4 horas de distancia del establecimiento de salud al que se adscriben los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria (EB-SFC) (Perú, Ministerio de Salud, 2011). Para las familias ubicadas en áreas con una distancia mayor se han definido equipos móviles denominados Equipos de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipos AISPED). En el primer trimestre del 2014, un total de 1.274 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención (16% de todos

los establecimientos de salud del primer nivel) reportaron al Ministerio de Salud que tenían registradas cerca de 144.409 fichas familiares de áreas priorizadas por vulnerabilidad socioeconómica en diversas regiones del Perú (Perú, Ministerio de Salud, 2013). En cuanto a los equipos AISPED, en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud se contaba en mayo del 2013 con 153, distribuidos en 17 regiones del país, con una cobertura estimada de población beneficiaria de 768.520 habitantes (Perú, Ministerio de Salud/DGSP, 2013). Aunque no se tiene una evaluación del trabajo en equipo, en las experiencias visitadas en el Centro de Salud del Tambo y el Puesto de Salud José Olaya de Lima la cohesión es favorecida por la estabilidad laboral y el compromiso de los trabajadores que han recibido capacitación sobre los atributos de APS dentro del programa fomentado por el Ministerio de salud (Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014). El cuadro 1 sintetiza las características de la prestación de APS en los tres países.

Cuadro 1 – Organización y prestación de la APS en Chile, Colombia y Perú, 2014

Dimensiones	Chile	Colombia	Perú
Características o denominación del modelo de atención	La APS adopta un modelo único de atención integral, familiar y comunitario, con enfoque de género e intercultural	La APS no tiene un modelo único. Hay tres enfoques: 1) acciones individuales, biomédico, asistencial, neoselectivo y atención administrada (EPS) 2) acciones colectivas de salud pública: centradas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad (autoridades locales de salud) 3) intercultural: de los pueblos originarios, combina medicina tradicional	La APS se aplica con el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC)
Principal tipo de unidad de APS	Las prestaciones y programas se entregan con la red de establecimientos de menor complejidad (incluye hospitales de baja complejidad, centros de salud familiar, consultorios generales y postas rurales)	Las prestaciones se entregan con en el primer nivel de complejidad Según como se organiza la APS por EPS, entes territoriales o comunidades indígenas, puede tomar diversas formas organizativas, pero generalmente combina centros tradicionales de atención básica con equipos de salud	La APS se desarrolla a través de establecimientos de salud de primer nivel de atención
Conformación de los equipos de APS	Los equipos son de dos tipos: 1) equipos básicos (médico/a, enfermero/a, matrona, asistente social y asistente administrativo/a); y 2) equipo básico más un complemento (psicólogo/a, kinesiólogo/a, profesional de educación física, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogo/a y auxiliar de odontología)	Los equipos son de dos tipos: 1) equipos básicos (creados por la Ley 1438) y 2) equipos de apoyo o complementarios (creados por algunos entes territoriales, según sus recursos) Su conformación es distinta según el modelo de APS	Los equipos básicos deben estar conformados por profesionales en medicina humana, un/a licenciado/a en obstetricia, un/a licenciado/a en enfermería, un/a técnico/a en enfermería
Población a cargo de los equipos	Los equipos pueden tener un máximo de cinco mil personas inscritas	No existe un parámetro unificado	Los equipos básicos deben cubrir entre 500 y 800 familias

Atribuciones de los agentes comunitarios de salud

Otra de las características de los modelos de atención primaria de salud de los tres países es la incorporación de agentes comunitarios de salud. Esta acción, que no es una innovación reciente de los sistemas de atención primaria, parece estar siendo retomada especialmente para la ejecución de las tareas de los equipos de salud extramurales y comunitarios que desarrollan actividades de los programas de promoción y prevención.

A pesar de que en Chile no se incluyen agentes comunitarios en los equipos de salud, parte de los funcionarios que trabajan en APS pertenecen a la población a cargo que atiende el centro de salud y se busca trabajar con monitores voluntarios de la comunidad, con lo cual la mirada de la comunidad es incorporada al trabajo en equipo (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014b).

En los casos de las ciudades de Barranquilla y Medellín, en Colombia, los caminantes de la salud y los agentes primarios de salud, como se les conoce a los agentes comunitarios de salud, son parte de los equipos de atención primaria de salud que realizan actividades ambulatorias extramurales de salud pública. Como se señaló en la sección anterior, incluso en algunas EPS de Cajas de Compensación Familiar se comienzan a utilizar promotores de salud pagados con recursos de las Cajas. Otros entes territoriales, como Bogotá y Santander, han sustituido los agentes comunitarios de salud por auxiliares o técnicos de salud pública o de enfermería (Ruiz-Rodríguez et al., 2011). Algunos agentes comunitarios son pagados y otros son voluntarios, como en el caso de Barranquilla. Generalmente los agentes comunitarios son capacitados para desarrollar actividades como caracterización de riesgos individuales, familiares y comunitarios, primer contacto, educación en salud, inducción de la demanda de servicios, orientación a gestantes y adultos mayores, apoyo comunitario en acciones y programas sociales complementarios, promoción de la participación comunitaria y de la acción intersectorial y actividades de seguimiento y control. Hay agentes de salud indígenas y promotores comunitarios de salud en las comunidades originarias de la Sierra Nevada de Santa Marta y del Cauca escogidos por sus propias autoridades. Combinan actividades de medicina occidental con medicina tradicional indígena. Responden a las necesidades de sus comunidades, familias, personas y territorios desde sus conocimientos ancestrales y no dependen ni laboral ni técnicamente de las autoridades y profesionales occidentales. Su capacitación se hace tanto en tareas espirituales y materiales de los propios indígenas, a través de sus autoridades ancestrales, como en habilidades de la medicina occidental (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a).

En el Perú se ha involucrado en las acciones de salud pública a los denominados Agentes Comunitarios de Salud, quienes actúan de manera voluntaria y se les asigna el rol de enlazar la comunidad con el Establecimiento de Salud para abordar los problemas de salud identificados en conjunto con los equipos básicos de salud. La

ONG *Medicus Mundi* desarrolla desde 1989 acciones de cooperación y apoyo con el Ministerio de Salud y algunas Direcciones Regionales de Salud mediante diversos proyectos con énfasis en un modelo intercultural, con proyectos que incorporan Agentes Comunitarios de Salud y terapeutas tradicionales en acciones del área de salud materno perinatal (Calandria et al., 2009).

Garantías para el acceso en la atención primaria

Los servicios de APS son generalmente de acceso gratuito, pero no se cuenta con sistemas específicos de información que permitan medir el acceso y oportunidad de la atención. Sin embargo, por las encuestas nacionales de hogares y calidad de vida se pueden destacar persistentes barreras de acceso geográficas, económicas y administrativas, especialmente en poblaciones en desventaja social y económica, en zonas rurales dispersas y en áreas marginadas de las grandes ciudades (Perú, INEI, 2012; Colombia, DANE, 2014).

Los indicadores oficiales de Chile pueden no estar captando los niveles de rechazo en consultas médicas (que pueden llegar a un 30%), oportunidad en exámenes básicos y disponibilidad y entrega de medicamentos (Bass del Campo, 2014). En Colombia, el tiempo de espera para acceder a consultas de atención primaria es variable según el tipo de EPS y de modelo de atención del ente territorial respectivo, pero se conoce que en las mejores EPS el plazo es de dos días para medicina y odontología general (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a). En Perú, también se destacan barreras financieras, geográficas y de oportunidad de la atención, como la falta de dinero, grandes demoras para la atención y la distancia (Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014).

COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

Los sistemas de atención en salud de los tres países están organizados por niveles de complejidad, como en Chile y Colombia, o por niveles de atención, como en el Perú, siendo el primer nivel la entrada a los niveles secundarios y terciarios. La APS es generalmente la base de la organización de las redes de atención por niveles de complejidad o de atención en salud.

En Chile, la APS es considerada el eje del sistema de atención en salud y la plataforma de interacción sectorial, intersectorial y comunitaria a través de la atención especializada, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Igualmente se la considera la puerta de entrada al sistema y la portadora de los dispositivos de filtro de la demanda a la red asistencial, sobre la base de su carácter resolutivo de la mayor parte de las necesidades de salud y de su papel favorecedor de los procesos de referencia y contrarreferencia hacia otros niveles de mediana y

alta complejidad especializada, hospitalaria y de urgencias (Chile, Ministerio de Salud, 2012b; Chile, Ministerio de Salud, 2014b). La noción de red no se restringe al sector salud sino que incluye lo que se denomina el intersector y la comunidad (Chile, Ministerio de Salud, 2013b). El papel de enlace del trabajo en red lo realizan los centros de salud, no sólo con respecto al sector sino con respecto al intersector y a la comunidad.

Organización de redes de atención: experiencia de Chile

La continuidad del proceso asistencial entre la atención primaria, especializada, hospitalaria, quirúrgica y de urgencias, según la necesidad, está mediada por los centros de atención primaria a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia. Para ingresar desde los establecimientos de la red del nivel primario a los otros niveles de complejidad, el paciente debe ser remitido del establecimiento respectivo de APS, excepto en el caso de urgencia hospitalaria. Los servicios especializados, de hospitalización, quirúrgicos y de urgencias son proveídos por instituciones prestadoras del SNSS y por privados.

Para promover la integración y coordinación de la red asistencial operan diversas estrategias e instrumentos en Chile. Entre las estrategias se destacan:

- los Comités para la Integración de la Red Asistencial;
- la gestión integrada para la coordinación de la red electiva ambulatoria en la red pública;
- el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC);
- la puesta en práctica de mecanismos de monitoreo de la antigüedad y magnitud de las listas de espera en especialidades y servicios trazadores.

Entre los instrumentos se subrayan:

- la gestión clínica bajo el enfoque de medicina basada en la evidencia;
- el uso de registros integrados de información de las familias a cargo;
- los sistemas de referencia y contrarreferencia; y
- la introducción de innovaciones en la oferta de servicios, como la internación domiciliaria y la cirugía/día.

Fuente: Chile, Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria, 2014.

El artículo 62 de la Ley 1.438 de 2011 de Colombia orienta la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud bajo la guía de la APS. Estas redes deben ser organizadas y conformadas bajo la responsabilidad de las autoridades territoriales y de la Nación, “en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud”, y pueden incluir “prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo” (Colombia, Congreso de la República, 2011). El artículo 63 subraya que entre los criterios determinantes para la conformación y habilitación de las redes integradas de servicios de salud debe estar el tener un “modelo de atención primaria de salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género” (Colombia, Congreso de la República, 2011) y que, según el artículo 64, debe haber

“consenso en torno a la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud” (Colombia, Congreso de la República, 2011). Hasta ahora, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha reglamentado la creación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, pero un fallo del Consejo de Estado le ha dado tres meses de plazo para hacerlo (Arboleda, 2014). Las redes de atención se deben integrar desde la oferta y por territorios, en el sector de prestadores públicos de servicios de salud, o alrededor de las EPS, para los afiliados del régimen contributivo. Sin embargo, desde el primer nivel de complejidad, entes territoriales y EPS se realizan acciones de referencia y canalización (inducción de la demanda) a otros niveles de complejidad de la red asistencial y a otros servicios sociales. En algunos entes territoriales, como la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la atención primaria coordina las respuestas sectoriales, intersectoriales/transectoriales y comunitarias según necesidades de salud (Colombia, SDS, 2014). Han desarrollado instrumentos de referencia y contrarreferencia específicos.

La APS en el Perú es la puerta de entrada al sistema de atención en salud. Los profesionales en medicina remiten a establecimientos de salud de otros niveles de atención según las condiciones particulares de los usuarios, empleando formatos estandarizados. Los establecimientos de salud públicos se agrupan en redes integradas de servicios con subdivisiones acorde a las diversas regiones. Así, se consideran unidades ejecutoras de programas y servicios de salud a los hospitales regionales y a las redes de salud que las diversas regiones constituyen con los hospitales locales y con las microrredes, que corresponden a los centros de salud. Desde el 2011 se desarrolla una política nacional de convenios para intercambio de atenciones entre los gobiernos regionales, el Seguro Integral de Salud y las redes asistenciales de los Establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud). Su objetivo es resolver las barreras administrativas de acceso brindando servicios de salud más cercanos, indistintamente de la categoría de afiliación. Así, los asegurados al Seguro Integral de Salud pueden recibir intervenciones en las instituciones de EsSalud de mediana y alta complejidad, mientras que los asegurados de EsSalud reciben atenciones en los establecimientos de salud de primer nivel de atención de los gobiernos regionales.

Subsisten listas de espera para especialidades y servicios con ofertas insuficientes en Chile. Aunque hay altos porcentajes de pertinencia de derivación (93%) desde la atención primaria a otros niveles de atención, todavía hay cuellos de botella para acceder a consultas médicas de especialistas como oftalmología, traumatología, otorrinolaringología, cardiología, gastroenterología y neurología, procedimientos diagnósticos y cirugía (Chile, Ministerio de Salud, 2007). En Colombia persisten barreras de acceso a los servicios de salud (Flórez y Camacho, 2012). Para el 2011, la oportunidad en la asignación de citas en las entidades administradoras de planes de beneficios fue de 8,0 días frente a 8,9 días por parte de las instituciones prestadoras de servicios. En los servicios especializados deficitarios el tiempo de espera puede

demorar varios meses. Un instrumento que ha ayudado a mitigar el problema de las colas es la acción de tutela, que por mandato judicial cuando el accionante acude al juez ha ayudado a aligerar los tiempos de espera. En Perú, en los últimos tres meses del año 2013, la demora en la atención fue predominante en los establecimientos del Ministerio de Salud y en las clínicas privadas, pero no se conocen los tiempos de espera (Perú, Ministerio de Salud/Sunasa, 2013).

FUERZA DE TRABAJO EN APS

Regulación de las relaciones laborales

La regulación de las relaciones laborales en los tres países se da en un contexto de modelo de desarrollo de apertura y de liberalización económica que ha impulsado no sólo la orientación de mercado de los sistemas de salud sino la flexibilización del mercado laboral con un incremento del empleo informal.⁸ Esta tendencia, sin embargo, parece estar siendo atenuada por algunas normas laborales específicas de protección e incentivos al trabajo, fruto de las demandas de los trabajadores y de las consecuencias negativas de la flexibilización laboral para el crecimiento económico y la calidad del desempeño de la atención primaria, como por ejemplo la incompatibilidad entre la permanencia de la relación entre el profesional y el paciente y la alta rotación laboral. Estas tendencias, sin embargo, son heterogéneas entre los tres países. Así, por ejemplo, en Chile se identifica una carrera funcionaria para APS, aunque con aplicaciones locales heterogéneas. En Perú existen regulaciones nacionales para las relaciones laborales con una carrera funcionaria para el sector público e incentivos para el personal de salud que labora en APS y zonas dispersas. Mientras que en Colombia no existe una carrera funcionaria específica para APS y más bien prevalece la política de flexibilización del mercado laboral, que determina relaciones laborales predominantemente inestables.

En Chile existe un Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Chile, Ministerio de División de Atención Primaria, 2014b) que regula la carrera funcionaria en cuanto a ingreso y promoción por concurso público, capacitación, evaluación por desempeño, responsabilidades, atribuciones e interrelación con los servicios de salud y el régimen especial para directivos de alta jerarquía. Sin embargo, esa regulación no cubre aspectos alusivos a la integración de los equipos multidisciplinarios de salud, las competencias de quienes los integran, entre otros aspectos, y aún permite que se hagan aplicaciones locales no estandarizadas que mantienen multiplicidad de carreras funcionarias, remuneraciones dispares y programas de capacitación definidos discrecionalmente en cada comuna.

⁸ Este es un empleo sin suficiente protección social, con salarios precarios, contratación a tiempo definido o transitorio y peores condiciones de trabajo en relación con los trabajadores con empleo formal.

El personal de atención primaria en Chile se contrata en su mayor parte (56%) mediante esquemas a plazo indefinido, beneficiándose de la carrera funcionaria; cuestión que no sucede con respecto a la estabilidad del cargo para un alto número de personal con contrato a plazo fijo. Las remuneraciones incluyen componentes fijos y variables (logros de metas de trabajo, condiciones de acceso y prestación de servicios difíciles, competencias, entre otros). El pago a la fuerza de trabajo es por salarios, salvo en programas especiales (convenios) donde se paga por acto (cumplimiento de metas).

Las estrategias del gobierno de Chile para atraer y garantizar la permanencia de profesionales de atención primaria en zonas desfavorecidas y remotas son múltiples y se basan en incentivos económicos y educativos. Así, por ejemplo, para retener el personal del equipo de cabecera se usa el bono por desempeño difícil (que es un adicional de 5%, 10% o 15% del salario mensual) que, sin embargo, se considera que aún no funciona porque no es atractivo para los médicos. También se ofrecen becas para formación profesional (por años de permanencia), pero la competencia debido a la existencia de brechas de demanda de especialistas es dura. Por ejemplo, hay programas para la formación de médicos de atención primaria en especialidades luego de 3 años de permanencia y de formación de especialistas básicos en programas mixtos en APS y hospital luego de 6 años. También hay programas de formación en especialidades básicas de obstetricia, pediatría, medicina interna y psiquiatría para recién egresados de la universidad que combinan la práctica clínica en APS con la hospitalaria (Montero et al., 2010). Sin embargo, estos programas no se aplican a la formación de especialistas en medicina familiar, área en la cual se requieren incentivos especiales porque estos médicos son escasos: el total es de sólo 629 en el país y en el sector público trabaja sólo el 41,5% de los especialistas existentes en el país (Chile, Ministerio de Salud, 2014c).

A través de la Ley 50 de 1990 y de la Ley 789 de 2002, Colombia desarrolla una política de flexibilización laboral. Esta ley media las relaciones de empleo y trabajo entre aseguradores, entes territoriales, prestadores de servicios y gran parte de la fuerza de trabajo. Ha generado inestabilidad, bajos salarios, ausencia de incentivos económicos y educativos, especialmente en zonas rurales y urbanas de difícil acceso. Esta política ha facilitado a las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios el ofrecer empleo informal y contratar la fuerza de trabajo por plazos de corta duración. De igual modo, limita el desarrollo sostenible de las capacidades que habilitan a los practicantes de la medicina, de otras profesiones y técnicos de salud para aplicar los principios y atributos de la APS.

El hecho de que en Colombia no exista una carrera funcionaria específica para APS, y que tenga tanta fuerza la política de flexibilización laboral, ha hecho que se afecte de manera estructural la operación de esta estrategia. Esta característica imposibilita generalizar la formación y capacitación continua de la fuerza de

trabajo, hace perder los esfuerzos en entrenamiento de personal, imposibilita lograr adecuadas curvas de aprendizaje y afecta la permanencia de la relación entre instituciones, equipos de salud y comunidades, familias e individuos (PUJ/UIS, 2011). Aunque en los últimos años el gobierno nacional y algunos gobiernos territoriales vienen desarrollando políticas de formalización del trabajo y programas de formación en APS estos esfuerzos son aún incipientes, de baja cobertura y poco integrales, como se verá más adelante.

El contrato del personal de salud en el Perú también incluye las modalidades indefinida y transitoria (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2014). En la primera están los trabajadores del Ministerio de Salud, de Unidades Ejecutoras y de Gobiernos Regionales, que son la mitad de los recursos humanos en salud. En la segunda están los trabajadores que se vinculan a los Establecimientos de Salud mediante Contratos de Administración de Servicios (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2014). Los primeros reciben beneficios sociales plenos; los segundos completan los beneficios patronales con los ingresos propios que obtienen de sus contratos de trabajo con las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (Iafas), que consiguen recursos denominados directamente recaudados (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2014).

El Perú emplea estrategias para fomentar la permanencia y adhesión del talento humano en zonas priorizadas a nivel nacional. Así, desde octubre del 2013 se ha establecido un programa de compensaciones e incentivos económicos para los profesionales que laboren en zonas aisladas, de frontera y emergencia o realicen atención primaria mediante servicios especializados o críticos. Lo mismo sucede para los especialistas en medicina familiar que laboren en establecimientos de salud del sector público. El perfil para recibir la bonificación incluye trabajar en el primer nivel de atención y estar capacitado en el Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2014).

Disponibilidad de profesionales para la APS

La disponibilidad cuantitativa y cualitativa de profesionales de APS en los tres países es deficiente. Aunque se han venido haciendo esfuerzos para lograr una mayor oferta de profesionales, persisten grandes desigualdades en su distribución y contratación entre países y entre sectores de un mismo país.

De acuerdo con estadísticas del Ministerio de Salud, la mayor tasa de dotación de recursos humanos de salud en Chile es la de enfermería y la menor, la de kinesiología. La tasa de los médicos/as se encuentra por debajo del personal de enfermería y ha tendido a declinar desde el año 2010, llegando en el 2013 a 2,55 médicos/as por 1.000 habitantes (Chile, Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria, 2014). De los/as 3.000 médicos/as vinculados a la APS, más del 90% son médicos/as generales y sólo 629 son médicos/as con

especialidad en medicina de familia. De éstos, “41,5 % se desempeña en Atención Primaria Municipal, 17% en los Servicios de Salud y 42% exclusivamente en el sector privado” (Chile, Ministerio de Salud, 2014d). Si bien la tasa normativa de médicos/as de APS es de 3 por 10.000 habitantes, la real es de 2,5 x 10.000 habitantes. Aunque la dotación de este recurso, de acuerdo con la Ley 19.378, ha aumentado en un 30% entre el año 2009 y el 2013, aún faltan aproximadamente 1.500 médicos/as de APS (Chile, Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria, 2014). El problema se agrava porque los/as médicos/as del sector público son atraídos/as fácilmente por el sector privado: más del 60% está en el sector privado atendiendo al 15% de la población (Bass del Campo, 2012). Además, los médicos/as de nacionalidad chilena parecen no estar interesados en actuar en la APS. Aparentemente, alrededor del 30% de los profesionales son extranjeros (procedentes de Cuba o que estudiaron en Cuba, Ecuador, etc.) y una vez que sus títulos son revalidados en el país también se marchan a trabajar a otros sitios.

Los incentivos para retener el personal en los centros urbanos no son suficientes. Así, por ejemplo, en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) Laurita Vicuña, de Santiago, la rotación anual de médicos es de aproximadamente el 40%. En otra Comuna de Santiago, Quinta Normal, los médicos son los profesionales de salud que más rotan y para explicarlo se aducen razones de prestigio, formas de capitación e ingresos (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014b). En Lautaro, una ciudad pequeña de la Araucanía, los/as médicos/as permanecen en general sólo un año, entre otras razones porque sus ingresos son menores comparados con los del sector privado y porque sus aspiraciones de especialización en otras áreas no encajan con los incentivos para retenerlos (Ulloa, 2014). El déficit de personal en Chile tiene implicaciones en la calidad e integralidad de la atención. Así por ejemplo, en el Cesfam del municipio de Lautaro parece que a pesar de que se cumplen los estándares de relación Recurso Humano/Población definidos por el Ministerio de Salud, la realidad indica que la demanda de atención es mayor a la oferta, lo cual lleva a priorizar la actividad asistencial en perjuicio de la de promoción y prevención y la atención médica domiciliaria.

Algo similar sucede en Colombia y Perú. De este modo, aunque la disponibilidad de profesionales de salud en Colombia es creciente aún no se satisfacen las necesidades de personal de APS. En el 2011 había aproximadamente 25,4 médicos/as y enfermeros/as por cada 10 mil habitantes. La razón de médicos/as generales por 1.000 habitantes fue de 1,46 en el 2005 y 1,68 en el 2011, la de enfermeros/as fue de 0,68 en el 2005 y 0,92 en el 2011 y la de odontólogos/as fue de 0,79 en el 2005 y 0,86 en el 2011. Se conoce que en el país sólo hay 500 médicos/as de familia, pero no hay datos claros sobre la cantidad de agentes comunitarios de salud (Observatorio de Talento Humano en Salud, 2014;

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b). A pesar de que crece la fuerza de trabajo generalista en salud, se sabe que esa tendencia está siendo neutralizada por la creciente demanda de atención como consecuencia de la ampliación de la cobertura de aseguramiento, la unificación de los planes de beneficios y la transición demográfica y epidemiológica de la población. Se estima que hay un déficit de más de 2.000 médicos/as y que éste puede ser mucho mayor entre regiones, particularmente en los municipios de menos de 20.000 habitantes (Facultad de Salud Pública, 2000; Ruiz et al., 2008).

La deficitaria disponibilidad de profesionales de la salud del Perú también muestra grandes disparidades regionales (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2013). Así, en el 2013 el país contaba con 1,2 médicos/as y enfermeros/as por cada 1.000 habitantes, con regiones que duplicaban esa cifra (Callao) y otras que contaban con menos de la mitad de ellos. Por nivel de complejidad del establecimiento de salud, en 2013 los profesionales de medicina se concentraban en instituciones de primer y tercer nivel, con un 42% y 36% respectivamente, y el 22% restante laboraba en establecimientos de segundo nivel (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2013). El indicador de disponibilidad conjunta de profesionales de medicina, enfermería y obstetricia para el año 2013 fue de 27,4 por 10.000 habitantes. A su vez, el número de médicos de familia contratados por el Ministerio de Salud del Perú fue de 119, los cuales laboraban en hospitales de 18 departamentos, cifra que se considera bastante insuficiente para las necesidades del país (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2013).

El Cuadro 2 sintetiza la fuerza de trabajo en los tres países.

Cuadro 2 – Fuerza de trabajo en APS en Chile, Colombia y Perú, 2014

Chile	Colombia	Perú
La razón de médicos/as fue de 2,5 por mil habitantes, en 2013, siendo mayor la de enfermeros/as.	La razón de médicos/as por mil habitantes fue de 1,7 y la razón de enfermeros/as fue de 0,9 en el 2011.	La razón de médicos/as por mil habitantes fue de 1,2 y la razón de enfermeros/as fue 1,1 en el 2013.
Hay déficit y tendencia de crecimiento de las brechas de médicos de APS. De un total de casi 30.000 médicos, los de APS son el 10%. De estos, sólo 629 son médicos/as de familia y alrededor del 50% de éstos están en el sector privado. Alrededor del 30% de los médicos/as de APS son extranjeros/as.	Se estima que hay un déficit de más de 2.000 médicos/as y ese déficit puede ser mucho mayor entre regiones, particularmente en municipios de menos de 20.000 habitantes. Los profesionales de salud tienden a concentrarse en municipios de más de 500.000 habitantes.	Grandes disparidades geográficas (regiones que tienen la mitad de la cifra promedio nacional y otras que la duplican). El 42% de los profesionales de medicina se encuentran en el primer nivel de atención. El mayor número se concentra en zonas del quintil V, que corresponden a aquellas con más recursos económicos.

No hay datos claros sobre la cantidad de agentes comunitarios/promotores de salud que integran los equipos básicos de salud en los tres países ya que, en general, las actividades son voluntarias o con contrataciones inestables. En Colombia se observa una política explícita de vinculación pagada de agentes comunitarios, especialmente en las zonas rurales y comunidades marginadas urbanas (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a). Este no es el caso de Chile y Perú donde parece incentivarse más la vinculación de voluntarios en salud familiar y comunitaria.

Por ejemplo, la Ley 1.438 del 2011 de Colombia establece que los equipos básicos de salud deben incluir promotores y personal auxiliar de salud pública. Los entes territoriales, en asociación ocasional con las EPS del régimen subsidiado de salud, vinculan a los equipos básicos cantidades diversas de promotores de salud según los recursos disponibles, como sucede en Barranquilla, Bogotá, Medellín y Palmira. Igualmente, los programas de APS desarrollados por los pueblos originarios incluyen agentes de salud indígenas, que los usan para garantizar el carácter intercultural de sus sistemas propios de salud, como se verá más adelante. Sin embargo, este no es generalmente el caso en los programas de APS desarrollados por las EPS del régimen contributivo, puesto que su enfoque de APS es más centrado en personal profesional de salud (Vega Romero y Acosta Ramírez, 2014a).

Los Caminantes de la Salud: agentes comunitarios en Barranquilla, Colombia

En la ciudad de Barranquilla, la Atención Primaria Comunitaria se desarrolla a través del programa “La salud está en mi casa” y de acciones complementarias.

“La salud está en mi casa” la conducen dos tipos de actores: por un lado, agentes comunitarios de salud denominados “Caminantes de la Salud”, reclutados en la comunidad del barrio donde viven, entrenados como técnicos de salud o auxiliares de enfermería y pagados por el operador del programa para desempeñar ciertas actividades específicas de promoción y prevención. Por otro lado, miembros de los hogares o de las familias del territorio que se ofrecen, con pequeños incentivos, para servir como voluntarios de ciertas actividades de apoyo en salud en sus propias casas, a través de lo que se denomina “Casas Saludables”.

Los Caminantes de la Salud y las personas voluntarias del subprograma Casas Saludables realizan actividades de caracterización de riesgos individuales y colectivos, primer contacto, educación incidente en salud, inducción de la demanda de servicios (sin importar el régimen de afiliación) de programas de salud, como orientación a la infancia, a las gestantes y a los adultos mayores, apoyo comunitario en acciones y programas complementarios y actividades de seguimiento y control. Para apoyar sus actividades utilizan técnicas y dispositivos de mapeo de zona, comunicación, biometría, peso, metro, tensiómetro, glucómetro, rotafolio, folletos educativos y morral para portar el equipo de trabajo.

Estrategias de formación de recursos humanos para la APS

En Chile y Perú se identifican políticas nacionales de formación y capacitación de la fuerza de trabajo para la atención primaria de salud, aunque con diferencias en la implementación, mientras que en Colombia se destacan programas que lideran algunas entidades territoriales.

La política nacional de capacitación de Chile es adoptada por los municipios con inversión directa de sus recursos y cada comuna define el énfasis en capacitación. Por ejemplo, en la Comuna Quinta Normal se dispone de 40 horas año/persona para capacitación. Ésta se hace en grupos clínicos ajustados, redes sociales, etiquetado nutricional, medicina preventiva, salud mental, salud intercultural, consumo de alcohol y drogas, entre otros. Con los recursos del Ministerio de Salud se hace capacitación complementaria en varias formas: diplomados (300 horas en medicina familiar y competencias técnicas), cursos, pasantías nacionales e internacionales, educación virtual autogestionada (bajo compromisos de gestión), etc.

La formación profesional en Chile la definen las universidades, pero no responde a las exigencias de la APS. La formación de los recursos humanos sigue teniendo un enfoque biomédico debido, en parte, a que el personal se entrena en hospitales de alta complejidad y no en centros de salud familiar y, por otra parte, porque hay una subutilización de las pocas becas ofrecidas por el Ministerio de Salud para especialización en salud familiar. Así, por ejemplo, entre 2002 y 2007 sólo el 12% de los cupos de formación en medicina familiar fueron ocupados versus el 70% en otras especialidades (Montero et al., 2010). Por otra parte, no hay suficientes recursos de educación continua de la fuerza de trabajo involucrada en APS.

En Colombia también se hacen esfuerzos para la formación y capacitación de la fuerza de trabajo en APS. En el caso de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, éste es un requisito del trabajo de los equipos de salud y de la vinculación de nuevo personal a dichos equipos (PUJ/UIS, 2011). A nivel del Ministerio de Salud y Protección Social, los esfuerzos reales de capacitación a nivel nacional son aún pequeños frente al desafío de implementar la estrategia de APS. Con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se elaboró un programa de educación virtual (e-learning) para la socialización de los fundamentos de la APS (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social/OPS, 2012). Con respecto a la formación de posgrado, aunque existen seis programas activos de medicina familiar, sólo desde el año 2013 el Ministerio viene trabajando en la definición de un programa unificado en salud familiar y comunitaria y en medicina familiar (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b). En general, prevalece el enfoque biomédico en la formación y práctica de los recursos humanos, con programas débiles y discontinuos de reentrenamiento.

En Perú, la capacitación de los recursos humanos en APS se hace a través del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (Profam).

El programa se ejecuta a través de un diplomado y ha recibido apoyo técnico y financiero de la OPS, la Cooperación Italiana, *Medicus Mundi* y Salud Sin Límites. Como logro se reporta, hasta el 2012, una cobertura total de 346 participantes en el diplomado pertenecientes a los equipos básicos de salud de 9 de las 26 regiones del país, seleccionados entre aquel personal nombrado por el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2013). La meta de capacitación para el siguiente quinquenio es de 5.000 trabajadores de salud por año, buscando cubrir la totalidad del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2014). La Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) del Ministerio de Salud desarrolla actualmente los lineamientos técnicos de los programas de capacitación en APS, que deben ofertar las instituciones de educación superior reguladas por el Ministerio de Educación (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2014). Los programas incluyen un diplomado⁹ de atención integral en el marco de la APS (para todo el personal de salud de primer nivel de atención, incluidos los técnicos y auxiliares) y programas de especialización en (i) Salud Familiar (dirigido a cualquier profesional), (ii) Medicina Familiar y (iii) Medicina Integral y Gestión en Salud (dirigidos a los profesionales en medicina) (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2011).

INTERSECTORIALIDAD EN APS

En los tres países se identifican directrices normativas y/o espacios institucionales nacionales que promueven la acción intersectorial por la salud, aunque con una concepción verticalista. A nivel local, algunas instituciones y los equipos de APS realizan análisis situacional de las problemáticas de salud del territorio y buscan desarrollar acciones conjuntas con otros sectores. Sin embargo, no son claras las conexiones entre los niveles nacionales y subnacionales en materia de acción intersectorial, como tampoco parece ser suficiente la asignación de recursos para esta finalidad.

La Acción Intersectorial por la Salud (AIS) se desarrolla en Chile desde el nivel nacional hasta el local bajo la coordinación del Ministerio de Salud y de los gobiernos locales. La APS se articula a la AIS a través de la ejecución de programas de protección social y de los Comités Vida Chile, que implementan políticas de promoción de la salud con participación de los equipos de salud y de la comunidad. En el nivel nacional operan comisiones mixtas de salud y educación en el área de protección social, con ámbitos específicos complementarios de coordinación en promoción de salud en las Direcciones de Desarrollo Comunitario de los municipios. Actividades intersectoriales de prevención también se desarrollan con la participación de la

⁹ El diplomado es una forma de recapacitación continua de los profesionales mediante cursos cortos.

Corporación Nacional de Control de Estupefacientes, Educación y las Direcciones de Desarrollo Comunitario, entre otros. También se desarrolla AIS a nivel del sector. En el Centro de Salud Familiar de San Joaquín, en Santiago, la asistente social promueve tareas intersectoriales sobre beneficios sociales. En las escuelas trabajan matronas, asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, médicos y enfermeras. También se participa en programas ambientales, judiciales y Casa de la Mujer, entre otros.

En Colombia se han venido constituyendo Comisiones de AIS, como la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, la Comisión Intersectorial de la Red para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS, la Comisión Intersectorial para la Estrategia de Cero a Siempre, la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Comisión Técnica Intersectorial para la Prevención y el Control de la Contaminación del Aire y la Comisión Intersectorial de Vivienda de Interés Social Rural, entre otras. Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Decreto N° 859 del 6 de mayo del año 2014 constituyó la Comisión Intersectorial de Salud Pública, integrada por 9 ministerios y 3 departamentos nacionales, con la finalidad de coordinar y hacer un seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública. Entre otras funciones de dicha Comisión están las de orientar la intervención de los determinantes en salud a través de políticas públicas, la promoción de la coordinación, cooperación y concertación entre diversos sectores y la coordinación de las comisiones intersectoriales antes nombradas, entre otros. Estos avances, que son más de carácter nacional, se dan a pesar del enfoque individualista, biomédico y centrado en la atención de la enfermedad del modelo de atención en salud. En los niveles subnacionales se observan esfuerzos y estrategias destacables para acciones intersectoriales lideradas por algunas entidades territoriales, con base en la voluntad política de los alcaldes, como en los casos de los municipios de Palmira, Medellín y Bogotá.

La acción intersectorial en el Municipio de Palmira, Colombia

En el municipio de Palmira, los equipos básicos de APS se articulan para las acciones intersectoriales con la Secretaría de Integración Social mediante el Plan Especial para la Inclusión Social, el cual cuenta con 40 gestores comunitarios.

Desarrollan intervenciones conjuntas en territorios vulnerables en áreas como cultura ciudadana, recreación, formación para el trabajo y generación de ingresos, mejoramiento de infraestructura y equipamientos urbanos. También participan de mesas técnicas intersectoriales, como la de salud pública y la de infancia y adolescencia.

Un factor crítico para el efectivo desarrollo de la intersectorialidad es el apoyo político y de decisión de la alcaldía municipal, reflejado en la destinación de recursos propios para la estrategia de APS y para el desarrollo de acciones intersectoriales en población vulnerable mediante el Plan Especial para la Inclusión Social, lo cual permite la alineación de objetivos comunes.

En el Perú, los lineamientos nacionales sobre AIS están a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud, que emplea una metodología de modelamiento causal involucrando todos los actores sociales y definiendo roles, acuerdos y compromisos para un trabajo articulado y coordinado (Perú, Ministerio de Salud, 2014). Así, se definen planes de acción y rutas de trabajo conjuntos entre sectores e instituciones diversos, como son: el Ministerio de Educación, el Ministerio de Transportes y Comunicaciones, el Ministerio de Vivienda, los Municipios Provinciales y Distritales y algunas ONG y organizaciones de la comunidad. Para fortalecer esos vínculos, en diciembre del 2013 se promulgó una reglamentación (Decreto legislativo N° 1.166) que define Redes Integradas de Salud de APS en las que participan la Secretaría de Salud y Educación, el Ministerio de Vivienda y el sector comunitario. Conforman un comité intersectorial para participar en la definición del plan territorial de salud. A nivel local, el punto de partida es el levantamiento de riesgos mediante fichas familiares y de caracterización del entorno que posibilitan tanto un diagnóstico por sectores geográficos que se presenta a las comunidades como la elección de promotores comunitarios con quienes se definen Planes de Atención Familiar y Comunitarios y se firman actas de compromisos comunales para involucrar a la población y dinamizar las acciones intersectoriales (Perú, Ministerio de Salud, 2014).

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS

En los tres países se promueve la participación social en salud, pero ésta sigue siendo deficitaria, especialmente en los sectores en condiciones sociales en desventaja y discriminados. A nivel local su adopción, interpretación y desarrollo no es homogénea.

Las orientaciones del gobierno de Chile buscan fomentar la participación comunitaria y la constitución de nuevos espacios de participación en los territorios en procura del ejercicio de una ciudadanía plena para mejorar la salud, la calidad de vida y disminuir las desigualdades en salud. Se estipula que tal participación debe hacerse desde un enfoque de determinantes sociales de la salud y desde los derechos con el fin de contribuir a la redistribución de las relaciones de poder y de los recursos entre los grupos de la población (Chile, Ministerio de Salud, 2013b). La participación se canaliza a través de los Consejos Locales de Salud (CLS) y de los Centros de Desarrollo Local (CDL). Los CLS no son autónomos ni toman decisiones vinculantes. Los CDL se construyen por cada comuna y de ellos forman parte los centros de salud. A pesar de que tanto los CLS como los CDL formalmente buscan promover una amplia participación de la ciudadanía y de diversos sectores y actores públicos y privados, la participación es limitada por falta de recursos y por

su instrumentalización. También existen otras estrategias de participación en salud como los Consejos Consultivos de Usuarios, los diagnósticos participativos, las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias y los mecanismos de evaluación de satisfacción del usuario.

Varios ejemplos dados por los funcionarios chilenos de los centros de salud entrevistados muestran características de la participación comunitaria y social en salud en Chile. En el Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña, de la Comuna de Puente Alto, la participación social en salud se hace a través de los CDL, donde participan las organizaciones comunitarias, y a través de la Comisión Mixta de educación, salud y jardines infantiles (Vejar y Flórez, 2014). En el Centro de Salud Familiar San Joaquín de la Comuna del mismo nombre, en la región metropolitana de Santiago, se trabaja de forma coordinada con la comunidad y los dirigentes políticos y sociales en los Centros de Desarrollo Local (CDL) (Campodónico, 2014). Al parecer, los CDL pueden tomar decisiones pero deben hacer gestiones ante las autoridades para materializarlas. Los equipos de cabecera coordinan reuniones con los dirigentes sociales de su territorio (Juntas de vecino o Consejo Local de Salud). Uno o dos dirigentes del Consejo Local de Salud forman parte del CDL, los cuales a su vez se coordinan a un nivel superior, en el Interconsejo Comunal, que es de la comuna en general. Estos, a su vez, se coordinan con otros Interconsejos de otras comunas del servicio de salud respectivo (Buenas Prácticas APS, 2014). A diferencia de lo que sucede en las comunas de Puente Alto y de San Joaquín, en la Comuna Quinta Normal la participación social en las decisiones del plan de salud, corporación municipal, establecimientos de salud y equipos de salud, es prácticamente nula. La importancia dada a la participación social en las comunas depende del criterio de cada gobierno municipal.

La Constitución Política de Colombia de 1991 señala que el Estado debe contribuir a promover mecanismos democráticos de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública. Esos planteamientos fueron retomados por la Ley 1.438 de 2011 al establecer que uno de los componentes claves de la APS debería ser la participación social, comunitaria y ciudadana. Sin embargo, se reconoce por el Ministerio de Salud y Protección Social que la participación social, comunitaria y ciudadana a nivel nacional es deficiente y generalmente funcional a los intereses de actores poderosos del sistema de salud (EPS, hospitales y autoridades sanitarias) y burocratizada (Vega Romero et al., 2012). A nivel local se plantea también que la participación se ha dado al servicio de las instituciones de salud más que en función de las propias comunidades, con lineamientos rígidos para los funcionarios encargados de promoverla que dificultan que la ciudadanía participe en las decisiones, pueda empoderarse y cualificarse políticamente para interactuar con las instituciones estatales y organismos del gobierno en salud de forma más independiente (Restrepo Vélez y Mosquera Méndez, 2009). Además

de las limitaciones del sector salud para la participación, se dan las restricciones propias de la democracia y de la violencia aún prevalente en Colombia, la falta de garantías para los procesos de organización y movilización social y la ausencia de suficientes y eficaces espacios que posibiliten que los ciudadanos y comunidades tengan participación vinculante en los procesos de toma de decisiones, ejecución de las acciones y en el control y seguimiento de la gestión.

La participación social en el Perú se considera un componente fundamental de la APS y se implementa involucrando en las acciones de salud pública a los denominados Agentes Comunitarios de Salud, quienes actúan de manera voluntaria, y se les asigna el rol de enlazar la comunidad con el Establecimiento de Salud para abordar los problemas de salud identificados en conjunto con los equipos básicos de salud (Perú, Ministerio de Salud, 2014). Además, se fomentan organizaciones como los Sistemas de Vigilancia Comunal, los Comités de Desarrollo Local, comités y/o asociaciones de pacientes y usuarios de salud, organizaciones sociales de base como los comedores populares, juntas vecinales, el vaso de leche, etc., y los centros de vigilancia nutricional para la madre y el niño vinculados a los municipios. Un ejemplo de las acciones conjuntas entre estas organizaciones son los grupos de trabajo para fomentar una cultura de salud y autocuidado mediante talleres con sesiones demostrativas para la práctica de la mejor utilización de alimentos propios de la zona (Perú, Ministerio de Salud, 2014).

El Libro Comunal en Perú

En el Perú se promueven mecanismos de participación comunitaria como los diagnósticos comunitarios mediante el “Libro Comunal” para el reconocimiento y mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad.

El Libro Comunal es elaborado por las autoridades, líderes, organizaciones de la comunidad y las familias con el apoyo del personal de salud del establecimiento de salud.

Las municipalidades otorgan documentos oficiales que acreditan las juntas vecinales y esto les permite hacer proyectos pequeños para enfrentar algunos determinantes sociales, como por ejemplo recolección de basuras, limpieza de canales de regadío, etc.

Un ejemplo se encuentra en la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, en la cual se emplean estrategias de capacitación a agentes de salud voluntarios y de apoyo al desarrollo de centros de vigilancia comunal, donde se integran miembros de la comunidad para el desarrollo de acciones conjuntas sobre problemáticas identificadas por la población.

Fuente: Perú, Ministerio de Salud, 2014.

INTERCULTURALIDAD EN APS

En Chile, Colombia y Perú se desarrollan diversas experiencias de políticas de salud interculturales las cuales, a pesar de las diferencias de concepción y abordaje, utilizan la APS para su implementación.

Uno de los propósitos del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario con base en la APS en Chile es “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso” (Chile, Ministerio de Salud, 2006:23). La incorporación de este enfoque comenzó en la Región de la Araucanía alrededor del año 1996 y fue respaldada posteriormente con la reforma sectorial del año 2005 y la constitución del Programa Orígenes del Ministerio de Salud.

La Resolución Exenta N° 261 de 2006, expedida por el Ministerio de Salud, promueve la interculturalidad en los servicios de salud apoyándose en varios artículos de la Ley 19.253. Esta norma ha permitido formular una Política de Salud y Pueblos Indígenas que promueve un modelo de atención en salud con enfoque intercultural y participativo (Chile, Ministerio de Salud, 2006). Entre otros aspectos, el modelo debe garantizar el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios y la inclusión de éstos en los beneficios y prestaciones que en todos los niveles de atención garantiza el Fonasa. El Ministerio de Salud establece que:

“La Ley de autoridad sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los Servicios de Salud, contemplan claramente la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, incorporando el respeto a la cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que salud desarrolla y que les involucran” (Chile, Ministerio de Salud, 2013b:23-24).

Igualmente, define que:

“Para el Modelo de Atención Integral de Salud (...) se deben incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas participativamente” (Chile, Ministerio de Salud, 2013b:23- 24).

Una experiencia aplicada del modelo intercultural en Chile se encuentra en el servicio de salud de la Araucanía.

Centro de Salud Intercultural Boroa Filulawen, Integral y Comunitario, Chile

Boroa es un territorio mapuche en la zona rural de Ciudad Nueva Imperial. En diciembre del año 2003 se creó allí un Centro de Salud Integral, Intercultural y Comunitario, puesto en funcionamiento en el año 2004 como consecuencia de un acuerdo entre la presidente Michel Bachelet y la coordinadora de comunidades mapuche del territorio.

Un convenio entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y el Comité de Salud Intercultural Boroa-Filulawen firmado en el año 2005 delega al comité comunitario la gestión del centro. Éste incluye espacios administrativos, de prestaciones de salud occidental y de atenciones de salud mapuche.

El centro entrega las prestaciones occidentales de atención primaria del Plan de Salud Familiar a través de un equipo de salud integrado por matrona, médico, enfermera, dentista, trabajadora social y técnico en enfermería. Otro equipo de medicina mapuche, que funciona en un espacio físico distinto al primero y adecuado a los requerimientos culturales de la tradición de la medicina mapuche, lo integran dos *machis* (curanderos) y un *lawenche* (yerbatero) quienes hacen derivaciones al compondor de huesos y a la *piñiñalche* (partera).

Los dos espacios se comunican física y funcionalmente mediante referencias y contrarreferencias entre los dos equipos según las necesidades. Los recursos se transfieren desde el Servicio de Salud Araucanía Sur al Comité Comunitario de Salud mediante el pago per cápita de las prestaciones del Plan de Salud Familiar para las cerca de 1.300 personas inscritas y afiliadas al Fonasa.

La prestación de los servicios de salud desde el componente mapuche se hace respetando las tradiciones de pago entre las personas y los agentes de salud mapuche, pero el Estado también financia acciones en salud, individuales y colectivas, propias de la cultura mapuche. El comité comunitario está obligado por el convenio a rendir cuentas al Servicio de Salud por las acciones occidentales y tradicionales realizadas desde el Centro de Salud.

La medicina mapuche es puesta al mismo nivel de la occidental (complementariedad) y el personal de salud que practica medicina occidental, contratado por la comunidad, debe respetar la medicina mapuche. A este personal se le hace inducción intercultural previa al inicio de sus actividades en el Centro.

Fuente: Neira Rozas, 2011.

En Colombia, aunque se enfrentan dificultades para el reconocimiento completo de sus enfoques tradicionales de medicina, algunas de las comunidades indígenas del país han constituido sus propias Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud indígenas de primer nivel de complejidad y han podido avanzar hasta lograr darle forma y legitimación al Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, que ahora ha sido reconocido como un derecho fundamental de los pueblos indígenas en la Ley estatutaria de salud del país. En los modelos de APS de estas comunidades se percibe el uso amplio de agentes de salud indígenas y promotores comunitarios de salud, que son el resultado de una elección estratégica para que encarnen la doble misión de desplegar y promover la cosmovisión y práctica de la medicina tradicional indígena y servir de interlocutores entre ésta y la fuerza de trabajo de la medicina occidental. El modelo de salud intercultural en Colombia ha sido construido por los pueblos originarios en sus territorios como resultado de sus luchas, superando la creencia de que el Estado y los expertos lo podrían hacer en su nombre. Un ejemplo es la experiencia programática de las organizaciones de las comunidades indígenas del departamento del Cauca, en el sur del país.

Interculturalidad y APS en el Programa de Salud Indígena del Cauca, Colombia

En el sur del país, las comunidades indígenas del Cauca, asentadas en 29 municipios del departamento con una población aproximada de 248.532 personas, construyeron una plataforma de lucha que incluye varios programas integrales e interculturales, entre ellos el Programa de Salud Indígena (PSI). Este programa contiene lineamientos que buscan defender sus derechos fundamentales, principalmente la autonomía alimentaria, la medicina tradicional y la interculturalidad, adecuar las políticas de salud del Estado y la medicina occidental a sus necesidades y particularidades culturales, acabar con la discriminación en los servicios de salud occidentales, promover la educación e investigación en salud intercultural y fortalecer la organización de las comunidades.

El PSI incluye la creación de un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Sispi), que busca fortalecer sus sistemas médicos propios y esclarecer su relación con el sistema de salud occidental en términos del derecho a la salud, la interculturalidad, la gratuidad e integralidad del cuidado.

El Sispi se fundamenta en la cosmovisión indígena, que supone armonía y equilibrio entre hombre, naturaleza y territorio. Esta relación está reflejada en sus normas y prácticas culturales, las cuales coadyuvan a producir bienestar individual y colectivo en todos los ámbitos de la vida.

El modelo de cuidado de la salud del PSI está basado en la APS, que funciona con dos tipos de equipos: los de base comunitaria y los de apoyo. Los primeros están conformados por fuerza de trabajo indígena e incluyen el *The Wala* (médico tradicional del pueblo Nasa), partera, promotores de salud comunitarios, pulseador, curandero de ojo, animador agroambiental, sobandero (persona que hace tratamientos de fracturas no graves usando ungüentos y masajes) e higienista oral. Los segundos lo integran fuerza de trabajo occidental, entre ellos profesionales como el/la médico/a general, odontólogo/a y bacteriólogo/a, además de personal auxiliar de enfermería, laboratorio y enfermería (vacunador/a) y personal de otros saberes, como la medicina alternativa y los sabedores ancestrales.

El modelo, que puede tener variaciones según la etnia, se caracteriza por ser “integral e intercultural, por ciclo vital (familia, ser humano, comunidad territorio), familiar y comunitario”, y por fortalecer la medicina propia.

Su objetivo es “cuidar la salud de la población indígena garantizando la atención integral desde la medicina indígena a partir de la cosmovisión y prácticas culturales para el buen vivir de cada Pueblo, articulando las acciones de otros modelos médicos aceptados por la comunidad y aplicando la estrategia de atención primaria integral e intercultural”.

Fuentes: CRIC, 2010; Realpe, 2014.

En el Perú existe una política intercultural liderada por el Instituto Nacional de Salud mediante el Centro Nacional de Salud Intercultural, que coordina la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Esta incluye el desarrollo del Observatorio de Interculturalidad, estudios de medicina tradicional (síndromes culturales) y de medicina alternativa y complementaria y proyectos como el Inventario Nacional de Plantas Medicinales y la promoción del uso seguro e informado de la medicina alternativa y complementaria. Como antecedente figura la “Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas” desarrollada por la OPS entre la década de 1990 e inicios del año 2000, orientada por los principios del respeto y la revitalización de las culturas indígenas, la reciprocidad en las relaciones, el derecho de los pueblos

indígenas a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática y el abordaje integral de la salud (Brockert et al., 2001).

En cooperación con el Ministerio de Salud del Perú y algunas Direcciones Regionales de Salud, *Medicus Mundi* desarrolla desde 1989 diversos proyectos interculturales y de participación comunitaria que incorporan agentes comunitarios de salud, terapeutas tradicionales y organizaciones de base de los pueblos de zonas excluidas y en pobreza extrema, en especial en áreas de pueblos indígenas (Calandria et al., 2009). De ese trabajo se destaca un proyecto premiado internacionalmente para la operación del Modelo de Atención Integral en Salud en la Provincia de Churcampa-Huancavelica (León et al., 2013; Sánchez et al., 2013). Por otro lado, la estrategia de salud sexual y reproductiva viene fomentando el desarrollo de casas de espera maternas. Una experiencia destacable es el modelo intercultural desarrollado por la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, que hace énfasis en promover que los Establecimientos de Salud dispongan para las usuarias de elementos para la opción de parto vertical, hierbas medicinales tradicionales y casas u hogares de espera para los familiares que acompañan a los pacientes (Alanya et al., 2014).

DESIGUALDADES REGIONALES Y SOCIALES EN EL ACCESO A APS

Los tres países comparten importante retos de equidad por la persistencia de desigualdades regionales y sociales injustas en el acceso a la APS y en la asignación y distribución de los recursos disponibles.

Uno de los problemas que devienen del modelo de aseguramiento chileno es el de las desigualdades en el financiamiento, cuyo origen parece estar en las asimetrías del per cápita de la canasta básica de servicios entre las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y en la insuficiencia de recursos que obliga a las regiones y a los municipios a financiamientos complementarios. Así, por ejemplo, mientras en el 2008 las Isapre gastaban por beneficiario US\$ 1.363 (\$ 750.000 pesos chilenos) para cubrir al 16% de la población, el Fonasa gastaba US\$ 582 (\$ 320.000 pesos chilenos) por beneficiario para cubrir al 70% de la población. El problema se agrava por la ausencia de solidaridad entre los dos esquemas de aseguramiento (Salud un Derecho, 2011). Los recursos asignados a la APS han aumentado hasta alrededor de un 26% del gasto público en servicios de salud y se ha buscado cubrir al menos el 80% de la carga de enfermedad y corregir las inequidades por condición de ruralidad, pobreza, población adulta mayor y acceso a los servicios. Sin embargo, la cantidad de recursos para financiar la canasta básica de servicios y la de las Garantías Explícitas de Salud, así como los mecanismos de ajuste para corregir las inequidades del per cápita basal y de los programas de reforzamiento en salud pública (que no son ajustados por los indexadores mencionados), no parecen ser suficientes (Torche, 2009; Montero

et al., 2008; Montero et al., 2010; Chile, Senado, 2012). También hay importantes desigualdades en cuanto a la distribución general de los médicos por regiones (Chile, Ministerio de Salud, 2010b) y, en particular, de los médicos de familia certificados (Chile, Ministerio de Salud, 2014b). Se reconoce también que los equipos de salud locales, y particularmente los de zonas rurales y territorios desfavorecidos, no cuentan con los recursos necesarios en equipamiento diagnóstico, terapéutico y fuerza de trabajo para hacer una labor integral y suficientemente resolutive (Fábrega, 2013).

En la mayoría de los municipios de Colombia (72%) sólo existen prestadores públicos de servicios de salud como única opción de atención. Tales prestadores de servicios de salud se encuentran concentrados en las ciudades más grandes y económicamente afluentes del país y sólo 430 (39%) de un total nacional de 1.102 municipios pueden gestionar los recursos y la prestación de los servicios de salud de baja complejidad “requeridos por la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda” (Decreto N° 4.973 de 2009), porque el resto no están certificados para hacerlo. Las instituciones existentes son poco resolutivas y poco adecuadas en sus características infraestructurales y organizativas para satisfacer las exigencias de un enfoque moderno de la APS y las dificultades en materia institucional y de gestión de recursos de los municipios para liderar los procesos y actividades de contratación del aseguramiento del régimen subsidiado y de las acciones colectivas del plan de salud pública son enormes (Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2011:62; Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012a). Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que existe una alta fragmentación en la prestación de los servicios de salud debido a la competencia por precios entre los aseguradores y prestadores de servicios de salud lo que, además de dificultar la continuidad de la atención y aumentar los costos de la atención para el paciente, hace que haya poca resolutividad de los servicios, dificultades de calidad y prevalencia de un enfoque biomédico de atención centrado en el individuo y en la enfermedad (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a).

En Perú, un análisis de la distribución de médicos por quintiles de pobreza poblacional encontró que en el año 2012 el mayor número de estos profesionales se concentraba en zonas del quintil V, que corresponden a aquellas con mayores recursos económicos (Perú, Ministerio de Salud, 2006). También se determinó que en el 2005 existía una correlación significativa entre la dotación de recursos humanos e indicadores sanitarios, como la razón de mortalidad materna. Se encontró una relación inversa que muestra que en los departamentos donde hay menos recursos humanos se presenta una mayor mortalidad materna y existe un mayor nivel de pobreza (Perú, Ministerio de Salud, 2006). Para enfrentar esa situación, en paralelo a los incentivos económicos mencionados, se implementa la estrategia del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud para contratar a profesionales con financiamiento del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales. En el 2013, con esa modalidad

se contrataron 8.980 profesionales de medicina, que fueron distribuidos en áreas vulnerables, priorizadas por criterios como altas necesidades básicas insatisfechas, mortalidad materna, desnutrición infantil y brechas de recursos humanos (Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH, 2013).

CONSIDERACIONES FINALES

En los tres países incluidos en este estudio, Chile, Colombia y Perú, la APS es una estrategia del componente público de sus sistemas de salud. Estos sistemas tienen en común haber sido desarrollados en el marco de reformas sectoriales bajo modelos de aseguramiento con orientación de mercado, por lo cual siguen las reglas de separación y especialización de las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, con inclusión de múltiples agentes públicos y privados. El subcomponente público de los sistemas, del cual depende la APS, generalmente está diseñado para la protección de la población sin capacidad de pago y la población trabajadora de menores ingresos. Aunque con modelos distintos de administración de los fondos de aseguramiento, las instituciones administradoras se encargan de la gestión de los riesgos, del manejo de los recursos del financiamiento, del acceso de los afiliados y de la contratación de la prestación de los servicios.

Estas características de los sistemas de salud hacen que, a pesar de que los gobiernos nacionales y territoriales se encarguen formalmente de las orientaciones del diseño e implementación de la APS, que se basan en la APS Renovada, el poder de las instituciones públicas o privadas encargadas de los fondos de aseguramiento es determinante a la hora de la definición del enfoque, la organización de los recursos y la determinación del modo de operación de la APS.

Los modelos de APS reclaman tener orientación familiar y comunitaria; incluir atributos como los de puerta de entrada, integralidad, coordinación, longitudinalidad y continuidad del cuidado; hacer énfasis en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la resolutivez de la atención; y tomar en cuenta la participación comunitaria, la acción intersectorial por la salud y la interculturalidad.

Una característica importante y común a los tres países es la descentralización de la APS, dejando en los entes territoriales competencias para la aplicación de las normas técnicas y la implementación de modelos con énfasis en salud pública, como en Colombia, y entregando a los administradores de los fondos de aseguramiento la contratación de las prestaciones individuales de los afiliados. En general, la aplicación del modelo de atención familiar tiende a funcionar articulado a las prestaciones individuales y el modelo de atención comunitaria a las acciones de salud pública.

El gasto en APS en los tres países es financiado en gran parte con recursos procedentes de distintas fuentes: parafiscales, fiscales, gastos de bolsillo de las

familias y donaciones. Dado el carácter de aseguramiento de la organización de los sistemas de salud y la intención de inclusión de los pobres en los servicios de atención primaria, las cotizaciones salariales y las procedentes de ingresos de trabajadores independientes afiliados al seguro social financian el gasto del acceso de los afiliados con capacidad de pago a sus prestaciones individuales y los recursos fiscales de la nación y de los entes subnacionales financian, tanto las prestaciones individuales de las personas sin capacidad de pago, como las actividades de salud pública, así como la construcción de infraestructura física, dotación y mantenimiento de equipamientos en salud.

La transferencia de recursos desde gestores de los fondos de aseguramiento y el Estado está determinada por el tipo de prestaciones a financiar. Generalmente las transferencias para el financiamiento de las prestaciones individuales de los afiliados se hacen a través de pagos per cápita que se calculan teniendo en cuenta ajustes por edad, sexo, sitio de residencia, pobreza, etc., del afiliado. Las transferencias del Estado central a los municipios, o desde éstos a los proveedores de servicios para el financiamiento de acciones colectivas, se hace a través de pagos fijos globales o presupuestos históricos. La concurrencia de estos fondos está generalmente limitada por la separación de las prestaciones individuales y colectivas y por la segmentación de los sistemas de salud con lo cual en Colombia y Perú se hace difícil la integración de las acciones individuales y colectivas de atención primaria en un mismo proveedor.

Aunque en los tres países se proclama que el acceso a la APS es gratuito, especialmente para ciertos grupos de patologías y para la población de menores recursos, en general persisten gastos de bolsillo de los hogares por copagos y pagos de acceso a prestaciones individuales y medicamentos no entregados en los sistemas públicos de atención primaria. El gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud oscila entre el 20% y el 40% del gasto total en salud. Las formas de pago al proveedor directo de los servicios de atención primaria son variadas, siendo el pago per cápita y el prospectivo o fijo más frecuentes para actividades asistenciales, en tanto que el pago por evento parece tener más uso en actividades de promoción y prevención. También se tiende a utilizar incentivos al desempeño de los proveedores y por resultados en salud.

En los tres países los servicios individuales, familiares y comunitarios de APS son entregados a la población a través de unidades de salud de primer nivel de complejidad, públicas o privadas, con tamaños y grados de integralidad diferentes según la cantidad y densidad de la población servida y su ubicación urbana o rural. La mayor parte de estas unidades son instituciones públicas municipales con autonomía administrativa. Algunas instituciones prestadoras son privadas y con ánimo de lucro, independientes o integradas verticalmente a empresas aseguradoras, y otras son privadas no gubernamentales sin ánimo de lucro o de propiedad de algunas comunidades, como en el caso de los pueblos originarios. Una característica

generalizada de estas unidades es que combinan equipos básicos de salud extra o intramurales con formas tradicionales de organización del trabajo para la prestación de los servicios de salud.

Los equipos de salud extramurales tienden a realizar actividades en comunidades y en zonas de población dispersa y los equipos de salud intramurales tienden a realizar actividades de carácter más individual y familiar y en zonas de población más concentrada. Los equipos son generalmente de carácter multidisciplinario y tienden a constituirse en dos modalidades: equipos básicos y equipos complementarios. Los equipos básicos están integrados generalmente por médicos y enfermeras generales, matronas o licenciados en obstetricia, promotores de salud y/o personal auxiliar de enfermería. Los equipos complementarios incluyen otras profesiones como odontología y psicología, entre otras. Las comunidades indígenas también conforman los dos tipos de equipos de salud, pero con relaciones entre ellos de carácter intercultural.

En los tres países la APS incluye dos conjuntos de servicios, los asegurables y los colectivos. Los servicios asegurables son canastas de prestaciones privadas que cubren riesgos individuales y familiares, servicios médico-asistenciales, medicamentos y tecnologías, organizadas bajo esquemas de seguros sociales con gestión de los fondos del aseguramiento y del riesgo delegados a entidades públicas o privadas que contratan la prestación de los servicios con proveedores públicos o privados. Los servicios colectivos son acciones de salud pública que cubren riesgos colectivos (bienes públicos con altas externalidades) que son de responsabilidad gubernamental, gestión descentralizada y provisión generalmente pública.

Existen también prestaciones y servicios interculturales garantizados a los pueblos originarios que han logrado acuerdos con los gobiernos. Estos incluyen tanto las prestaciones asegurables como las de salud pública y reconocen las prácticas de la medicina tradicional indígena. Las prestaciones son tanto intramurales como extramurales. Las dificultades que se presentan tienen que ver con la integración de las acciones individuales, familiares y colectivas, sobre todo en Colombia y Perú, por la segmentación, fragmentación e intermediación del sistema de aseguramiento.

A pesar de que aún predominan establecimientos de atención primaria tradicionales de práctica profesional individual y asistencialista, los del nuevo modelo de atención, con orientación familiar y comunitaria, buscan trabajar en centros de salud con equipos básicos y complementarios de salud. Estos centros están en proceso de adecuación organizativa y física a las exigencias del trabajo multidisciplinar, familiar y comunitario y promueven la participación comunitaria, la interculturalidad y la acción intersectorial por la salud. Sin embargo, como estrategia pública, la APS sigue teniendo énfasis asistencialista y enfoque focalizado en los pobres.

En cuanto a la sectorización del trabajo y a la adscripción de la población por centros y equipos de salud, la situación es heterogénea entre los países y dentro de un mismo país. Mientras en Chile y Perú se busca realizar el trabajo de forma sectorizada y con población asignada por equipos de salud, en Colombia no hay claras directrices nacionales al respecto aunque algunas entidades territoriales lo vienen haciendo según sus posibilidades. La adscripción de las personas a los equipos, donde esto sucede, no siempre preserva el principio de libertad de escogencia y esto es más acentuado entre las poblaciones rurales. Tampoco existe una regla común a seguir entre los países sobre el tamaño del sector y el número de personas a ser adscritas según la unidad de atención y el equipo de salud. La diversidad de situaciones que se presentan parece estar influenciada no sólo por razones de escogencia, técnicas y culturales, sino por restricciones económicas. La sectorización y adscripción de la población tiene entre sus objetivos la planificación del trabajo de las unidades y equipos de atención primaria a nivel territorial y microterritorial.

La APS es generalmente proclamada la base de la organización de las redes de atención por niveles de complejidad o de atención en salud. En los tres países hay instrumentos específicamente desarrollados para facilitar las referencias a otros servicios desde la APS y comienzan a utilizarse las TIC en este sentido. Sin embargo, persisten tiempos de espera para el acceso a servicios especializados y hospitalarios, algunos de los cuales son deficitarios.

La regulación de las relaciones laborales en el componente de APS en los tres países se da en un contexto de modelos de desarrollo de apertura y de liberalización económica, que han impulsado no sólo la orientación de mercado de los sistemas de salud sino la flexibilización del mercado laboral, generando como consecuencia un incremento del empleo informal. Esta tendencia, sin embargo, parece estar siendo atenuada por algunas normas laborales específicas de protección e incentivos al trabajo, como la carrera funcionaria, fruto de las demandas de los trabajadores y de las consecuencias negativas de la flexibilización laboral para la calidad del desempeño de la atención primaria, como por ejemplo la incompatibilidad entre la permanencia de la relación entre el profesional y equipo de salud y la inestabilidad del trabajo. Estas tendencias, sin embargo, son heterogéneas entre los tres países.

Persisten dificultades para atraer y garantizar la permanencia de los profesionales de salud en zonas marginadas y de difícil acceso a pesar del esfuerzo de algunos países en generar incentivos para lograrlo. Uno de los problemas que pesa para la vinculación, atracción y permanencia de este personal en atención primaria es su déficit, que se agrava por la competencia del sector privado con el público y por la persistente tendencia a la especialización por carencia de adecuadas condiciones de empleo, trabajo e incentivos salariales, profesionales y de capacitación en la práctica generalista. El ritmo de producción de fuerza de trabajo profesional para APS en los países está por debajo de la demanda de

este recurso dado que no sólo la APS es intensiva en su uso, sino que se vienen dando cambios de aumento de cobertura de los sistemas de salud, demográficos y epidemiológicos, que generan un aumento de la demanda por encima de la oferta. Esta situación está generando problemas graves de inequidad y de migración entre países que aún no fueron bien estudiados.

Una de las características de los modelos de atención primaria de salud de los tres países es la incorporación de agentes comunitarios de salud. Esta, que no es una innovación reciente de los sistemas de atención primaria, está siendo retomada especialmente para la ejecución de las tareas de los equipos de salud extramurales y comunitarios que desarrollan actividades de los programas de salud pública de promoción y prevención. Igualmente, los pueblos originarios utilizan agentes de salud indígena que cumplen una función de articulación intercultural entre la medicina tradicional indígena y la moderna, desde la perspectiva de los sistemas indígenas de salud. En los tres países no hay datos nacionales claros sobre la cantidad de agentes comunitarios/promotores de salud que participan en las actividades de los equipos de atención primaria de salud, ya que en general las actividades son voluntarias o con contrataciones inestables. Lo que se ha venido observando, especialmente en Colombia, es el desarrollo de una política explícita sobre el uso y vinculación pagada de agentes comunitarios de salud a la estrategia pública de atención primaria de salud, especialmente en las zonas rurales y comunidades marginadas urbanas. Este no es el caso de Chile y Perú, donde parece incentivarse más la vinculación de voluntarios en salud familiar y comunitaria.

En los tres países se identifican directrices normativas y/o dependencias institucionales de orden nacional y local que promueven la acción intersectorial para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, aunque con una concepción verticalista. La forma que adopta la acción intersectorial a nivel nacional es la de creación de comisiones intersectoriales con instituciones gubernamentales. A nivel local, las unidades y los equipos de APS realizan análisis situacional de las problemáticas de salud del territorio y buscan desarrollar las acciones para resolver los problemas de forma conjunta con otros sectores del poder local. Sin embargo, no son claras las conexiones entre los niveles nacionales y subnacionales en materia de acción intersectorial, así como tampoco el vínculo entre identificación y priorización de necesidades y la asignación de los recursos para satisfacerlas.

En Chile, Colombia y Perú se encuentran en desarrollo diversas experiencias de políticas de salud interculturales las cuales, a pesar de las diferencias de concepción y abordaje, utilizan la APS para su implementación. Las poblaciones originarias son los actores principales de la concepción de la interculturalidad, de la autogestión de los recursos y de la colocación de la concepción de salud y de la medicina propia en el centro de la interculturalidad. Sin embargo, la racionalidad estatal expresada a través de contratos y convenios que reflejan las lógicas de los sistemas de aseguramiento de

mercado tiende a limitar la libertad de las comunidades indígenas para desarrollar sus sistemas propios de salud, la prestación de los servicios, la formación de recursos humanos y la investigación desde sus conocimientos y experiencias.

Los tres países comparten importantes desafíos en materia de equidad debido a la persistencia de desigualdades regionales y sociales injustas en el financiamiento, distribución de los recursos humanos y de los servicios de salud y en el acceso a la APS. Aunque se proclama que los servicios de atención primaria son de acceso gratuito, persisten barreras económicas, geográficas, administrativas y culturales. Estas barreras afectan especialmente a las poblaciones en desventaja social y económica y a las que habitan en zonas rurales dispersas y en áreas marginadas de las grandes ciudades. Muchas de estas desigualdades, fruto de las desigualdades sociales de base, son reproducidas por el tipo de modelo de sistema de aseguramiento en salud que, sin ser plenamente universal, segmenta a las poblaciones entre pobres y ricos. Estas inequidades también se expresan en la integralidad de las prestaciones y servicios ofrecidos, el acceso, la calidad de la atención y el estado de salud de las poblaciones. Aunque se reconozca que la APS puede contribuir a la reducción de las inequidades en salud, se requieren transformaciones económicas, sociales, políticas y culturales que vayan más allá de los sistemas de salud, pero que también incluyan a éstos, para que la APS pueda coadyuvar de forma óptima a la justicia social en salud.

REFERENCIAS

Acosta Ramírez N, Pollard Ruiz J, Vega Romero R, Labonte R. Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27(10):1875-1890.

Acosta Ramírez N, Vega Romero R. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Perú. Rio de Janeiro: ISAGS/ UNASUR; 2014. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[179\]ling\[2\]anx\[552\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[179]ling[2]anx[552].pdf) Acceso el: 14 de diciembre de 2014.

Alanya O, Gutiérrez V, Quispe A, Yataco F. Presentación de la experiencia de APS-BFC en la comunidad de Vista Alegre-2013. Tambo: Centro de Salud del Tambo, Red de Salud San Miguel, Dirección Regional de Salud Ayacucho. Ayacucho; 2014.

Altobelli LC, Castillo O, Medina J. Misión de Evaluación Externa Final, Proyecto APRISABAC, Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca. Cajamarca-Perú, 1993-2000. Informe final. Lima: CTH y COSUDE; 2001.

Alcalde J, Nigenda G, Lazo O. Financiamiento y gasto en salud del sistema de salud en Perú. Ottawa, Canadá, International Development Centre; Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 2014. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Peru%20sistemico.pdf> . Acceso el: 27 de junio de 2014.

Arboleda Z JC. Consejo de Estado ordenó reglamentar unos artículos de la Ley 1.438. *El Pulso*. Medellín 2014; 190:22. Disponible en: www.periodicoelpulso.com. Acceso el: 27 de junio de 2014.

Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave 2012; 12 (11):e5571. Disponible en: www.medwave.cl. Acceso el: 27 de junio de 2014.

Bass del Campo C. Entrevista sobre la situación de la Atención Primaria de Salud en Chile. Santiago de Chile; 2014.

Beteta E (coordinador). Evaluación en profundidad del programa de reforzamiento de la salud primaria. Universidad de Chile/Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2005. Disponible en http://www.dipres.gob.cl/574/articles-32175_doc_pdf.pdf. Acceso el: 16 de abril de 2014.

Brocker WA, Sánchez NG, Arévalo M, Espinoza G. Promoción de la medicina y prácticas indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú. En: Organización Panamericana de Salud (OPS). Atención del parto con la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica. Washington D.C.: OPS; 2001.

Buenas Prácticas APS. Disponible en: www.buenaspracticaps.cl. Acceso el: 27 de noviembre de 2014.

Calandria, Asociación Kallpa, Medicus Mundi, Salud Sin Límites Perú. Cerrando brechas aproximando culturas. Un modelo de atención materno-perinatal. Lima: Editorial y Gráfica Ebra EIRL; 2009.

Calderón J. Agua y Saneamiento: El caso del Perú rural. Informe final. Lima: ITDG – Intermediate Technology Development Group, Oficina Regional para América Latina; 2004.

Campodónico L. Reunión Centro de Salud Familiar San Joaquín. Entrevista con la Doctora Lidia Campodónico. Santiago de Chile; 2014.

Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casali P. El Sistema de Salud del Perú. Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: Organización Internacional del Trabajo – OIT. Oficina de la OIT para los Países Andinos; 2013.

Chile, Dirección de Presupuesto. Sistema público de salud. Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2013.

Chile, Fonasa – Fondo Nacional de Salud. Acceso y garantías problemas de salud AUGE. Disponible en: http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140703/pags/20140703095525.html. Acceso el: 12 de abril de 2014.

Chile, Ministerio de Salud. Política de salud y pueblos indígenas (2ª Edición). Santiago de Chile: Ministerio de Salud; febrero de 2006.

Chile, Ministerio de Salud. Dossier integración de atención primaria con otros niveles de atención. Chile: Eurosocias Salud; mayo de 2007.

Chile, Ministerio de Salud. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales/Departamento de Estudios de Recursos Humanos, Serie Cuadernos de Redes N°31. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2010a.

Chile, Ministerio de Salud. Convenio Reforzamiento Equipos de Salud APS. Santiago de Chile: Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2010b. Disponible en: <http://www.ssmn.cl/transparencia/2010/NORMATIVA/1599.pdf>. Acceso el: 12 de abril de 2014.

Chile, Ministerio de Salud. Sistema de Salud en Chile. In: ISAGS/UNASUR. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012a. p. 297-347.

Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los servicios de salud: planificación, implementación y evaluación. Documento Metodológico para el Diseño de Redes Asistenciales y Módulo de Gestión de Red para Aprobación de Estudios de Proyectos de Inversión. Santiago de Chile: Ministerio de salud; 2012b.

Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014. Santiago de Chile: Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013a.

Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de salud integral, familiar y comunitaria dirigido a equipos de salud. Santiago de Chile: Subsecretaría de redes asistenciales/División de Atención Primaria en Salud/OPS, 2013b.

Chile, Ministerio de Salud. Más enfermedades Auge 80. Chile avanza con todos. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014a. Disponible en: http://web.minsal.cl/?q=AUGE_INTRODUCCION. Acceso el: 12 de abril de 2014.

Chile, Ministerio de Salud. Atención Primaria de Salud en Chile. Presentación de Dra. Sibila Iñiguez Castillo. Santiago de Chile: División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2014b.

Chile, Ministerio de Salud. Entrevista a Vargas I, Ávila L e Iñiguez S. División de Atención Primaria. Santiago de Chile; 2014c.

Chile, Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria. Entrevista a directivos de la División de Atención. Santiago de Chile; 2014.

Chile, Superintendencia de Salud. Garantías explícitas en Salud AUGE-GES. Ministerio de Salud, 2014. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3130.html>. Acceso el: 10 de abril de 2014.

Chile, Ministerio de Salud. Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención No 1. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2005.

Chile, Senado. Retrato de la desigualdad en Chile. República de Chile, 2012. Disponible en: file:///Users/rvregaromero/Downloads/PDF_librodesigualdad_ultima_version.pdf. Acceso el: 14 de abril de 2014.

Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. Rev. Panam. de Salud Pública 2012; 31(4): 310-316.

Colombia, Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, jueves 23 de diciembre. Año CXXIX, N° 41.148: 1-37.

Colombia, Congreso de la República. Ley 1.438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C., 19 de enero de 2011.

Colombia, DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013. Bogotá: DANE; 2014. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2013.pdf Acceso el: 12 de enero de 2015.

Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), 2011. Monitoreo, Seguimiento y Control al uso de los Recursos del Sistema General de Participaciones. Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público; 2011.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Documento Marco de Política de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia (Borrador). Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios/Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Documento de Trabajo Versión 1.0. Bogotá: MSPS; octubre de 2012a.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Documento orientador para la realización del Proyecto Piloto para implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia. Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios/Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012b.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá: MSPS; 2013.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. Dirección de Financiamiento Sectorial. Boletín bimestral N° 2. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; enero-febrero de 2014a.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; febrero de 2014b.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. 2014c. Disponible en: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>. Acceso el: 25 jun. 2014.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social/OPS – Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Nacional de Desarrollo del Talento Humano en Atención Primaria de Salud y Redes Integradas de Servicios. Curso de inducción y sensibilización para la Incorporación de la Atención Primaria de Salud y Redes Integradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. Convenio 485 Ministerio de Salud y de Protección Social/Organización Panamericana de la Salud/Área de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social/OPS; 2012.

Colombia, SDS – Secretaría Distrital de Salud. Modelo Humano de Atención en Salud en Bogotá. Bogotá D.C., 2014. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=1._DOCUMENTO_MARCO_TERRITORIOS_SALUDABLES&oldid=4269. Acceso el: 25 de junio de 2014.

CRIC – Consejo Regional Indígena del Cauca. Documento Propuesta del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – Sispi. Programa de Salud. Pueblos Indígenas del Cauca. Colombia: 2010.

Fábrega R. Salud y desigualdad territorial. Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural, Documento de Trabajo N° 13, Serie Estudios Territoriales. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural; 2013. Disponible en: http://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1375105909Doc13SaludCTDFABREGA.pdf. Acceso el: 14 de abril de 2014.

Facultad de Salud Pública. Estudio de Oferta y Demanda. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.

Flórez CE, Camacho A. Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano. Santiago de Chile: Cepal; 2012.

Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (org.). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. 1. ed. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.

Gobierno de Chile. Chile crece contigo. Catálogo de prestaciones. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2013.

Infante A, Paraje G. La Reforma de Salud en Chile. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Documento de Trabajo 2010-4. Chile: 2010. Disponible en: http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/poverty/documentos_de_trabajo/la-reforma-de-salud-en-chile.html. Acceso el: 14 de abril de 2014.

Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Vega Romero R y otros. Implementation, Effectiveness and Political Context of Comprehensive Primary Health Care: Preliminary Findings of a Global Literature Review. *Australian Journal of Primary Health* 2008; 14(3):58-67.

Laurell AC. Sacando a las reformas progresistas de la sombra. *Medicina Social* 2008; 3(2); 83-86.

León RS, Carbone Campoverde F, Lema Dodobara C. Primeros avances de la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la provincia de Churcampa, Huancavelica-Perú. Lima: Dirección Regional de Salud de Huancavelica, Medicus Mundi Navarra, Salud sin Límites Perú; 2013.

Medicus Mundi Navarra, Salud sin Límites Perú. Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel. Proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú. DCI - NSA 240-166. Lima: Medicus Mundi Navarra, Salud sin Límites Perú; 2012.

Montero J, Poblete F, Torche A, Vargas V. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. In: Camino al bicentenario. Propuestas para Chile. Santiago de Chile: Gobierno de Chile/Cámara de Diputados de Chile; 2008, p. 73-94. Disponible en: http://www.achm.cl/file_admin/archivos_munitel/salud/salud20.pdf Acceso el: 14 de abril de 2014.

Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Pontificia Universidad Católica de Chile/Centro de Políticas Públicas. Temas de la Agenda Pública. Año 5, N° 38, 2010. Disponible en: http://politicaspubblicas.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos_publicaciones/adjuntos_publicacion.archivo_adjunto.80d1727c57c4052a.53544133382e706466.pdf. Acceso el: 14 de abril de 2014.

Neira Rozas J. Prestaciones de salud en zonas indígenas mapuches. Resumen de algunas experiencias. In: Representación OPS/OMS de Chile (org). Economía y Salud. Aportes y experiencias en América Latina. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2011. p. 75-89.

Observatorio de Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_2.aspx. Acceso el: 14 de abril de 2014.

OMS - Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS: OPS/OMS; 1978.

PAHO - Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization. Washington D.C.: PAHO; marzo de 2007.

Perú, Ministerio de Salud. El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud. Lima: Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos; 2006.

Perú, Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud, Perú, 1995-2005. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto/Consortio de Investigación Económica y Social. Lima: Ministerio de Salud, Observatorio de la Salud; 2008.

Perú, Ministerio de Salud. Fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria en salud renovada. Lima: Ministerio de Salud; 2010.

Perú, Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud de Salud Basado en Familia y Comunidad. Documento Técnico. Lima: Ministerio de Salud; 2011.

Perú, Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Presentación de la Doctora Patricia Polo Ubillus, coordinadora nacional de la ESNSE, Dirección General de Salud de las Personas. Lima: Ministerio de Salud; 2013.

Perú, Ministerio de Salud. Informe de la Dirección General de Promoción de la Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2014.

Perú, Ministerio de Salud/Sunasa- Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Anuario Estadístico 2012. Lima: Ministerio de Salud; 2013.

Perú, INEI – Instituto Nacional de Estadística e Informática. Acceso a Seguro de Salud. Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI; 2012. Disponible en: www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/access-to-health-insurance/. Acceso el: 19 de abril de 2014.

Perú, Ministerio de Salud/DGSP. Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Servicios de Salud. Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). Lima: 2013. Disponible en: www.sis.gob.pe/ipresspublicas/capacitacion/talleres/PonenciaSIS/20130218EquiposAISPED.pdf . Acceso el: 19 de abril de 2014.

Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH. Diplomatura de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Lima: Ministerio de Salud; 2011.

Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH. Segunda medición de las metas regionales de los recursos humanos para la salud. Perú 2007-2015. Ministerio de salud. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2013.

Perú, Ministerio de Salud/DGGDRH. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Informe de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Lima: Ministerio de Salud; 2014.

Perú, SIS – Seguro Integral de Salud. Resolución Jefatural 197. Directiva administrativa No. 003 que regula la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del SIS. Diario Oficial El Peruano; 6 de diciembre de 2012.

Perú, SIS – Seguro Integral de Salud. Gobierno de Perú: Publicaciones. Disponible en: www.sis.gob.pe/Portal/paginas/publicaciones.html. Acceso el: 22 de febrero de 2014.

PUJ/UIS – Pontificia Universidad Javeriana/Universidad Industrial de Santander. Aprendiendo de la Experiencia de APS en Bogotá y Santander. Informe comparativo de experiencias. Contrato 683 de 2009 COLCIENCIAS. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.

Püschel K, Téllez A, Montero J, Brunner A, Peñaloza B, Rojas MP, Poblete F, Pantoja T. Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. Evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. Estudios Públicos, otoño 2013. 130: 23-52.

Ramírez Moreno J. Derechos de propiedad del Seguro Obligatorio de Salud en Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2010.

Ramírez Moreno J. Cálculos con base en Ministerio de Salud y Protección Social. Cuentas de salud. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013.

Realpe L. Presentación hecha por Liliana Realpe en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE). Popayán: 2014.

Restrepo Vélez O, Mosquera Méndez PA. Participación y empoderamiento comunitario: tareas pendientes de la Atención Primaria de Salud. In: Vega Romero et al., 2009. Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Alcaldía Mayor de Bogotá/Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C.; 2009. p. 239-268.

Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y perspectivas (Tercera Edición). Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana; 2008.

Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Rev de Salud Pública 2011; 13(6): 885-896.

Salud un Derecho. Las cifras de la desigualdad de la salud en Chile. Santiago de Chile, 2011. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5128> Acceso el: 14 de abril de 2014.

Sánchez NM, Miranda PA, Cervera TV. Módulos de capacitación para el trabajo con los agentes de comunitarios de salud y consejo de desarrollo comunal. Salud integral de la familia y comunidad. Lima: Medicus Mundi Navarra, Salud Sin Límites Perú; 2013.

Scarpaci JL. Primary Medical Care in Chile: Accessibility under military rule. Publicado en español con el nombre de Salud y Régimen Militar por el Colectivo de Atención Primaria. Santiago de Chile: 1989.

Torche A. Introducción de factores de riesgo en el financiamiento de la salud primaria en Chile. Documento de Trabajo N° 358. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile/ Instituto de Economía, 2009. Disponible en: http://www.economia.puc.cl/docs/DT_358.pdf. Acceso el: 14 de abril de 2014.

Ulloa E. Entrevista a directivos del Departamento de Salud del Municipio de Lautaro (Región de la Araucanía) Evelyn Ulloa (Directora del CESFAM de la municipalidad) y el Gestor del Departamento de Salud. Lautaro: 2014.

Vega Romero R, Hernández Torres J, Mosquera Méndez PA. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, jul/set 2012; 36(94):392-401.

Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: ISAGS/ UNASUR; 2014a. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[160\]ling\[2\]anx\[521\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[160]ling[2]anx[521].pdf) Acceso el: 14 de diciembre de 2014.

Vega Romero R, Acosta Ramírez N. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: ISAGS/ UNASUR; 2014b. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[191\]ling\[2\]anx\[565\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[191]ling[2]anx[565].pdf) Acceso el: 14 de diciembre de 2014.

Vejar C, Flórez M. Reunión Comuna de Puente Alto, CESFAM Laurita Vicuña. Entrevista con las doctoras Claudia Vekar (Directora de Salud de la Corporación de Desarrollo de la municipalidad) y Marcela Flórez (Directora del CESFAM). Santiago de Chile; 2014.

Waitzkin H. *Medicine and Public Health at the End of Empire*. Boulder, Colorado: Paradigm Publishers; 2011.

Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2009; 26(2):207-217.





Atención primaria de salud en Guyana y Suriname: Diversidad y desafíos para superar inequidades en salud entre poblaciones del interior y de la costa

Hedwig Goede

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta un análisis comparativo de las experiencias de implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) en Guyana y en Suriname. Está basado en el mapeo de la APS en cada uno de esos países, los cuales fueron realizados como parte del trabajo técnico del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags) para la construcción de conocimiento y la revisión de experiencias de modelos de APS entre los países suramericanos (Goede, 2014a; 2014b).

El mapeo se realizó durante el periodo de febrero a junio de 2014 y se fundamentó en el marco analítico para la APS desarrollado por el Isags. Ese marco se estructuró en una matriz con las diversas dimensiones de la Atención Primaria de Salud que incluían aspectos como la conducción, el financiamiento, la provisión de servicios, la organización, la coordinación y la integración, la fuerza de trabajo, las acciones intersectoriales, la interculturalidad, la participación social en APS, así como la planificación y los sistemas de información y monitoreo de calidad en APS.

Las actividades desarrolladas para el proceso de mapeo incluyeron una revisión documental de fuentes secundarias, entrevistas y discusiones con actores clave de las políticas, del nivel de gestión de la APS y visitas de campo de observación.

Contexto de los países

Guyana y Suriname son países fronterizos en la Costa Norte de América del Sur. Son los dos únicos países que forman parte simultáneamente de las regiones de Suramérica y del Caribe y ambos son Estados miembros de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) y de la Comunidad del Caribe (Caricom).

Guyana es el único país de idioma inglés y Suriname el único de idioma holandés en América del Sur. Con las mismas características geográficas y una historia colonial compartida, los dos países tienen mucho en común. Estas similitudes se extienden a

algunas características de la población. Ambos países tienen poblaciones pequeñas con mezclas culturales y étnicas (Suriname presenta más diversidad) y también tienen un elevado flujo migratorio hacia el exterior. En el caso de Guyana, los ciudadanos con educación universitaria migran persistentemente a los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido y a países vecinos del Caribe. Aproximadamente un tercio de la población de Suriname emigró hacia Holanda con la independencia, a mediados de los años setenta.

Sin embargo, a pesar de las similitudes, estos países también tienen diferencias notables debido a caminos divergentes en los tiempos coloniales y a diferentes desarrollos políticos y socioeconómicos en los periodos poscoloniales. Guyana y Suriname fueron colonias de los reinos británico y holandés, respectivamente, hasta que lograron la independencia, hace relativamente poco tiempo: Guyana se independizó del Reino Unido en 1966 y Suriname de los holandeses en 1975, casi 10 años más tarde.

Guyana fue cofundadora de la Comunidad del Caribe (Caricom), en 1973, después de un proceso de gestación que duró más o menos diez años y representó un esfuerzo conjunto con otros países que también fueron colonias del Reino Unido. Suriname siguió considerablemente aislado de la región americana debido a la barrera del idioma, su independencia tardía y a los fuertes lazos con Holanda. Su afiliación al Caricom solo se realizó en 1995 y los esfuerzos para la integración con América del Sur y con la región del Caribe son recientes. El Cuadro 1 sintetiza informaciones demográficas y económicas seleccionadas de los dos países¹.

Cuadro 1 – Características demográficas y económicas de Guyana y Suriname

Características	Guyana	Suriname
Población	748.900 habitantes (censo 2012)	541.638 habitantes (censo 2012)
Distribución geográfica y densidad poblacional	Total costa: 89,1% Costa urbana: 26,4% Costa rural: 62,7% Interior: 10,9% Total urbana: 26,4 % Total rural: 73,6%, Densidad poblacional total: 3,5 hab/Km ² Menor densidad: 0,4 hab/Km ² (en el interior – regiones 7 y 9)	Total costa: 86,8% Costa urbana: 66,3% Costa rural: 20,5% Interior: 13,2 % Total urbana: 66,3% Total rural: 33,7% Densidad poblacional total: 3,3 hab/ Km ² Menor densidad: 0,2 hab/Km ² (distrito interior de Sipaliwini)
Grupos étnicos como % de la población total	Indo-guyanese: 43% Afro-guyanese: 30% Mixta: 16,7% Amerindios (indígenas): 9,2% Portuguesa y china: 1%	Hindustani (descendientes de hindúes): 27,4%. Maroon (descendientes de esclavos, esclavos africanos escapados): 21,7% Creole (descendientes africanos mixtos): 15,7% Javanese (descendientes indonesios): 13,7% Mixtos: 13,4% El 8% restante incluye otros grupos, como indígenas caribe, arawak, trio, wayana y otros habitantes originarios; descendientes de chinos y holandeses, descendientes de libaneses

¹ Para comparación se utilizan solamente las estimaciones de las mismas fuentes internacionales.

Características	Guyana	Suriname
Economía	Agricultura (azúcar, arroz), minería (oro, diamantes y bauxita) Clasificación: ingreso mediano bajo PIB: US\$ 3.584/per cápita Crecimiento económico estable desde 2006 Promedio anual de 4% Se recuperó de la clasificación de país altamente endeudado	Economía principal: minería (oro, petróleo y bauxita) Clasificación: ingreso mediano alto (cambio de mediano bajo para ingreso mediano alto en 2010) PIB: US\$ 9.376 /per cápita
Lengua	Idioma oficial: inglés Otros nueve idiomas de poblaciones indígenas	Idioma oficial: holandés Otros idiomas: Sranan-Tongo (lengua franca), Sarnami Hindi, javanés, + 10-12 idiomas de poblaciones indígenas y Maroon

Fuentes: Bureau of Statistics Guyana, 2014; General Bureau of Statistics Suriname [Algemeen Bureau voor de Statistiek], 2011; WB, 2014.

Guyana fue clasificada como un país pobre y altamente endeudado durante el periodo de la crisis económica de la región, en la década de los ochenta. Desde 1997 ascendió a la clasificación del Banco Mundial como país de ingreso mediano bajo.

Los indicadores de la situación de salud de Guyana muestran una importante brecha en comparación con los de Suriname (Tabla 1) y esto puede ser un reflejo de las diferencias en los determinantes críticos de la salud. Aunque se ha beneficiado de inversiones en salud desde el año 2000 y, además, desde mediados de esta década ha mostrado un crecimiento económico robusto (IMF, 2014), Guyana tiene un PIB per cápita más bajo (Cuadro 1) y mayor restricción de recursos humanos y financieros para la salud.

Tabla 1 – Indicadores de salud, Guyana y Suriname

Indicadores	Guyana	Suriname
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (estimada) en 2010	30	26
Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos (estimada) en 2012	35	21
Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (estimada) en 2013	250	130

Fuentes: PAHO, 2014; World Health Organization, Unicef, United Nations Population Fund, The World Bank, 2014.

Sistema de salud

Guyana y Suriname comparten muchos desafíos en la protección de la salud de sus poblaciones, debido a un contexto socio-ambiental y geográfico similar que amenaza a la salud. En contraste con estos desafíos compartidos existen considerables diferencias en los sistemas de salud.

El sistema de salud de Suriname es un sistema mixto público-privado. Es un sistema altamente segmentado con diferentes modalidades de financiamiento y proveedores de servicios para los diversos segmentos de la población según ingreso, situación de empleo y sitio de residencia (Suriname, Ministry of Health, 2011; Isags, 2012b). Más del veinte por ciento de la población no está cubierta por ningún

esquema de salud y sus pagos son directos (Suriname, Ministry of Health, 2006). Para los costos más altos (hospitalización), los individuos enfermos de esa categoría sin cobertura pueden obtener una tarjeta temporal de salud del Ministerio de Asuntos Sociales para evitar gastos catastróficos en salud. Aquellos que están por debajo de la línea de pobreza o cerca del nivel de pobreza también están cubiertos por el Ministerio de Asuntos Sociales con una tarjeta de salud que permite el acceso a servicios de APS de la institución gubernamental Fundación Regional de Servicios de Salud y además acceden por referencia a los otros servicios de salud en el sistema público del país (Bitrán et al., 2002).

A principios de los años ochenta, poco después de Alma-Ata, Suriname reorganizó el sistema de salud y construyó estructuras y capacidad para una amplia APS. Fueron preparadas enmiendas de la constitución para incluir a la salud como derecho, ya que la constitución previa no definía la salud como derecho. Sin embargo, en el periodo de la crisis económica y los ajustes estructurales de los años noventa, la atención para la construcción de una APS amplia disminuyó y el enfoque estuvo principalmente en el mantenimiento de servicios esenciales con un abordaje de APS selectiva (Goede et al., 2014).

A principios de la década del 2000 se implementó un programa de reforma en el sector salud financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con crecimiento del sector privado en la oferta de servicios especializados y de diagnóstico de alta tecnología. Los últimos desarrollos en la reforma son los esfuerzos para la introducción de un seguro obligatorio nacional básico de salud (por ley aprobada el 9 de septiembre de 2014) como parte de una reforma general del sistema de seguridad social (Government of Suriname, 2014). La reforma pretende reducir el gasto de bolsillo, dar opciones de proveedores a los pobres (actualmente no las tienen) y, probablemente, puede reducir el nivel de segmentación al reunir algunos segmentos de la población en el mismo esquema. Sin embargo, ciertos segmentos de la población seguirán en esquemas apartados, como los numerosos trabajadores públicos y sus familias, y aquellos cubiertos por seguros privados pagos por sus empleadores.

Para el futuro esquema de seguro nacional el gobierno ha elegido un abordaje orientado al mercado. Empresas de seguros privados cubrirán a la población asegurada. Para los que no tienen capacidad de pago, el gobierno pagará la prima de afiliación a las aseguradoras privadas. El gobierno también está considerando cubrir la prima del seguro básico de salud para la población menor de 16 años y para las personas mayores (grupo de edad 65 y más). Sin embargo, las implicaciones financieras, la conformación del paquete básico y las modalidades de provisión del servicio seguirán siendo debatidas hasta el momento de la conclusión de este estudio, a mediados de 2014.

Existen en la práctica procedimientos de referencia de un nivel de atención a otro, pero los servicios de salud de Suriname no están organizados como una red de provisión. La autoridad sobre los diferentes niveles de atención no está unificada y no hay relación legal entre los niveles.

El sistema de salud de Guyana es fundamentalmente público y provee servicios de salud gratuitos para todos. A pesar del crecimiento del sector privado de salud, en el nivel nacional, el sistema no muestra un alto nivel de segmentación. El sistema público no diferencia en segmentos a la población, ya que todos los que buscan cuidados reciben los servicios disponibles sin costo. El sistema público está organizado como una red de provisión de servicios y presenta características de un sistema de salud distrital jerarquizado, donde los diferentes establecimientos de salud de una región se relacionan formalmente y esta relación está regulada por ley.

Se identificaron tres fases principales de la reestructuración del sistema de salud en Guyana. En la primera, el país introdujo de manera estructurada, en los años 1970, dos categorías de trabajadores de salud –técnicos en salud, denominados Medex, y agentes comunitarios de salud (ACS)– para garantizar la prestación a poblaciones alejadas y en áreas de difícil acceso en el interior y en aldeas rurales. Estas poblaciones no tenían acceso a servicios de salud a no ser los suministrados por los chamanes indígenas. Ese trabajo se llevó a cabo como parte de una red de cooperación de diversos países y fue un peldaño para la APS (University of Hawaii, 1983).

El segundo cambio crítico llegó a través de la Ley de Gobierno Local (1998) dirigida a la descentralización y que estipuló las responsabilidades del gobierno local y sus estructuras para los servicios de salud. Con esta ley, la prestación de los servicios de salud se volvió responsabilidad del Gobierno Local (Government of Guyana, 1998). El tercer proceso de desarrollo de los sistemas de salud llegó con la implementación de un programa de reforma del sector salud con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a partir del 2000. En ese periodo se aprobaron normas que fortalecen las funciones de rectoría de las entidades gubernamentales en el sistema de salud, mediante la Ley de Autoridad en Salud Regional y la Ley del Ministerio de Salud (2005) (Government of Guyana, 2005a; 2005b). Recientemente, Guyana inició un nuevo proceso de reorganización de los servicios de salud con el establecimiento de centros de diagnóstico en diversas partes del país, con el apoyo de Cuba y con el regreso de numerosos médicos guyaneses entrenados en Cuba.

CONDUCCIÓN DE LA APS

Ambos países tienen el derecho a la salud garantizado por la Constitución. En ese sentido, Guyana se refiere al derecho a la atención médica gratuita, mientras Suriname afirma que todos tienen derecho a la salud. Ambos países hacen la conexión con los determinantes de la salud, pero de maneras diferentes.

Mientras la constitución de Guyana indirectamente supone la responsabilidad gubernamental por la atención en salud, en el artículo siguiente se refiere a los deberes de los ciudadanos de participar en la mejora del ambiente y en la protección de la salud de la nación (Government of Guyana, 1980). Suriname, en el artículo sobre la salud y los deberes del Estado, establece: promover la atención en salud a través de la mejora de las condiciones de vida y de trabajo y de la prestación de educación para la protección de la salud (Government of Suriname, 1987).

Concepción de APS

El concepto de APS está indirectamente referido en documentos oficiales de ambos países, como muestra el Cuadro 2.

Cuadro 2 – Concepción de la APS en Guyana y Suriname

Concepción APS	Guyana	Suriname
Salud en la constitución y documentos legales	El art. 24 de la Constitución declara: <i>“Todo ciudadano tiene el derecho a la atención médica gratuita y a la protección social en caso de edad avanzada o discapacidad.”</i> La conexión con los determinantes de la salud y con la participación social se hace en el art. 25 de la Constitución: <i>“Todo ciudadano tiene el deber de participar en actividades destinadas a la mejora del ambiente y a la protección de la salud de la nación”</i> (Government of Guyana, 1980). La Ley de 2005 del Ministerio de Salud se refiere a la responsabilidad compartida entre el Estado y los individuos con relación a la salud.	El art. 36 de la Constitución declara que todos tienen el derecho a la salud y que el estado promueve la atención en salud a través de la mejora sistemática de las condiciones de vida y trabajo, y de la prestación de educación para la protección de la salud (Government of Suriname, 1987).
Definición legal u oficial de APS	La APS no está explícitamente definida en leyes. La APS como estrategia es mencionada en políticas de salud nacionales y planes, de manera consistente desde los años setenta, con una descripción propia. Sin embargo, los principios de la APS están completamente reflejados en el sistema.	La APS no está explícitamente definida en leyes. La APS como estrategia amplia es mencionada en planes de salud nacionales y documentos oficiales, siguiendo la definición de Alma-Ata hasta el final de los años ochenta y tratada como atención básica después de este periodo inicial.
Conceptualización reciente de APS	Recientemente, el documento de políticas de salud (Guyana, Ministry of Health, 2013) se refiere a la APS como principio básico que debe ser el fundamento del sistema, y enfatiza en el abordaje los determinantes sociales.	En 2014, un plan estratégico desarrollado para la renovación de la APS presenta esta estrategia con un abordaje amplio y no solamente como un nivel de atención.

Fuentes: Guyana, Ministry of Health, 2013; Suriname, Ministry of Health, 2014; Government of Guyana, 1980; Government of Suriname, 1987.

Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales

Guyana es descentralizada y tiene estructuras de gobernanza local bajo la jurisdicción del Ministerio de Gobierno Local y Desarrollo Regional. El rol y las funciones son legalmente definidas por la Ley de los Consejos Municipales y Distritales de 1988 y por la Ley de Gobierno Local de 1998. Las diez regiones

que conforman la división político-administrativa del país tienen un Consejo Democrático Regional (CDR), que es la más alta estructura de gobernanza en el nivel regional y es responsable por todos los servicios sociales en la región.

Cada CDR tiene un Departamento de Salud y un Comité Regional de Salud (CRS) (Government of Guyana, 1998; 1988). Las estructuras locales tienen un rol fundamental en la APS. El Comité Regional de Salud es la plataforma que une los principales actores del sector salud y a los líderes regionales en la planificación en salud.

Suriname muestra diferencias significativas en comparación con Guyana. Suriname no tiene gobierno local para salud y, por lo tanto, los niveles subnacionales del gobierno no tienen autoridades y deberes específicos en APS. Suriname utiliza instituciones semiautónomas en la prestación de la atención en salud. El gobierno tiene algún control sobre estas instituciones a través de Consejos designados por el gobierno y por el financiamiento público del Ministerio de Salud. Sin embargo, a diferencia de las entidades públicas subnacionales, estas instituciones no pueden ser responsabilizadas frente a las poblaciones locales. Por lo tanto, las poblaciones atendidas tienen una influencia limitada en las instituciones de atención primaria de salud en Suriname. No obstante, el país está en el proceso de desarrollo del gobierno local en el nivel distrital.

FINANCIAMIENTO DE LA APS

El Gobierno de Guyana asume la responsabilidad por la prestación de servicios de salud gratuitos para toda la población. Los recursos son compartidos entre el Ministerio de Salud en el nivel nacional y los Consejos Democráticos Regionales en los niveles subnacionales.

La APS es financiada principalmente por recursos públicos y es complementada por fondos de donaciones. Los gastos en APS en el 2009 como porcentaje del gasto total en salud (GTS) del gobierno son estimados en el 8%, mientras que los gastos para los hospitales representan el 38% (Usaid, 2011).

El Ministerio de Salud estima que en el 2009 las fuentes de recursos de salud en Guyana provenían 40% del gobierno, 48% de fondos externos (donadores) dirigidos principalmente a enfermedades prioritarias y programas verticales, y 12% de gastos de bolsillo de las familias en servicios privados (Shamdeo, 2011; Isags, 2012a).

Como un país pobre altamente endeudado y con la implementación del documento de estrategia de reducción de la pobreza, Guyana fue muy exitosa en la movilización de importantes fondos de origen externo para el sector salud. Sin embargo, en los últimos años los recursos externos para la salud se redujeron y en 2012 se nivelaron con el promedio de los países de ingreso mediano bajo conforme estadísticas de la OMS (WHO, 2014a; 2014b). A pesar de esto, hubo un aumento

significativo en los gastos nacionales totales en salud, al pasar de US\$ 58 *per cápita* en gastos totales en el 2005 a US\$ 235 en el 2012 (WHO, 2014a).

Con la ausencia de gobernanza local en Suriname, los recursos públicos provienen en su totalidad del gobierno nacional. El Ministerio de Finanzas recauda los impuestos y asigna los fondos para la salud a cuatro ministerios diferentes relacionados con la provisión de servicios para diversos segmentos poblacionales: Ministerio de Salud (contrata instituciones semiautónomas como proveedores de salud para la población general), Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda (financia la población en situación de pobreza), Ministerio de Defensa (a cargo de los miembros de las fuerzas armadas y sus familias) y Ministerio de Justicia y Policía (a cargo de los miembros de la seguridad pública y la justicia). El Ministerio de Finanzas también gestiona las contribuciones de la Fundación de Fondos del Estado para la Salud. Las contribuciones en ese fondo son una combinación de la parte de los empleados del sector público en la prima para salud y del aporte del gobierno como empleador.

El Ministerio de Salud, a su vez, asigna fondos a algunas fundaciones no gubernamentales y estatales semiautónomas involucradas con la APS.

El gobierno de Guyana gasta, en términos relativos, más en salud (66% del GTS) en comparación con los gastos públicos en Suriname (57% del GTS), pero en términos absolutos, el gasto público *per cápita* en Suriname es más alto (Tabla 2).

No existe copago para servicios públicos de salud en Guyana, mientras que en Suriname hay copago como un monto nominal en la prescripción de medicamentos. Este es un pago fijo muy pequeño independiente de los costos reales de los medicamentos prescritos.

Tabla 2 – Gastos en salud en Guyana y Suriname, 2012

Indicador	Guyana	Suriname
Gasto total en salud en % del PIB	7	6
Gasto público en salud en % del gasto total en salud	66	57
Gasto de fondos externos en salud en % del gasto total en salud	11	4
Gasto total en salud per cápita (US\$)	235	521
Gasto público en salud per cápita (US\$)	155	297

Fuente: WHO, 2014a.

ORGANIZACIÓN DE LA APS

En Guyana, la APS está organizada como una red regional de alcance nacional de servicios de salud, integrados con los niveles más altos de atención. Hay una red regional integrada de provisión de servicios de salud para cada región como componente del Consejo Democrático Regional. Las diez redes regionales son supervisadas por el Departamento de Servicios Regionales de Salud del Ministerio de

Salud. Los establecimientos, el personal y los servicios son bien definidos dentro del sistema público. Existe un número pequeño de instituciones privadas autónomas con servicios de APS. En el sector privado, los servicios de APS también son prestados por los seis hospitales privados ubicados en áreas urbanas.

En Suriname, la organización de la APS está dividida geográficamente en dos redes subnacionales: una para el área de la costa y otra para el interior, la floresta tropical amazónica. Esto contrasta con la organización en Guyana, donde la supervisión de todos los servicios de APS está a cargo de una única dependencia, el Departamento de Servicios Regionales de Salud. En Suriname se cuenta con dos instituciones para la provisión de servicios, la Fundación de Servicios Regionales de Salud es responsable por la APS en la costa, y en el interior la responsable es la Fundación Misión Médica de APS de Suriname, la responsable es la Medische Zending Primary Health Care (Suriname) (Misión Médica de Atención Primaria de Salud).

El Servicio Regional de Salud (SRS) de Suriname es una institución autónoma, establecida por el gobierno como un cuerpo ejecutivo del Ministerio de Salud (MS). Legalmente, es una fundación y el consejo directivo es designado por el ministro de salud. El SRS se originó del Departamento de Servicio Médico del MS y su desarrollo fue, en gran parte, inspirado por la estrategia de APS de Alma-Ata (Stichting Regionale Gezondheidsdienst, 2014a). El Servicio Regional de Salud atiende a la población de la costa norte del país, que corresponde al 10% de la masa terrestre, aunque en esta reside el 87% del total de la población surinamesa, distribuida en áreas rurales y urbanas de la costa. Médicos generales privados ofrecen un paquete más limitado de atención de primera línea, mientras que los servicios del Servicio de Salud Regional son más integrales e incluyen servicios de base poblacional (Suriname, Ministry of Health, 2014).

La Medische Zending (MZ) es una fundación de APS de Suriname establecida por organizaciones religiosas. Su área de trabajo es el interior, que corresponde al 90% de la masa terrestre del país y forma parte de la floresta tropical amazónica. Esta zona es poco poblada (13% de la población total del país), con variadas poblaciones indígenas y maroon, que viven, principalmente, en aldeas tradicionales a lo largo de los grandes ríos.

El gobierno anteriormente no estaba involucrado en los servicios de salud en el interior. Poco después de la independencia, el gobierno y la MZ firmaron un acuerdo formal sobre la atención en salud en esa zona del país. Este acuerdo estipuló que la MZ proveería servicios gratuitos a las poblaciones del interior y que el Ministerio de Salud suministraría los fondos requeridos (Stichting Medische Zending PHC Suriname, 2014a).

De manera similar a Guyana, las dos organizaciones de APS en Suriname fraccionan el área de servicio geográficamente, en áreas que forman redes de servicio con instituciones de diferentes capacidades, y así coordinan el trabajo

desde puestos de salud con servicios limitados hacia las clínicas y centros de salud. El centro de salud es mejor equipado y cuenta con más personal. A diferencia de Guyana, en Suriname las redes regionales de APS no incluyen niveles más altos de atención como parte de la red integral.

En Suriname, los consultorios privados de médicos generales son un importante recurso adicional de primer contacto con el sistema de salud para aquellos cubiertos por el Seguro de Salud Estatal, por seguros privados de salud y para los que realizan gastos de bolsillo. Los consultorios privados solamente se encuentran en la costa y, mayoritariamente, en las áreas urbanas más pobladas, como Paramaribo, el distrito de Wanica y Nickerie. La Tabla 3 indica la distribución de establecimientos de APS por área geográfica en los dos países.

Tabla 3 – Distribución de establecimientos públicos y privados de APS en Guyana y Suriname por área geográfica

Área	Guyana		Suriname	
	Público	Privado	Público	Privado
Costa	173	27	63	157
Interior	148	0	54	0
Subtotal público	321	27	117	157
Total	348		274	

Fuente: Guyana, Ministry of Health, 2014; para Suriname, datos de 2010 proporcionados por el Departamento de Planificación del Ministerio de Salud.

En Suriname, la provisión de los servicios de salud es más segmentada y compleja en comparación con la de Guyana. Las 54 unidades de APS en el interior del país pertenecientes a la Medische Zending no son verdaderamente establecimientos públicos, sino entidades sin fines lucrativos, que proveen servicios de APS con fondos públicos. Estas se incluyeron en la Tabla 3 bajo los establecimientos públicos, ya que la MZ provee servicios gratuitos de APS a la población de las aldeas del interior a través de un acuerdo con el Ministerio de Salud y con fondos del gobierno. Por otra parte, en la zona de la costa, aunque la mayoría de los consultorios de médicos de familia están organizados como servicios privados, en gran parte los servicios también son financiados por el gobierno. Esto ocurre porque el Fondo Estatal de Salud, una fundación gubernamental, contrata los servicios de los médicos privados para los servidores públicos y sus familias registradas en el fondo. Una proporción considerable de recursos del fondo proviene del Ministerio de Finanzas y lo restante es contribución de los servidores públicos.

Las instituciones privadas de APS en Guyana consisten en algunas entidades en las cuales los individuos hacen pagos de bolsillo. Entre estas se incluyen instituciones de la empresa de azúcar Guysuco, una corporación estatal que cubre la APS de sus empleados y familias.

En ambos países, de acuerdo con la información de las entrevistas con los funcionarios de las instituciones de salud,² las entidades públicas de APS tienen definida una población geográfica específica que es cubierta y registrada por los establecimientos de salud.

Aunque la población del interior tenga, en los dos países, establecimientos de APS relativamente numerosos si se comparan con la pequeña proporción que representan de la población total, estas instituciones garantizan solamente el acceso local a servicios de salud limitados.

Para el acceso a una gama más amplia de servicios de diagnóstico y tratamiento, los individuos del interior tienen que recorrer largas distancias y viajar frecuentemente por ríos, carreteras y a veces por aire. Recientemente, el Ministerio de Salud de Guyana extendió el alcance con equipos móviles de médicos para las áreas alejadas. Esto pretende reducir la necesidad de que los pacientes viajen hasta centros de diagnóstico u hospitales. La Medische Zending en Suriname tiene experiencias de cobertura para la salud oral y ahora está en el proceso de inserción de otros especialistas para el alcance de poblaciones alejadas.

En Guyana, el sistema de atención cuenta con puestos de salud con agentes comunitarios de salud, que no se restringen al interior, y frecuentemente se encuentran también en poblaciones rurales del área de la costa. En Suriname no se utiliza este modelo.

En Guyana, la supervisión y el monitoreo de los servicios de APS son responsabilidades de dos unidades dentro del MS. El Departamento de Servicios Regionales de Salud del MS de Guyana tiene rol de supervisión y coordinación. Las atribuciones incluyen la supervisión del sistema de referencia, la asistencia en la prestación de servicios especializados de salud y la garantía de provisión adecuada de personal en centros de salud y hospitales en las regiones. Por otro lado, el Programa de APS del MS de Guyana define directrices para los servicios prioritarios y monitorea la calidad y los resultados de los servicios de APS. Las atribuciones incluyen el desarrollo de políticas y programas en las áreas de atención materno-infantil, nutrición, oral y servicios de rehabilitación. También incluye el monitoreo de la prestación de los servicios, la evaluación de necesidades y situación nutricional, el monitoreo de las condiciones ambientales y del impacto en el estado de salud de la población.

En Suriname, el plan estratégico de renovación de la APS busca cubrir la brecha en el liderazgo nacional en APS, establecer una unidad a nivel del MS para la supervisión de las agencias implementadoras (Servicios Regionales de Salud y Medische Zending) y armonizar la APS entre las dos agencias (Suriname, Ministry

² Entrevistas realizadas durante la visita técnica de campo a servidores de salud del Regional Health Services Department en Georgetown, Guyana en marzo del 2014, y a servidores de salud de la Foundation Regional Health Services, Suriname entre febrero y mayo del 2014.

of Health, 2014). La Fundación de Servicios Regionales de Salud y la MZ han desarrollado sus propios planes estratégicos e implementan estrategias para fortalecer un enfoque de APS más amplio (Regional Health Service Foundation Suriname, 2013; Medische Zending PHC Suriname Foundation, 2010).

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN APS

En ambos países, los servicios de APS son vistos como un conjunto amplio que incluye una gama de servicios preventivos, de promoción de salud, curativos y de rehabilitación. Los servicios ofrecidos priorizan el cuidado materno e infantil y el tratamiento de enfermedades comunes, pero también buscan cubrir una amplia gama de dolencias presentadas por los usuarios, incluyendo las condiciones crónicas. Además, en los dos países, se ofrecen servicios de base poblacional que incluyen a la educación en salud para grupos y campañas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades en poblaciones de alto riesgo. En Guyana, los establecimientos de APS también tienen un rol en la salud ambiental y asistentes de salud ambiental forman parte del equipo de APS. En Suriname, los asistentes de salud ambiental no están integrados a los equipos de APS. La salud ambiental es tratada primariamente por la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Salud, que es la autoridad pública nacional en salud, pero hay coordinación con organizaciones de APS, especialmente en el interior del país.

Guyana tiene bien definido un Paquete de Servicios de Salud Públicamente Garantizados (*Package of Publicly Guaranteed Health Services*) que describe detalladamente los servicios que deberían ser proveídos en todos los niveles de atención (Guyana, Ministry of Health, 2010). El Paquete es una amplia gama de servicios personales y colectivos que se utiliza como un instrumento guía para el seguimiento de los avances en el mejoramiento del acceso a la salud. Es considerado como el estándar de servicios que el gobierno quiere proveer a la población. Actualmente, no todos los servicios definidos están disponibles en las instituciones. La barrera más importante es la incapacidad de garantizar el personal adecuado para la prestación de los servicios. Por ejemplo, como parte del Paquete se requiere un asistente de salud ambiental como miembro del equipo de APS para la prestación de servicios de salud ambiental a la comunidad. Sin embargo, debido a la escasez, puede ser necesario que esta persona cubra el área de diversos centros de salud y, por este motivo, la prestación del servicio será limitada³.

El Paquete de Servicios de Salud Públicamente Garantizados no define solamente los servicios, sino también las necesidades de personal, los equipos

³ Información obtenida en las entrevistas realizadas a servidores de salud de la región 10 en Linden, Guyana, durante una visita técnica de campo en marzo del 2014.

esenciales y los suministros para cada nivel de atención. La gama de servicios es amplia: incluye la atención para condiciones agudas y crónicas en los niveles 1 y 2 y se extiende a servicios preventivos en el nivel de la comunidad, servicios de rehabilitación y salud oral, así como a programas específicos para grupos de la población, como adolescentes, menores de cinco años, mujeres y ancianos (Guyana, Ministry of Health, 2010).

En Suriname no existe un paquete de servicios formalmente definido. Las atenciones proveídas por los Servicios Regionales de Salud (SRS) y por la Medische Zending son bastante similares, pero no exactamente las mismas. Mientras toda la población puede beneficiarse de un grupo restringido de servicios preventivos de APS, independiente de cobertura por seguro o por los establecimientos de APS de los SRS y MZ, no ocurre lo mismo con la gama completa de servicios de APS. En el interior, toda la población es cubierta gratuitamente por la MZ, con base en la residencia (15% del total de la población del país). En el área de la costa, los SRS cubren solamente aquellos debajo o cerca de la línea de pobreza, con todos los servicios gratuitos. Son aquellos que tienen la tarjeta de salud del ministerio de Asuntos Sociales (24% de la población). Los habitantes registrados en la Fundación Estatal de Salud (21%) o en seguros de salud privados reciben los servicios generales de salud de médicos registrados en establecimientos privados o públicos (Suriname, Ministry of Health, 2011). Sin embargo, los SRS ofrecen los servicios de salud materna e infantil a todos, incluyendo a los que no tienen la tarjeta o no estén registrados en su base de datos de pacientes. Se hace una pequeña contribución para el registro y utilización de las clínicas perinatales y para menores de cinco años dentro de los establecimientos de APS de los SRS.

En el nivel de APS, los dos países refieren a hospitales los pacientes que necesitan cuidados secundarios y terciarios. En Guyana, la referencia a todos los niveles en el sistema público es gratuita. En Suriname, eso ocurre solamente para los residentes de las aldeas tradicionales del interior. En el área de la costa de Suriname, aquellos con la tarjeta médica del sistema de seguridad social y los cubiertos por la Fundación Estatal de Salud o por un esquema de seguro privado no tienen que pagar por la referencia. Quienes no están cubiertos (aproximadamente 20% de la población) por ninguno de estos esquemas deben pagar tasas. Sin embargo, para algunas condiciones de salud de importancia para la salud pública, los individuos en Suriname pueden presentarse a los centros de especialidades, sin carta de referencia y gratuitamente. Eso incluye a los servicios para hanseniasis, enfermedades sexualmente transmisibles (incluyendo la prueba del VIH) y los programas de tuberculosis y malaria de la Oficina de Salud Pública. Además, la terapia antirretroviral y las pruebas de laboratorio específicas para el VIH (recuento de células CD4) cuentan con financiamiento público y se realizan sin costo a todos los pacientes con VIH, estén o no cubiertos por un plan de seguro.

La inequidad en el acceso en ambos países está relacionada, en gran medida, con la residencia en algunas áreas geográficas que presentan disparidades sociales y económicas, como la población del interior, que se encuentra en la posición más desfavorecida.

El Cuadro 3 sintetiza la prestación de servicios de APS en Guyana y Suriname por área geográfica: costa e interior. En general se ofertan más servicios en las áreas de la costa. En ambos países, la salud reproductiva y los servicios de salud infantil, programas priorizados por los ministerios de salud, muestran las menores disparidades entre las regiones del interior y de la costa en términos de disponibilidad de los servicios en los establecimientos de APS. No obstante, la disponibilidad de tecnologías como el ultrasonido es una diferencia prominente entre las regiones de la costa y del interior en el área de la salud reproductiva. Además, para las poblaciones del interior y rurales de la costa otros tantos factores limitan el acceso y la utilización de estos servicios. La distancia y la falta de transporte son las barreras predominantes. Por otro lado, el alcance activo a comunidades alejadas, en los últimos años, viene reduciendo la gran disparidad previamente existente en la cobertura de la vacunación entre las regiones de la costa y del interior en Guyana (Woolford, 2012).

En el área de los servicios de educación y promoción de la salud, la población del interior puede tener una ventaja sobre la población urbana, pues esos servicios y las actividades comunitarias son un importante componente de la prestación de servicios y son menos prominentes en las áreas urbanas. En Guyana, los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) 2009 sugieren que el comportamiento de búsqueda de atención en salud para enfermedades infantiles comunes (enfermedades respiratorias agudas, fiebre y diarrea) es más alto entre la población del interior que entre la población de la costa. En el interior, por ejemplo, el tratamiento de la diarrea para niños menores de cinco años es buscado en el 80% de los casos. La encuesta sugiere que en las áreas de la costa, la búsqueda de tratamiento en servicios de salud es 25% menor (Guyana, Ministry of Health, 2009). Aunque los números de la EDS para enfermedades infantiles recientes sean muy pequeños para sacar conclusiones definitivas, se puede sugerir que la población del interior está mejor informada sobre cómo tratar las enfermedades infantiles comunes y/o que los numerosos puestos de salud con ACS en las comunidades tiene un alto nivel de aceptación entre las poblaciones.

La principal disparidad entre las poblaciones de la costa y del interior está en la disponibilidad de diagnóstico y tratamiento de enfermedades que requieren atención urgente (emergencias agudas) o son más complejas (condiciones crónicas) y exigen profesionales altamente especializados o tecnologías avanzadas en salud. En el interior, el acceso a la atención por médicos frecuentemente es por visitas periódicas, sin que estén constantemente disponibles, como en la región de la costa. Además, las tecnologías de diagnóstico de laboratorio y por imagen son inexistentes o limitadas

en el interior y en comunidades rurales de la costa. En ambos países, servidores de salud responsables por los servicios de salud en el interior reportan que el retraso en el diagnóstico oportuno, incluso la detección temprana de embarazos de alto riesgo, resulta en altos costos de transporte de emergencia del interior a hospitales urbanos y en peores resultados de salud, debido a la ausencia de intervenciones tempranas⁴.

Cuadro 3 – Prestación de servicios de APS en Guyana y Suriname por área geográfica

Servicios	Guyana		Suriname	
	Población de la costa	Población del interior	Población de la costa	Población del interior
Atención médica aguda y crónica en los establecimientos de APS	Atención por médico o Medex en la mayoría de los establecimientos, pruebas de laboratorio en sitios seleccionados, provisión local de medicamentos, referencia a hospital regional o terciario con opción de movilización con transporte de ambulancia de hospital regional	Diagnóstico sintomático y tratamiento de enfermedades comunes por ACS en puestos de salud, examen médico por Medex en centros de salud seleccionados o por visita médica y tratamiento de condiciones crónicas, pruebas simples de laboratorio, evacuación de emergencia por ambulancia o avión	Atención por médicos en todos los sitios, pruebas de laboratorio en sitios seleccionados o referencia a laboratorios privados, diagnóstico, provisión local de medicamentos o prescripciones en farmacias públicas o privadas, servicios de ambulancia para emergencia en distritos rurales y centros de salud seleccionados en áreas urbanas	Cuidados limitados hechos por asistentes de salud, diagnóstico sintomático y tratamiento de enfermedades comunes, atención por médico en centros seleccionados o por visita médica, pruebas simples de laboratorio, laboratorio itinerante en sitios seleccionados, evacuación de emergencia por ambulancia o avión
Atención en salud reproductiva y sexual	Planificación familiar y contraceptivos, prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo, cuidado pre y posnatal, partos en centros de salud y puestos de salud seleccionados, misiones periódicas para detección del cáncer cervical, evacuación por ambulancia/avión para hospitales para cuidados obstétricos de emergencia		Planificación familiar y contraceptivos, prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo, cuidado pre y posnatal, partos en todos los establecimientos del interior y en centros seleccionados en el área de la costa, misiones periódicas para detección del cáncer cervical, evacuación por ambulancia/avión para la capital para cuidados obstétricos de emergencia	
Menores de cinco años y PAI	Monitoreo de crecimiento y desarrollo, vacunación en los establecimientos de APS y, por extensión, a comunidades alejadas, educación para el amamantamiento y nutrición		Monitoreo de crecimiento y desarrollo, vacunación en los establecimientos de APS, educación para el amamantamiento y nutrición	
Atención en salud oral	Unidades de cuidado dental para jóvenes en instituciones seleccionadas	Educación en salud oral y misiones periódicas de cuidado dental	Unidades de cuidado dental para jóvenes en instituciones seleccionadas del SRSb	Misiones periódicas de cuidado dental en los establecimientos de APS
Atención oftalmológica	Referencia al nivel secundario y hospitales especializados	Misiones para detección de enfermedades oculares y referencia	Referencia al nivel de atención secundario	Misiones periódicas de oftalmólogos y referencia, si es necesario
Promoción y educación de la salud (ES/PS)	Educación del paciente y actividades más extensivas de ES/PS basadas en la comunidad en el interior a través del ACS y Medex		Educación del paciente y actividades de ES/PS basadas en la comunidad, con el involucramiento de organizaciones comunitarias	

⁴ Información obtenida en las entrevistas al gerente de Medex del Regional Health Services Department durante una visita técnica de campo en Georgetown, Guyana, y a servidores de la Medische Zending en Paramaribo, Suriname, entre febrero y mayo del 2014.

Cuadro 3 – Prestación de servicios de APS en Guyana y Suriname por área geográfica (cont.)

Servicios	Guyana		Suriname	
	Población de la costa	Población del interior	Población de la costa	Población del interior
Salud ambiental	Actividades basadas en la comunidad, a través del asistentes de salud ambiental en el equipo de APS		Limitada, no hay personal de salud ambiental en los equipos de APS (abordaje vertical a través de la oficina de salud pública)	
Medicamentos esenciales	Provisión de un grupo limitado de medicamentos en las instituciones de salud	Provisión local: un grupo limitado de medicamentos en puestos de salud	Provisión en farmacias locales, en los SRS o en farmacias privadas	Provisión de un grupo limitado de medicamentos, o enviados desde Paramaribo para pacientes crónicos
Cuidado paliativo y atención en el domicilio	Visitas domiciliarias de ACS, asistentes de rehabilitación, para cuidados posnatales, ancianos, pacientes terminales y discapacitados visitas domiciliarias de ACS		Limitado, son mayoritariamente visitas domiciliarias para cuidados posnatales, ancianos y pacientes terminales	
Salud en la escuela	Visitas periódicas a escuelas		Visitas periódicas a escuelas primarias para detección temprana de condiciones	
Atención VIH	Pruebas rápidas en sitios seleccionados, detección/clasificación, tratamiento en la mayoría de los establecimientos de APS	Pruebas rápidas, clasificación requiere viajes al próximo nivel de atención, seguimiento del tratamiento en la mayoría de los locales	Pruebas rápidas en sitios seleccionados, detección/clasificación, tratamiento en la mayoría de los establecimientos de APS	Pruebas rápidas en todos los locales, clasificación requiere viajes a la capital, seguimiento del tratamiento en la mayoría de los locales
Referencia para atención especializada	Referencia de acuerdo con los niveles de atención a especialistas, hospitales, centros de imagenología, laboratorios avanzados, rehabilitación, raramente a dietista o psicólogo	Referencia a especialistas, hospitales, centros de imagenología, laboratorios avanzados, rehabilitación (requiere extenso viaje a la capital)	Referencia a especialistas, hospitales, centros de imagenología, laboratorios avanzados, psicólogos, fisioterapia, dietista, óptica	Referencia a especialistas, hospitales, centros de imagenología, laboratorios avanzados (requiere extenso viaje a la capital), raramente a especialista paramédicos

Fuentes: Guyana, Ministry of Health, 2010; Stichting Regionale Gezondheidsdienst, 2014b; Stichting Medische Zending PHC Suriname, 2014b; Entrevistas de la autora con gestores de Medische Zending y Servicios Regionales de Salud en Paramaribo, Suriname en mayo de 2014.

a) Muestras de sangre colectadas localmente a través de auxiliares de laboratorio y transportadas a Paramaribo para el análisis

b) Atención odontológica para adultos solamente por dentistas privados con gastos de bolsillo o seguros privados

COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

El sistema de prestación de servicios de Guyana está organizado en cinco niveles de atención. El nivel uno hasta el nivel cuatro conforman la red de servicios en las regiones administrativas. Existen diez redes correspondientes a las diez regiones administrativas del país. La atención en salud de nivel 5 tiene instituciones de nivel

nacional (el Hospital Público de Georgetown y el Hospital Psiquiátrico) y sirve como referencia nacional, ofreciendo atención terciaria y secundaria. Servicios amplios de APS son ofrecidos en los niveles 1 y 2 de atención, en los cuales se concentra el mayor número de instituciones. Los roles de estos niveles son, en primer lugar, ofrecer la mayoría de los servicios de salud del paquete de servicios y, en segundo lugar, facilitar la referencia a los niveles más complejos de atención en caso de necesidad.

El sistema prescribe que las remisiones deben de ir al próximo nivel inmediato y que la contrarreferencia debe ocurrir acompañada de las informaciones necesarias sobre el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, en las áreas rurales de la costa, frecuentemente ocurre en la práctica que un nivel más bajo evade el próximo nivel inmediato y se remite directamente, por ejemplo, al hospital regional en casos de emergencia⁵.

Además, los pacientes frecuentemente deciden evitar las instituciones de los primeros niveles para buscar atención en hospitales regionales o en el hospital nacional, que según la percepción proveen atención de más calidad. Esta situación ocurre mayoritariamente en las áreas urbanas pobladas, donde los costos adicionales de viaje son mínimos, y ocurre menos en las áreas rurales, donde los costos de viaje hasta un nivel más alto de atención son substanciales. El resultado es ineficiencia, pues los ambulatorios de los hospitales quedan saturados, mientras los establecimientos comunitarios de APS a veces son subutilizados (Shamdeo, 2011).

En la práctica diaria, cada paciente que busque tratamiento en cualquier servicio de salud del sistema público en Guyana será aceptado y recibirá los cuidados necesarios.

Para la atención de poblaciones indígenas, considerando que la mayoría de las aldeas indígenas son pequeñas, aisladas y en ambientes geográficos desafiantes, el Ministerio de Asuntos Amerindios tiene un rol facilitador vital en la referencia de los individuos desde las aldeas alejadas hasta Georgetown. A través del Departamento de Salud y Bienestar, este Ministerio coordina con el Ministerio de Salud, provee habitación en Georgetown (albergue Amerindio) para pacientes y organiza el transporte de regreso a las aldeas después de que los pacientes reciben atención ambulatoria y hospitalaria de un especialista en el Hospital Público de Georgetown (Guyana, Ministry of Amerindian Affairs, 2014).

Suriname no tiene redes de servicios geográficamente definidas que integren formalmente los niveles más altos de atención con la APS. La conexión entre el primer nivel y los niveles más altos de atención se hace a través de la referencia de pacientes individuales y no incluye un mecanismo estructurado de rutina de comunicación o coordinación. Ambas instituciones de prestación de la APS (los

⁵ Información obtenida en las entrevistas realizadas a servidores de salud en la región 10 en Linden, Guyana, durante la visita de campo en marzo del 2014.

Servicios Regionales de Salud – SRS y la Medische Zending) tienen redes geográficas dentro de sus límites de servicios de APS. Para el área de la costa, los SRS están geográficamente organizados en ocho distritos, que son regiones administrativas subnacionales. Estas incluyen desde policlínicas básicas hasta centros de salud, con algunas policlínicas auxiliares para comunidades aisladas. Cada distrito tiene un/a enfermero/a y un/a coordinador/a médico/a responsable por la coordinación entre los establecimientos y el personal dentro del distrito y por el mantenimiento de la comunicación con la oficina central del SRS (Regional Health Service Foundation Suriname, 2013).

Para la población del interior, la MZ tiene una coordinación interna similar que se organiza en cuatro grandes áreas geográficas, con puestos de salud, policlínicas básicas y un centro de salud. Los/as directores/as de las regiones son los/as médicos/as y los asistentes de salud con más experiencia son los/as jefes/as de las policlínicas (Medische Zending PHC Suriname Foundation, 2010).

El nivel de la APS es la puerta de entrada al sistema de salud en Suriname y tiene función de filtro. Los/as médicos/as de las instituciones de APS son los encargados y facilitan las referencias a los niveles de atención secundarios y terciarios. El ingreso a estos niveles más altos requiere una carta de referencia de un/a médico/a general.

Todos los individuos cubiertos en el sistema por los SRS, Medische Zending, Fundación Estatal de Salud y salud privada tienen acceso a medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales (o la lista de la empresa de seguro privado) a través de una prescripción de un médico general. Para pruebas de laboratorio, diagnóstico por imagen (con limitaciones y/o copagos de escáneres de tomografía y resonancia magnética) y cuidado hospitalario es necesaria la referencia del/la médico/a del establecimiento de salud donde el/la usuario/a se registró.

De manera similar a Guyana, la problemática de evadir las instituciones de APS ocurre frecuentemente, y en el caso de Suriname, donde los hospitales distritales son limitados, es común que se acuda directamente a los servicios de emergencia del Hospital Académico en la capital, el cual reporta una creciente sobrecarga de casos que deberían ser atendidos en el/la nivel de la APS (Bearingpoint Caribbean, 2012).

Muchas son las reclamaciones acerca del sistema de referencia y contrarreferencia de los dos lados del sistema. Los/as médicos/as especialistas reclaman que el nivel de APS no siempre provee un historial con información suficiente sobre la condición de salud de los pacientes referidos y los/as médicos/as de APS reclaman sobre la consistente ausencia de contrarreferencia, como se identificó en el análisis en la reunión de planificación de la APS en 2012, con participación de los principales actores (Suriname, Ministry of Health, 2012).

El alto nivel de segmentación del sistema de salud en Suriname resulta en un ambiente complejo de prestación del servicio y disparidades en el acceso a la atención, lo que representa un gran desafío a la coordinación de la APS. Cada

subsistema tiene sus propias enmiendas a la lista de medicamentos esenciales, sus propias formas de referencia y organización de los servicios y hay disparidades en las posibilidades de elección de los pacientes para la admisión en los hospitales (públicos o privados).

En los dos países, la población del interior no tiene muchas opciones para escoger otros servicios distintos de los establecimientos de APS debido a los altos costos de transporte y el tiempo involucrado.

El tiempo de espera por consultas de atención especializada no es extenso en Suriname y Guyana. Pero el hacinamiento en la atención hospitalaria ambulatoria es una gran preocupación para ambos países y cada uno ha tomado iniciativas dirigidas a mejorar la aceptabilidad de los servicios de APS, así como también a mejorar el acceso a la atención especializada donde hay falencias.

En los últimos años, Guyana adoptó tres iniciativas principales para mejorar el acceso a la atención especializada y reducir la cantidad de remisiones al Hospital Público de Georgetown, el cual sirve nacionalmente como hospital de referencia terciaria y, al mismo tiempo, ofrece atención secundaria a la población de la región 4, ya que esta región no tiene un hospital regional. Las siguientes medidas fueron tomadas por Guyana:

Expansión del alcance a poblaciones alejadas del interior: El departamento de Servicios Regionales de Salud organiza equipos móviles para la prestación de servicios. Aunque las visitas a áreas alejadas con personal capacitado ya estaban incorporadas al sistema, en los últimos años los equipos de visitas ofrecen atención especializada frecuente en coordinación con el Hospital Público de Georgetown. El primer objetivo es la mejora del acceso a la atención especializada, llevando al especialista hasta un grupo de pacientes, en lugar de hacer que los pacientes viajen uno a uno en búsqueda de atención secundaria y terciaria. El segundo objetivo es la reducción del número de evacuaciones de emergencia de pacientes que frecuentemente significa el uso de transporte aéreo de alto costo. La evacuación de emergencia a menudo es resultado de la falta de oportunidad en el diagnóstico del paciente y en el comienzo del tratamiento necesario⁶.

Apertura de centros de diagnóstico y tratamiento en el área de la costa: A través del fortalecimiento de la colaboración entre Cuba y Guyana en 2006, se inauguraron cuatro centros de diagnóstico y tratamiento. Estos centros están ubicados en áreas de densa población rural y semiurbana a lo largo de la costa. Tienen equipos modernos de diagnóstico (imagenología, laboratorio y electrocardiograma) y una sala de operación, con lo cual logran capacidad de respuesta para atender emergencias y realizar cirugías simples. Los centros cuentan con médicos y técnicos de Cuba desde

⁶ Información de la entrevista al Director de los Servicios Regionales de Salud en Georgetown, realizada durante la visita de campo del proyecto en marzo del 2014.

el inicio que, con el tiempo, se han remplazado por médicos y técnicos guyaneses entrenados por los cubanos. Puesto que estos centros están bien equipados y cuentan con personal capacitado, sirven de referencia para centros de APS cercanos y reducen el volumen de referencias al Hospital Público de Georgetown. Estos son considerados como estructuras de nivel 4, con una prestación de servicios comparable a la de un Hospital Regional.

Fortalecimiento de la colaboración público-privada: Guyana, como un país de ingreso mediano bajo, tiene limitaciones en la prestación de atención terciaria de alta tecnología a través del sistema público. Los servicios terciarios específicos por encima de la capacidad del Hospital Público de Georgetown se pueden obtener en el sector privado a través de programas de colaboración público-privada, como por ejemplo la diálisis renal.

Suriname también adoptó iniciativas similares para la mejora del acceso a la atención:

Extensión del horario de atención de algunos centros seleccionados de APS: Los SRS empezaron a extender el horario de atención hasta la noche en dos de los centros más grandes, localizados en barrios urbanos y semiurbanos. Servicios médicos, de farmacia y de laboratorio, así como servicios de ambulancia para transportes de emergencia están disponibles para toda la población desde el inicio de la mañana hasta las 11 de la noche, los siete días de la semana. Estos centros también están equipados para proveer atención a accidentes menos complejos y pueden ofrecer transporte al hospital cuando es necesario. Los objetivos son responder mejor a las necesidades de los pacientes y reducir las visitas innecesarias a la sala de emergencias del hospital académico.

Organización de misiones al interior con médicos especialistas: La Medische Zending, en colaboración con especialistas de hospitales y diferentes instituciones de salud, organiza misiones periódicas para enfrentar la barrera del transporte individual de pacientes desde las comunidades alejadas hasta la capital. Recientemente, se incluyen en las misiones la atención oftalmológica, dermatológica y pediátrica. La ventaja es tener un especialista viajando para cuidar de un conjunto de pacientes que necesitan atención, sin que estos necesiten desplazarse⁷.

Telemedicina: La Medische Zending también está desarrollando un proyecto piloto para el uso de la telemedicina en un sitio en el interior para mejorar el acceso a la atención especializada. Asistentes de salud en el campo comparten información de pacientes con médicos en el centro coordinador y con especialistas en el hospital de referencia en la capital. Eso reduce viajes innecesarios de pacientes para visitar un especialista en Paramaribo y mejora el diagnóstico y el tratamiento subsecuente a nivel local (Stichting Medische Zending PHC Suriname, 2014c).

⁷ Información de la entrevista al director de la Medische Zending en Paramaribo, durante la visita de campo del proyecto, el primer semestre del 2014.

FUERZA DE TRABAJO EN APS

En las áreas geográficas de la costa y del interior de Guyana y Suriname se encuentran diferencias en la disponibilidad de profesionales de APS. Hay concentración de profesionales en las áreas urbanas de la costa y diferentes categorías de trabajadores de salud actúan en las diferentes áreas en ambos países.

Históricamente, en Guyana la APS se ha desarrollado a través de estrategias de recursos humanos peculiares, con las cuales se ha extendido a poblaciones muy remotas a lo largo de ríos y en el interior. Los estándares nacionales de recursos humanos en Guyana establecen que un equipo de APS en el nivel de centro de salud debe incluir: un/a médico/a, más un/a Medex o un/a visitante de salud⁸, un/a Dentex o auxiliar dental, un auxiliar farmacéutico/a, un/a auxiliar de salud ambiental (a tiempo parcial/visitante), un/a auxiliar de enfermería, enfermero/a/partero/a o partero/a rural, un/a auxiliar de laboratorio o técnico/a multifunción y un/a auxiliar administrativo/a (Guyana, Ministry of Health, 2010).

En las poblaciones más alejadas, el equipo comúnmente está incompleto y por ello el Medex, con su amplia gama de habilidades multifunciones, es el trabajador más apropiado para ser asignado en las áreas alejadas. El desarrollo de la categoría de los Medex, junto con la introducción de los/as agentes comunitarios de salud (ACS), vienen siendo una estrategia de recursos humanos clave en la extensión del acceso a servicios de Atención Primaria en Salud para poblaciones alejadas.

El Medex es un/a trabajador/a de salud de nivel medio, considerado la espina dorsal del sistema de salud en áreas alejadas. El programa Medex empezó en 1977 y la Ley Medex se aprobó en 1978, regulando las prácticas de esta innovadora categoría profesional de trabajadores de la salud (Government of Guyana, 1978). El programa original de entrenamiento de 18 meses reclutaba aprendices del área de enfermería. El Ministerio de Salud introdujo un nuevo camino para el Medex en la celebración de los 30 años del programa (Guyana, Ministry of Health y PAHO/WHO, 2007). En esta segunda fase, los aprendices son reclutados a partir de los graduados de la escuela secundaria y siguen un programa de entrenamiento de 42 meses.

La ventaja de este nuevo camino es que los aprendices pueden ser reclutados de un grupo más amplio y el cuerpo de enfermería no se agota como antes. Una ventaja adicional es que facilita el reclutamiento directo de aprendices del interior. Eso era más difícil en el programa original, pues la mayoría de los individuos con un título de enfermería vienen de la costa y no de áreas alejadas (Ramsaran, 2007).

⁸ El/la visitante de salud es un/a enfermero/a entrenado/a en salud pública.

Equipo Medex – ACS para atención primaria integral de salud en Guyana

Guyana ha sido la cuna del programa Medex, junto con Micronesia, Tailandia, Lesoto y Paquistán. Estos países realizaron las pruebas de campo del programa Medex en el final de los años setenta y a principios de los ochenta y fueron seguidos por otros países, resultando en la implementación de Medex en 22 países en desarrollo en todo el mundo.

El programa ha ofrecido a Guyana un importante recurso humano para la APS y un abordaje singular para la APS por más de 35 años. Los Medex y los ACS forman, juntos, un sistema unificado para las poblaciones alejadas con un fuerte desarrollo comunitario en el enfoque, más allá de la atención médica.

Los Medex son capacitados en: gestión de centros de salud, necesidades de salud comunitaria y acciones para enfrentar los determinantes sociales, entrenamiento y supervisión de ACS, suministro de medicamentos y habilidades básicas de medicina general.

Los Medex son personal de APS con atribuciones de prestación de servicios, gestión en salud y entrenamiento y supervisión de los ACS.

Los ACS son entrenados por un periodo de seis meses, con un fuerte enfoque en la prevención y promoción de la salud y primeros auxilios.

Ya que pertenecen a la comunidad, así como al sistema formal de salud, los ACS forman un puente entre el servicio y la comunidad. Desde el principio del programa, sus habilidades han sido adaptadas y expandidas para necesidades emergentes. Algunos ACS pudieron ascender en la escala profesional desde auxiliares de enfermería o parteros/as rurales hasta enfermeros/as registrados/as y Medex.

Los Medex tienen alto prestigio en el interior. Entre todas las categorías de trabajadores de salud, tienen el más alto promedio de años de servicio en el sistema público en el país. En las aldeas indígenas más aisladas, sirven como interfaz entre la aldea y el sistema nacional y el 'mundo' exterior.

El desarrollo del programa Medex fue coordinado y guiado por el personal de Desarrollo de Mano de Obra en Salud, Escuela de Medicina John A. Burns, Universidad de Hawái.

Fuentes: University of Hawaii, 1983; Goede, 2006; Guyana, Ministry of Health y PAHO/WHO, 2007a.

Casi simultáneamente a la introducción de los Medex como trabajadores de la salud de nivel medio, Guyana introdujo el programa de agentes comunitarios de salud (ACS). Inicialmente, el ACS era un/a voluntario/a seleccionado/a por su propia población alejada, con poco entrenamiento del Ministerio de Salud y trabajando en su propia casa con remuneración en especie por la comunidad. El programa se evolucionó con el tiempo y en la actualidad los/as ACS están completamente integrados en el sistema formal de salud como trabajadores de la salud de nivel más bajo. Los/as ACS ahora son entrenados en un programa de seis meses, todos/as trabajan desde un puesto de salud y son reconocidos/as como una posición en el sistema de Servicio Público e integrados en la escala salarial de servidores públicos. El programa de entrenamiento se adaptó, con el tiempo, a las necesidades y realidades de las poblaciones aisladas y ahora el énfasis está en la inclusión de algunas habilidades de partero/a en el entrenamiento del/la ACS. La mayoría de los puestos de salud cuentan con un sólo trabajador comunitario. Los/as ACS son supervisados por un/a Medex, enfermero/a/partero/a o por un/a

médico/a que periódicamente visita los puestos de salud. Guyana aplica la estrategia de emplear a trabajadores de APS con baja calificación en diversas áreas de la salud.

En todas las posiciones de servidores de salud, existen niveles diferentes de competencias y categorías de trabajadores con menos entrenamiento son introducidas en el sistema como medida para solucionar la extrema escasez de profesionales de salud en el sistema público. Así, los/as ACS y Medex son centrales en la prestación de los servicios de APS en Guyana.

En Suriname, el equipo convencional de APS es formado por un médico/a/enfermero/a o auxiliar de enfermería, a veces con un enfermero/a/partero/a, un/a auxiliar de farmacia y un/a auxiliar de laboratorio en los centros que tienen laboratorio. Por otro lado, los denominados “Auxiliares de Salud”, trabajadores de salud de nivel medio, constituyen la espina dorsal de la prestación de servicios a las poblaciones de las muchas, pero poco pobladas aldeas del interior, en donde no se cuenta con el equipo completo. Reclutados principalmente entre la población del interior, los/as Asistentes de Salud son entrenados/as en un amplio programa de cuatro años comisionado por la Medische Zending y reconocido por el Ministerio de Salud (Medische Zending PHC Suriname, 2003).

Todos los niveles de establecimientos, desde los puestos de salud hasta los centros de salud en el interior, cuentan con uno o más asistentes de salud. Los/as médicos/as se encuentran solamente en algunos centros. Los centros de salud y policlínicas restantes son periódicamente visitados y supervisados por médicos/a con una agenda fija.

Trabajadores de salud de nivel medio para las aldeas en la selva tropical amazónica en Suriname

Los trabajadores de salud de nivel medio, considerados los pilares de la APS en las aldeas del interior de Suriname, son llamados ‘asistentes de salud’. Frecuentemente son reclutados entre la población del interior, aunque recientemente también provienen de la zona de la costa y son comúnmente de la población indígena o maroon, con lazos familiares en el interior.

Se capacitan en un programa de entrenamiento de cuatro años que prepara a los/as estudiantes para trabajar en una amplia gama de funciones normalmente realizadas por enfermeros/as, parteros/as y médicos/as.

Médicos/as supervisan el trabajo, ya sea directamente en la clínica o indirectamente desde un centro de salud cercano o desde el centro de coordinación en Paramaribo.

El centro de coordinación en la capital tiene contactos de radio, con agendamiento diario de citas, con todos los establecimientos de salud que cuentan con asistentes de salud. Con la introducción de tecnología moderna de telecomunicación en el interior, la comunicación por radio se está reemplazando gradualmente y, más recientemente, se comenzaron a emplear también teléfonos celulares.

Contratación, reconocimiento e incentivos

En Guyana, los/as trabajadores/as del sistema público reciben un salario fijo como servidores públicos, de acuerdo con el esquema de escala de salarios del Ministerio del Servicio Público para todos los/as servidores civiles y tienen como edad de jubilación los 55 años.

Los/as trabajadores/as de APS son generalmente contratados/as por la región mediante el Consejo Democrático Regional (CDR). Sin embargo, la mayoría de los/as directores/as regionales de salud que supervisan los servicios de APS son contratados/as por el Ministerio de Salud. Por lo tanto, los recursos humanos en nivel regional son de responsabilidad compartida entre el Ministerio de Salud y el CDR, y forman parte del sistema del Ministerio de Servicio Público.

No hay incentivos nacionales para la retención o para el desempeño de los trabajadores de la salud. La vivienda se suministra como un incentivo a los que sirven en áreas rurales. Por otro lado, las regiones proveen incentivos a residentes de sus regiones para matricularse en programas de entrenamiento de enfermería a través de una remuneración mensual, que cubre los costos de admisión y de provisión de alojamiento para los/as estudiantes matriculados en escuelas fuera de su área de residencia. El patrocinio de estudiantes también es realizado por el Hospital Público de Georgetown y el hospital privado Mercy, que tiene sus propios programas de entrenamientos de enfermeros/as. Hay diversos premios anualmente para el reconocimiento de trabajadores destacados.

La emigración de profesionales de salud es una dificultad adicional en Guyana. Un estudio de la OPS identifica como factores clave subyacentes para la emigración de trabajadores de la salud, específicamente enfermeros/as, la falta de consideración de las autoridades con su bienestar, la falta de involucramiento en la toma de decisiones, el bajo reconocimiento profesional, las opciones limitadas de carrera en la profesión de enfermero/a y los salarios bajos (PAHO, 2011).

En Suriname no hay un sistema uniforme de contratación de personal. La contratación y el pago difieren de acuerdo con el subsistema. Los SRS contratan al personal, que recibe un salario fijo mensual. Los/as médicos/as reciben una tarifa única y aumentan el pago de acuerdo con el número de pacientes de los seguros de salud registrados. Por lo tanto, los sueldos de los/as médicos/as de los SRS no son los mismos para todos y algunas instituciones son más atractivas para los/as médicos/as que otras, debido al número más alto de individuos con seguros de salud registrados en los establecimientos de salud.

La Medische Zending contrata el personal y paga un sueldo fijo mensual. Recientemente se introdujo un sistema de evaluación con incentivos vinculados al desempeño (Human Resources Unit, Medische Zending PHC Suriname Foudation, 2011).

Disponibilidad de personal para APS

Guyana tiene una escasez absoluta en todas las categorías de trabajadores de salud. Los desafíos adicionales son la mala distribución de recursos humanos en salud, que resulta en una disparidad entre las áreas urbana y rural, y la proporción relativamente alta de trabajadores con poco entrenamiento para los servicios de salud en diferentes niveles de atención, principalmente en la profesión de enfermería (Guyana, Ministry of Health y PAHO, 2007).

El Ministerio de Salud tiene estándares de personal para todos los niveles de atención. La única categoría en el servicio público sin una notoria escasez es la de los/as ACS. Hay pocas posiciones vacantes para ACS en algunas regiones.

La mayoría de los/as ACS y Medex están empleados/as en la APS. La Tabla 4 muestra que los/as ACS están principalmente empleados/as en comunidades rurales y del interior.

Tabla 4 – Agentes comunitarios de salud (ACS) y Medex en la prestación directa de servicios (nivel 1-3) por región en Guyana, 2013

Área geográfica	ACS	Medex ^a	Habitantes
R 1	54	7	26.941
R 2	35	6	46.810
R 3	34	9	107.416
R 4	19	14	313.429
R 5	12	6	49.723
R 6	15	5	109.431
R 7	31	6	20.280
R 8	27	3	10.190
R 9	54	3	24.212
R 10	33	11	39.452
Total costa urbana	8	17	191.810
Total costa rural	140	34	535.193
Total áreas remotas	166	19	81.623
Total	314	70	747.884

Fuente: Adaptado de Guyana, Ministry of Health, Department of Regional Health Services, 2013.

a) Diez Medex adicionales están registrados en la región 4, en varias instituciones: la oficina central del MS, el Hospital Público de Georgetown, la residencia para ancianos Palms, la prisión, programa de malaria y en sitios de Salud del Puerto. El Hospital Psiquiátrico Nacional ubicado en región 6 tiene un Medex.

La Tabla 5 muestra la disponibilidad de recursos humanos para APS por región geográfica en Suriname. Se observa una importante asimetría geográfica en la disponibilidad de profesionales entre la costa y el interior. La densidad de médicos/as generales en la costa es de 0,54 por cada 1.000 habitantes y de 0,13 por 1.000 habitantes, en las comunidades del interior.

Tabla 5 – Disponibilidad de recursos humanos para APS por región geográfica en Suriname

Categoría	Total/nacional población 541.638		Costa población 470.142		Interior población 71.496	
	n	razón/1.000 hab	n	razón/1.000 hab	n	razón/1.000 hab
Enfermeros/as registrados/as	895	1,65 ^a	-	-	2	0,03
Asistentes de salud	110	0,20	0	0	110	1,54
Auxiliares de policlínica	24	4,00	0	0	24	0,34
Parteros/as	53	0,10	53	0,11	0	0
Médicos/as generales ^b	255	0,47	254	0,54	9	0,13

Fuente: Cálculo del autor de las razones, con base en los datos nacionales del Departamento de Planificación del Ministerio de Salud referentes a 2010.

a) Un 74% de los/as enfermeros/as registrados/as registrados trabajan en hospitales, conforme a lo informado por el Departamento de Planeación, MS Suriname

b) Incluye a aquellos en posiciones administrativas y gerenciales

Además, el Departamento de Planificación del Ministerio de Salud en Suriname informa una notoria disparidad en el área de la costa, entre el área costera urbana (gran Paramaribo) y las áreas costeras rurales. La densidad estimada de médicos/as generales en la gran Paramaribo es de 1,1 por cada 1.000 habitantes y de 0,3 por cada 1.000 habitantes en las comunidades rurales de la costa. Aunque los/as médicos/as generales en la capital Paramaribo estén también en posiciones administrativas y en programas de salud pública y no solamente en la prestación directa de servicios en el nivel de APS, la diferencia con el área rural sigue siendo enorme.

Guyana es un país con alta emigración de individuos con educación superior. Por lo tanto, la emigración es un importante factor en la pérdida de trabajadores capacitados, impactando en la escasez de recursos humanos en salud, especialmente preocupante en el agotamiento de profesionales de enfermería. Para enfrentar la escasez de estos profesionales, el ingreso de enfermeros/as a programas de educación preservicio fue más que duplicado. Sin embargo, la capacidad de entrenamiento es limitada y por eso el número de enfermeros/as formados/as no es tan alto como se esperaba.

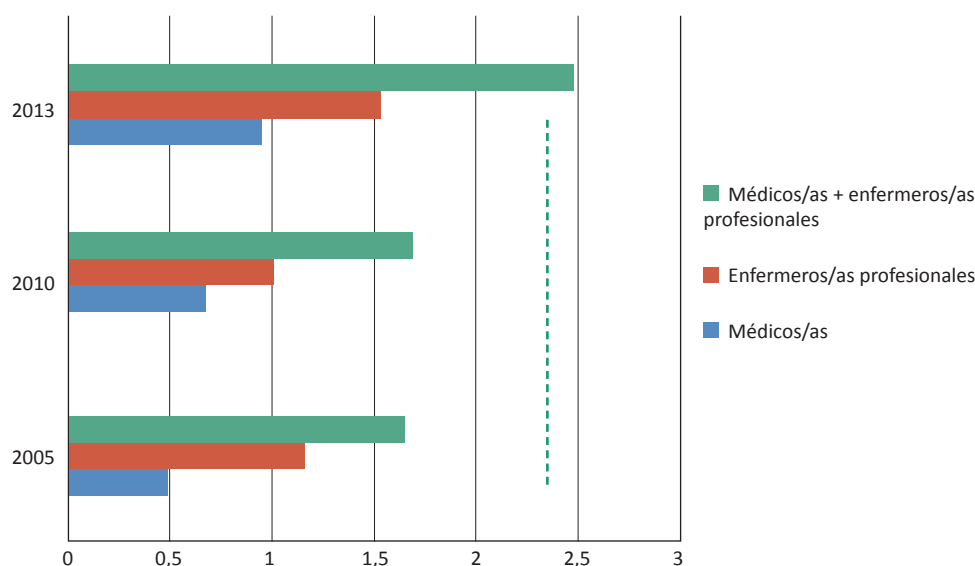
En 2006, los presidentes de Guyana y Cuba firmaron un acuerdo para el fortalecimiento de la atención en salud en Guyana. Subsecuentemente, un grupo de 500 estudiantes guyaneses fue admitido en la Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba. Ese es un número importante, considerando la población total de menos de un millón de habitantes de Guyana. El acuerdo también incluyó el establecimiento de cuatro centros de diagnóstico y tratamiento en áreas costeras rurales con actuación de médicos/as y personal técnico cubanos, gradualmente remplazados, en la medida en que los/as estudiantes guyaneses se graduasen y regresasen al país. Los centros de diagnósticos sirven como referencia para los servicios de APS. Los/as médicos/as

guyaneses formados/as en Cuba firman un contrato para servir por cinco años en el sector público, especialmente en áreas insuficientemente atendidas. Los/as profesionales de otras disciplinas entrenados en Cuba deben servir por 2 a 3 años⁹.

Debido al alto número de guyaneses matriculados en la Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba, la escasez de médicos/as se viene reduciendo constantemente en los últimos tiempos. De acuerdo con la OMS, el límite mínimo absoluto de profesionales de salud es 2,3 por cada 1.000 habitantes, de manera que se posibilite la prestación de servicios esenciales. Esta norma viene del análisis global de la Iniciativa Conjunta de Aprendizaje en Recursos Humanos (Joint Learning Initiative, 2004). Sólo recientemente Guyana logró alcanzar ese requisito mínimo para la prestación de servicios (Figura 1), debido al regreso de los/as médicos/as guyaneses entrenados/as en Cuba. Sin embargo, es importante notar que en periodos anteriores, Guyana intervino en la escasez de profesionales de salud con la asignación de funciones para asistentes de salud con programas cortos de entrenamiento.

La disponibilidad de parteros/as en Guyana ha cambiado. Aunque la actualización completa de la distribución entre los niveles no está disponible, en el 2008 el 33% de los/as 491 parteros/as (enfermeros/as/parteros/as registrados/as y parteros/as rurales individuales entrenados/as) trabajaban en la APS (Gordon, 2009). La vasta mayoría trabaja en hospitales y una pequeña proporción enseña o está en la administración.

Figura 1 – Razón de médicos/as y enfermeros/as por 1.000 habitantes en Guyana

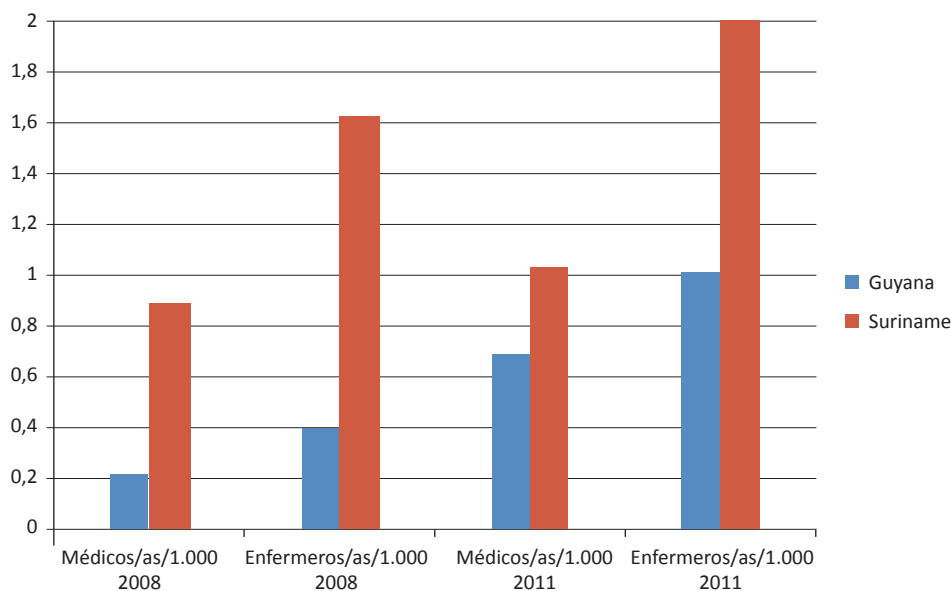


Fuente: Adaptado de Guyana, Ministry of Finance, 2013.

⁹ Información obtenida de las entrevistas a servidores de salud, realizadas en la visita de campo a Georgetown, Guyana, en marzo del 2014.

La Figura 2 muestra la densidad nacional total de médicos/as y enfermeros/as en los dos países, en la que se aprecia los mejoramientos mencionados para Guyana, aunque en Suriname persisten indicadores más altos.

Figura 2 – Densidad de médicos/as y enfermeros/as en Guyana (2008) y Suriname (2011)



Fuente: PAHO, 2014.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN APS

La participación social de los actores involucrados en salud y de las comunidades es una obligación legal y consagrada en la constitución de Guyana. Las autoridades de gobierno local son obligadas a realizar reuniones locales regularmente para involucrar a las comunidades en la evaluación de las necesidades y en la toma de decisiones para el desarrollo de la salud y la prestación de servicios. Consejos de Vecindarios y Consejos de Aldeas proveen estructuras oficiales para la participación social de los ciudadanos (Government of Guyana, 1998). Por ejemplo, la Autoridad Regional de Salud de la región 6 estableció Comités de Gestión de la Salud. Estos comités facilitan la interacción entre representantes de las comunidades y los establecimientos de salud y el personal de salud. Son organizados eventos comunitarios en los centros de salud y está en marcha un sistema de reclamaciones de pacientes y comunidad (Usaid, 2011).

Guyana tiene pocas asociaciones de pacientes, pero un gran número de ONG trabajan activamente en el área del VIH con apoyo de fondos externos disponibles para actividades de prevención y tratamiento. La participación comunitaria en

salud más intensa es relativa específicamente a enfermedades, con enfoque en el VIH (Usaid , 2011).

La excepción es la ONG Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). Esta organización es activa en diversas comunidades y logró el involucramiento de actores de la comunidad en el tema de discapacidades, así como el empoderamiento de las personas con discapacidades y sus familias. Una revisión del programa RBC en 22 países mostró que Guyana está entre los países destacados por la generación de resultados positivos en los niveles individuales, familiares y comunitarios (Sharma, 2007).

Aunque esté enfocado en un problema de salud específico, el RBC está bien integrado en la APS a través de las conexiones y el soporte de los auxiliares de rehabilitación en los equipos de APS en los centros de salud de ubicación rural y del interior¹⁰. Aparte de pertenecer al marco del Consejo Regional Democrático, la APS también opera dentro del contexto de los Asuntos Amerindios.

En Suriname, un estudio previo (hasta mediados de 2013) mostró que la importancia de la participación social en APS es continuamente reconocida en los planes nacionales y documentos. Sin embargo, luego del periodo inicial después de Alma-Ata (hasta mediados de los años ochenta), los documentos nacionales mencionan poco estos componentes y, en algunas instancias, la participación social quedó circunscrita a la implementación de programas específicos. Esto contrasta con el plan nacional de salud de 1982-1984, en el cual la participación social fue descrita en todas las fases, desde la planeación hasta la implementación, como una parte integral de la estrategia de APS (Goede et al., 2014).

Aunque la participación social (así como colaboración intersectorial) es un asunto recurrente en la mayoría de los planes y políticas nacionales en Suriname, la brecha entre las políticas y la práctica está en la falta de estructuras y sistemas formales para la participación social. Si bien se impulsaron diversas iniciativas, en momentos diferentes, para el establecimiento de consejos de salud locales para la participación y colaboración en salud, estas eran informales y no se establecían como una estructura formal dentro del sistema de salud local (Suriname, Ministry of Health, 2012). Por esa razón, no sobrevivían al paso del tiempo.

A pesar de la ausencia de estructuras formales para la participación social en nivel local, hay abundantes experiencias de participación y colaboración significativas entre los servicios de APS, por un lado, y trabajadores de sectores fuera de la salud, estructuras comunitarias y miembros de la comunidad, por otro¹¹. Desafortunadamente, estas experiencias no están documentadas.

¹⁰ Información obtenida de las entrevistas al personal de rehabilitación en la visita de campo a Linden, Guyana, en marzo del 2014.

¹¹ Información de la observación de campo y las entrevistas a trabajadores de los servicios regionales y de la Medische Zending durante la visita técnica a las ciudades Paramaribo, Marowijne, Brokopondo, Sipaliwini de Suriname durante 2013- 2014.

INTERCULTURALIDAD EN APS

La interculturalidad en salud en Guyana está ligada a las poblaciones indígenas. El Ministerio de Asuntos Amerindios tiene diversos mecanismos y estructuras para proteger la cultura indígena e involucrar a la población de las aldeas del interior en las áreas de desarrollo.

La Ley de los Amerindios se aprobó en 2006 y estableció un Consejo Nacional de Toshos. Las 200 aldeas amerindias tienen un Toshos, que es el jefe electo de la aldea. La Ley de los Amerindios establece la consulta a todas las aldeas indígenas en la toma de decisiones nacionales que puedan influir en la situación y la vida de los pueblos indígenas. También regula las atribuciones y responsabilidades de los Toshos y consejeros que forman parte de las estructuras de gobernanza de la aldea. El enfoque es, primariamente, en los derechos de la tierra, pero también incluye la protección de la cultura y el patrimonio indígena, la promoción del uso de las lenguas indígenas y el desarrollo de estrategias para reducir la pobreza y mejorar el acceso a la educación y a los servicios de salud (Government of Guyana, 2006).

En Suriname, la interculturalidad es poco referida en los documentos de políticas. Cuando se hace, es en el sentido de afirmar la importancia de tomar medidas culturalmente apropiadas o la necesidad de la sensibilidad cultural en APS. Eso frecuentemente incluye involucrar organizaciones locales y, por ello, va de la mano con la participación social y la colaboración entre el sistema local de APS y las poblaciones locales. El trabajo en colaboración con chamanes realizado por la Medische Zending en el sur del país es un ejemplo promisor de interculturalidad.

Interculturalidad: trabajo en colaboración con chamanes en Suriname

Kwamalasamutu y Pelele Tepu son aldeas indígenas Trio en el sur de Suriname donde la Medische Zending (MZ) tiene policlínicas de APS. En estas aldeas se desarrolló un trabajo colaborativo entre los trabajadores de APS de la MZ y los chamanes (curanderos indígenas tradicionales).

A través del soporte del Equipo de Conservación del Amazonas (ECA), una ONG originaria de los EE. UU., se construyó una clínica donde los chamanes pueden practicar la medicina indígena tradicional, adyacente a otra de la MZ.

El objetivo de la MZ fue reconocer la sabiduría y atención tradicional y mejorar la colaboración entre la medicina moderna/occidental y la tradicional, anticipando que la colaboración tendría un impacto positivo en el proceso de atención de la población. Con ese propósito se organizaron diversos talleres de entrenamiento para la sensibilización sobre las prácticas de salud tradicionales entre los trabajadores de la APS y la concientización de los chamanes sobre los servicios de la APS.

Un gran obstáculo enfrentado fue el rechazo de la atención indígena por los auxiliares médicos de la MZ. Aunque estos trabajadores de salud fuesen también de la población indígena, sus conceptos sobre la cultura y la medicina indígena eran negativamente influenciados por líderes cristianos extranjeros, especialmente a través de la escuela cristiana local, en la cual estudiaron en la juventud. Pero a través de los métodos de participación durante los talleres, se logró respeto y aceptación.

Como resultado, las referencias son hechas rutinariamente para cada sistema y hay un alto nivel de coordinación. Se generó respeto mutuo y alteraciones en las prácticas entre los dos grupos de trabajadores de la salud.

El resultado fue la confianza creciente en la atención en salud dentro de las comunidades y la preservación de la identidad cultural. Después del resultado positivo, se añadirá una nueva instalación, ahora con curanderos en una aldea Maroon.

Fuentes: Mignone et al., 2007; Herndon et al., 2009; entrevista al director de la Medische Zending durante la visita técnica durante el primer semestre del 2014.

INTERSECTORIALIDAD EN APS

La colaboración intersectorial para tratar los determinantes sociales en Guyana es un área clave en la nueva estrategia del Ministerio de Salud: Visión de la Salud 2020 (Guyana, Ministry of Health, 2013). La estructura descentralizada en Guyana tiene la capacidad de conectar sectores diferentes a niveles regional y subregional. La colaboración intersectorial es facilitada a través del Consejo Democrático Regional que gestiona el desarrollo y los servicios sociales en la región (Government of Guyana, 1998).

En Suriname, los documentos de políticas se refieren a la importancia de la colaboración intersectorial como parte de la APS (Suriname, Ministry of Health, 2014). Sin embargo, Suriname no tiene estructuras descentralizadas para coordinar la colaboración intersectorial formalmente. A nivel local, la colaboración intersectorial está comúnmente vinculada a la participación social. Las Oficinas de Salud Pública y las organizaciones de APS (de los Servicios Regionales de Salud y de la Medische Zending) son las instituciones de salud involucradas en el liderazgo de la colaboración intersectorial a nivel distrital y comunitario. La Oficina de Salud Pública colabora con otros sectores con base en sus mandatos en el área de prevención y protección de la salud, especialmente con relación a la salud ambiental.

La colaboración intersectorial a nivel nacional viene ganando espacio desde los esfuerzos realizados para la inclusión de la salud en todas las políticas. Un ejemplo es el éxito logrado con la amplia colaboración nacional para el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, que creó un ambiente de apoyo para acciones intersectoriales en salud en el país. Suriname fue el primer país del Caribe en lograr un alto nivel de legislación en el control del tabaco. La asamblea nacional aprobó la nueva ley de control del tabaco en 2013 unánimemente, después de un periodo de intensos debates públicos y políticos (United Nations Suriname, 2013).

CONSIDERACIONES FINALES

La Atención Primaria de Salud en Guyana y Suriname se desarrolla en diferentes contextos de organización de los sistemas generales de salud y con marcos de gobernanza local y nacional distintos.

Los distintos desarrollos históricos, políticos y socioeconómicos de las dos naciones, la reciente independencia (Guyana en 1966 y Suriname en 1975) y las diferencias entre los modelos de atención de salud británico (Beveridge) y holandés (Bismarck) son factores determinantes para que los sistemas de salud se diseñaran de manera diferente en los dos países.

Suriname segmenta a la población en términos de derechos y esquemas para los servicios de salud. El país aplica un esquema de protección social para los pobres, mientras Guyana no segmenta la población, ya que considera que es el deber del Estado proveer servicios de salud gratuitos para todos los habitantes. La descentralización del gobierno en Guyana, con estructuras de gobernanza local responsables por los servicios de salud, resulta en una conexión más fuerte de la APS con las redes de prestación de servicios generales de salud. Estas redes están alineadas con las redes regionales y los Consejos Democráticos Regionales. Como resultado, los hospitales e instituciones forman parte de la misma red de prestación de servicios, ya que esto está basado en la región administrativa.

Suriname no tiene gobernanza local, aunque la preparación para ello esté en marcha, por lo cual no tiene una estructura principal que cubra y coordine los diferentes niveles de atención. El contexto socioeconómico de los dos países es una diferencia adicional que impacta en la APS. Sólo recientemente Guyana se está recuperando de su condición de País Pobre Altamente Endeudado y como la pobreza es un importante determinante de la salud, esto se refleja en la brecha de la situación de salud de la población, en comparación con la de Suriname.

A pesar de estos contextos muy diferentes en los que opera la APS, ambos países muestran algunas similitudes. Estos paralelos se encuentran primeramente en la superación de desafíos para el alcance de las poblaciones indígenas dispersas en el interior. Los dos países introdujeron categorías no convencionales de trabajadores de salud de nivel medio que prestan servicios a las poblaciones alejadas y apoyan a estos trabajadores de salud aislados desde una oficina central de coordinación a través de un sistema de radio, aunque en la actualidad se utilizan tecnologías más modernas de comunicación (telefonía celular). Tanto Guyana como Suriname intentan enfrentar la inequidad geográfica en el acceso a la atención especializada a través del desplazamiento de este tipo de profesionales como una estrategia para el aumento del alcance a las aldeas alejadas.

Por otro lado, ambos países están en un proceso de transformaciones significativas en los sistemas de salud, aunque desde perspectivas muy distintas.

Guyana, con el rápido aumento en la disponibilidad de médicos guyaneses entrenados en Cuba y con el establecimiento de modernos centros de diagnóstico, pasa por un gran cambio que puede fortalecer drásticamente la calidad de la atención. Sin embargo, puede ser necesario que el país reflexione sobre la pertinencia y las ventajas que tiene el equipo de ACS-Medex para APS en zonas alejadas, para determinar la ubicación de estas categorías de trabajadores cuando crezca la disponibilidad de médicos. La revisión del programa de entrenamiento Medex muestra un fuerte énfasis en el desarrollo de habilidades que caracterizan una APS integral: integración de la educación en salud, promoción de la salud y participación social y colaboración social para tratar de los determinantes de la salud. Considerando el bajo desarrollo del interior, con muchos factores de riesgo sociales y ambientales, este abordaje integrado y amplio sigue siendo muy relevante. El/la Medex también es específicamente entrenado/a para supervisar a los/as ACS, y juntos forman un equipo apropiado para poblaciones alejadas.

La actual transformación de Suriname está vinculada a la introducción de un esquema de seguro de salud obligatorio para todos los residentes que se efectuará a través de mecanismos de mercado con aseguradoras privadas en competencia. Eso traerá grandes cambios para la APS y para el 21% de la población que actualmente está cubierto por el sistema de seguridad social del Ministerio de Asuntos Sociales. Los Servicios Regionales de Salud, proveyendo servicios a la población de la costa, y la Medische Zending, suministrando servicios a la población del interior, ambos tienen un foco en la integración de servicios personales y servicios de base poblacional, con un abordaje comunitario. Ambos han expresado, en planes separados, su compromiso con el fortalecimiento de la integración de la promoción y prevención en salud, la participación social y la colaboración multisectorial en sus servicios de salud.

La combinación de servicios personales y servicios de base comunitaria que estas organizaciones proporcionan en Suriname es parte del abordaje de APS, pero por el contrario, las empresas privadas de seguro tienen un enfoque exclusivo en la cobertura de servicios personales. Por lo tanto, Suriname tendrá que reflexionar sobre el sostenimiento de los servicios basados en la comunidad, los cuales son especialmente relevantes para aquellos con determinantes de la salud desfavorables, como son la poblaciones pobres urbanas y rurales y la población del interior que vive en un ambiente subdesarrollado desafiante. Por otro lado, ya que un esquema de seguro en sí no garantiza el acceso a servicios de calidad, es necesario poner especial atención en la actual distribución desigual de los recursos de salud dentro del país para garantizar el acceso universal a servicios de salud.

Ambos países han expresado su compromiso, en documentos políticos recientes, con importantes características de la APS integral, como el fortalecimiento de la colaboración intersectorial para enfrentar los determinantes sociales de la salud.

En general, los paralelos más sorprendentes entre Guyana y Suriname están en los esfuerzos de los dos países para superar los desafíos de las inequidades en salud entre las poblaciones del interior y de la costa.

REFERENCIAS

Bearingpoint Caribbean. Werkdruk spoedeisende hulp Academisch Ziekenhuis Paramaribo steeds groter [Internet] 2012. Disponible en: <http://www.bearingpointcaribbean.com/werkdruk-spoedeisende-hulp-academisch-ziekenhuis-paramaribo-steeds-groter/>. Acceso el: 09 de diciembre de 2014.

Bitrán R, Giedion U, Muñoz R. Evaluation of the Surinamese MSA card system. Ministry of Health of Suriname: Inter-American Development Bank; 2002.

Bureau of Statistics Guyana. Guyana 2012 Population & housing census 2012: preliminary report; 2014. Disponible en: www.statisticsguyana.gov.gy/census.html. Acceso el: 09 de diciembre de 2014.

General Bureau of Statistics Suriname [Algemeen Bureau voor de Statistiek] Demographic data 2004-2010; 2011. Disponible en: <http://www.statistics-suriname.org>. Acceso el: 09 de diciembre de 2014.

Goede H, Barten F, Heymans-Soeterman H, Truideman B, William-Asgarali S, Lareya S. The development of primary health care in Suriname; stock taking of existing knowledge. En prensa; 2014.

Goede H. Diversification of the health workforce: strategies for widening access to care: experiences from Guyana. PAHO Symposium at the global health council annual conference, 30 may 2006 "Diversification of the health workforce: strategies for widening access to care". Washington D.C.: Pan American Health Organization; 2006.

Goede H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria de salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Guyana. Rio de Janeiro: Isags; 2014a. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[235\]ling\[2\]anx\[750\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[235]ling[2]anx[750].pdf) Acceso el: 21 de enero de 2015.

Goede H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria de salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Surinam. Rio de Janeiro: Isags; 2014b. Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[236\]ling\[2\]anx\[751\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[236]ling[2]anx[751].pdf) Acceso el: 21 de enero de 2015.

Gordon S. Final report on the assessment of midwives in Guyana in the UNFPA and International Confederation of Midwives Programme: "Investing in midwives and others with midwifery skills to achieve MDG5". Georgetown; 2009.

Government of Suriname. First draft proposal of Basic Care Law. Paramaribo; 2014.

Government of Guyana. Municipal and District Councils Act. Laws of Guyana. Chapter 28:01; 1988.

Government of Guyana. Constitution of the Co-operative Republic of Guyana. Laws of Guyana. Chapter 1:01; 1980.

Government of Guyana. Local Government Act. Laws of Guyana. Chapter 28:02; 1998.

Government of Guyana. Medex Act. Laws of Guyana. Chapter 32:04; 1978.

Government of Guyana. Ministry of Amerindian Affairs. Amerindian Act. Georgetown; 2006.

Government of Guyana. Ministry of Health Act 2005. Laws of Guyana. Act 6 of 2005; 2005a.
Government of Guyana. Regional Health Authority Act 2005. Laws of Guyana. Act 4 of 2005; 2005b.

Government of Suriname. Constitution of Suriname revised; 1987.

Guyana, Ministry of Amerindian Affairs. 2014. Disponible en: www.amerindian.gov.gy. Acceso el: 10 de diciembre de 2014.

Guyana, Ministry of Finance. Budget speech: overcoming challenges together accelerating gains for Guyana. Georgetown: Ministry of Finance; 2013.

Guyana, Ministry of Health, Bureau of Statistics, ICF Macro. Guyana demographic and health survey. Georgetown: Ministry of Health, Bureau of Statistics, ICF Macro; 2009.

Guyana, Ministry of Health, Department of Regional Health Services. List of number of Medex and community health workers by region. Georgetown: Ministry of Health, Department of Regional Health Services; 2013.

Guyana, Ministry of Health, PAHO Joint Project Health Workforce. Profile of the health workforce in Guyana. Georgetown: Ministry of Health, PAHO Joint Project Health Workforce; 2007.

Guyana, Ministry of Health, PAHO/WHO. Conference folder: reflecting on 30 years of experiences with the Medex. Georgetown: Ministry of Health, PAHO/WHO; 2007.

Guyana, Ministry of Health. Health Vision 2020 "Health for all in Guyana": a national health strategy for Guyana, 2013-2020; Georgetown: Ministry of Health; 2013.

Guyana, Ministry of Health. Package of publicly guaranteed health services in Guyana; Georgetown: Ministry of Health; 2010.

Guyana, Ministry of Health, Department of Regional Health Services. List of health facilities by region update february 2014. Georgetown: Ministry of Health, Department of Regional Health Services; 2014.

Herndon CN, Uiterloo M, Uremaru A, Plotkin MJ, Emanuels-Smith G, Jitan J. Disease concepts and treatment by tribal healers of an Amazonian. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2009; 5(27):1746-4269.

Human Resources Unit, Medische Zending PHC Suriname Foundation. Paramaribo: Medische Zending PHC Suriname Foundation; 2011.

IMF - International Monetary Fund. Guyana: 2013 Article IV Consultation - Staff Report; Press Release; 2014. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr14294.pdf>. Acceso el: 10 de diciembre de 2014.

Isags - Instituto Sul-Americano de Gobierno en Salud. Sistema de salud en Guyana. In: Isags ed. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Gobierno en Salud; 2012a. p. 517-551.

Isags - Instituto Sul-Americano de Gobierno en Salud. Sistema de salud en Surinam. In: Isags ed. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Gobierno en Salud; 2012b. p. 517-551.

Joint Learning Initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. Global equity initiative. Boston: Harvard University; 2004.

Medische Zending PHC Suriname Foundation. Towards the integration of quality primary health care services in the interior of Suriname. 2010. Disponible en: http://www.medischezending.sr/index.php?option=com_content&view=article&id=75:towards-delivery-of-quality-integrated-primary-health-care-services-in-the-interior-of-suriname&catid=30&Itemid=269&lang=nl. Acceso el: 14 diciembre de 2014.

Medische Zending PHC Suriname. Training curriculum of health assistants. Paramaribo: Medische Zending PHC Suriname; 2003.

Mignone J, Bartlett J, O'Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2007; 3(31):1746-4269.

PAHO – Pan American Health Organization. Core health data initiative. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www1.paho.org/english/sha/coredata/tabulator/newtabulator.htm>. Acceso el: 04 de junio de 2014.

PAHO – Pan American Health Organization. Nurse migration in Guyana. Series human resources for health N° 64; 2011.

Ramsaran B. Message from the Minister. Conference: reflecting on 30 years of experience with the Medex. Georgetown: Ministry of Health, PAHO/WHO; 2007.

Regional Health Service Foundation Suriname. Strategic plan for the strengthening and renewal of the Regional Health Services Foundation. Paramaribo: Regional Health Service Foundation Suriname; 2013.

Shamdeo P. The annual health report 2010. Chief medical officer Guyana. Georgetown: Ministry of Health; 2011.

Sharma, M. Community Participation in community based rehabilitation programmes. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 2007; 18(2):146-157.

Stichting Medische Zending PHC Suriname. 2014a. Disponible en: <http://www.medischezending.sr/index.php?lang=nl&Itemid=261>. Acceso el: 18 de julio de 2014.

Stichting Medische Zending PHC Suriname. 2014b. Disponible en: http://www.medischezending.sr/index.php?option=com_content&view=article&id=264&Itemid=500&lang=en. Acceso el: 18 de julio de 2014.

Stichting Medische Zending PHC Suriname. 2014c. Disponible en: http://www.medischezending.sr/index.php?option=com_content&view=article&id=302:uitbreiding-communicatie-netwerk-medische-zending-2&catid=31&Itemid=520&lang=en. Acceso el: 18 de julio de 2014.

Stichting Regionale Gezondheidsdienst 2014a. Disponible en: http://www.stgrgd.org/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=5. Acceso el: 18 de julio de 2014.

Stichting Regionale Gezondheidsdienst 2014b. Disponible en: <http://www.stgrgd.org/images/stories/PDF/rgdbrochure.pdf>. Acceso el: 18 de julio de 2014.

Suriname, Ministry of Health. Final report on the national health accounts of Suriname. Paramaribo: Ministry of Health; 2006.

Suriname, Ministry of Health. National health sector plan 2011-2018. Paramaribo: Ministry of Health; 2011.

Suriname, Ministry of Health. National strategic plan for the renewal and strengthening of primary health care in Suriname; Paramaribo: Ministry of Health; 2014.

Suriname, Ministry of Health. Report of the consultation meeting on a national strategy for the renewal and strengthening of PHC in Suriname; Paramaribo: Ministry of Health; 2012.

United Nations Suriname. PAHO/WHO honors individuals and institutions for tobacco control contributions. 2013. Disponible en: <http://sr.one.un.org/pahowho-honors-individuals-and-institutions-for-tobacco-control-contributions>. Acceso el: 09 de diciembre de 2014.

University of Hawaii. Midlevel healthcare worker training materials and community healthworker training materials. In: The Medex primary health care series. Honolulu: health manpower development staff, John A. Burns School of Medicine, University of Hawaii, USA; 1983, p.21-33.

Usaid – United States Agency for International Development. Guyana health system assessment 2010. Bethesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.; 2011.

WHO – World Health Organization. Global health expenditure database. 2014a. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database>. Acceso el: 13 jun. 2014.

WHO – World Health Organization. World health statistics 2014. Geneva: WHO; 2014b.

Woolford, Janice MCH Director. Maternal and child health/family health report Guyana 2012. Georgetown, Ministry of Health; 2012.

WB – World Bank. 2014. The World Data Bank. Disponible en: <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx?isshared=true>. Acceso el: 18 de julio de 2014.

World Health Organization, Unicef, United Nations Population Fund, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO; 2014. Disponible en: <http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality>. Acceso el: 06 de agosto de 2014.



Lista de siglas y acrónimos

ACAP	Agente Comunitario de Atención Primaria
ACS	Agente Comunitario de Salud
AIS	Acción Intersectorial por la Salud
Aisped	Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretrovirales
ASIC	Área de Salud Integral Comunitaria
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAPS	Centros de Atención Primaria de Salud
Caricom	<i>Caribbean Community</i> (Comunidad del Caribe)
CDL	Centros de Desarrollo Local
CDR	Consejo Democrático Regional
Cecosf	Centro Comunitario de Salud Familiar
Censi	Centro Nacional de Salud Intercultural
Cesfam	Centro de Salud Familiar
CIC	Centro Integrador Comunitario
CLS	Consejo Local de Salud
CNCPS	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
CNES	<i>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</i> (Registro Nacional de Establecimientos de Salud)
Cofesa	Consejo Federal de Salud
Coresa	Consejo Regional de Salud

CRS	Comité Regional de Salud
CS	Centro de Salud
DC	Distrito Capital
DGAPS	Dirección General de Atención Primaria de la Salud
DGGDRH	Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
EAIS	Equipo de Atención Integral de Salud
EBAS	Equipo Básico de Salud
EB-SFC	Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria
Ecopetrol	Empresa Colombiana de Petróleo
EDS	Encuesta Demográfica de Salud
ELAM	Escuela Latinoamericana de Medicina
EPS	Empresa Promotora de Salud
EqSF	Equipo de la Estrategia Salud de la Familia
ESF	<i>Estratégia Saúde da Família</i> (Estrategia Salud de la Familia)
EsSalud	Seguro Social de Salud
FNR	Fondo Nacional de Recursos
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
GTIP	Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente
GTS	Gasto Total en Salud
HC	Hospital de Clínicas
IAES	Instituto de Altos Estudios en Salud
IAFA	Institución Administradora de Fondos del Aseguramiento en Salud
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
Indec	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INSSJP-PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - Programa de Atención Médica Integral/ Por una Argentina con Mayores Integrados
IPS	Instituto de Previsión Social
Isags	Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
Isapre	Institución de Salud Previsional
Junasa	Junta Nacional de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad

MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
Mides	Ministerio de Desarrollo Social
Minsal	Ministerio de Salud
MPPS	Ministerio del Poder Popular para la Salud
MS	Ministerio de Salud
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MZ	Medische Zending
NASF	<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</i> (Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OS	Obra Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Obra Social Provincial
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i> (Organización Panamericana de la Salud)
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PAIS	Plan de Asistencia Integral a la Salud
PBF	<i>Programa Bolsa Família</i> (Programa Beca Familia)
PDVSA	Petróleos de Venezuela S.A.
PET Saúde	<i>Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde</i> (Programa de Educación por el Trabajo para la Salud)
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PMAQ-AB	<i>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica</i> (Programa Nacional de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica)
PMC	Programa Médicos Comunitarios
PMO	Programa Médico Obligatorio
PNAB	<i>Política Nacional de Atenção Básica</i> (Política Nacional de Atención Básica)
POS	Plan Obligatorio de Salud
Profam	Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria
Pro-Residência	<i>Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas</i> (Programa Nacional de Apoyo a la Formación de Médicos Especialistas en Áreas Estratégicas)

Pro-Saúde	<i>Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde</i> (Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud)
Provab	<i>Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica</i> (Programa de Valorización del Profesional de Atención Básica)
PS	Puesto de Salud
PSF	<i>Programa Saúde da Família</i> (Programa Salud de la Familia)
PSI	Programa de Salud Indígena
RAP-M	Red de Atención Primaria Metropolitana
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
Rieps	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RM-SAFCI	Residencia Médica de Salud Familiar Comunitaria Intercultural
Safci	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
Sispi	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
SRS	Servicio Regional de Salud
SSPAM	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i> (Sistema Único de Salud)
TAPS	Técnico en Atención Primaria de Salud
TIC	Tecnología de la Información y la Comunicación
UBS	<i>Unidade Básica de Saúde</i> (Unidad Básica de Salud)
UNA	Universidad Nacional de Asunción
Unasur	Unión de Naciones Suramericanas
Unicef	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas)
UPC	Unidad de Pago per Cápita
Usaid	<i>United States Agency for International Development</i> (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
USF	Unidade de Salud Familiar
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organización Mundial de la Salud)



Durante los años 90 la salud vivió un profundo proceso de mercantilización que impactó negativamente en la accesibilidad de los sistemas de salud y en la justicia social en Suramérica, además de acentuar el carácter asistencial y medicalocéntrico, reduciendo a su mínima expresión las estrategias de atención primaria de salud (APS).

En el comienzo del siglo XXI, los países suramericanos han iniciado en sus sistemas de salud procesos de reforma de signo contrario a los impulsados por el neoliberalismo diez años antes.

Dichas reformas pretenden combinar universalidad y justicia social, garantizando que nadie quede fuera del sistema de salud, que la calidad de la atención sea homogénea y que los mecanismos de financiamiento sean orientados por el principio “de cada cual, según sus capacidades; a cada cual según sus necesidades”. La participación popular y la gestión de los servicios de salud profesionalizados son ejes centrales del funcionamiento de los sistemas de salud que se están construyendo en Suramérica.

Dichas reformas pueden generar un cambio gravitante del modelo de atención hacia una estrategia basada en la atención primaria de salud, de manera que convierta las políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad en el centro de los sistemas de salud.

Estamos convencidos de que la estrategia de atención primaria de salud es central para el logro de un sistema que sea eficiente en el uso de los recursos, justo en su distribución y, sobre todo, que contribuya a mejorar la salud de nuestros habitantes, que es la cualidad más importante de un sistema.

Este libro tiene como eje central las experiencias de APS en los doce países miembros de Unasur y hace un análisis transversal del modelo que se comprende como la base de un sistema de salud universal, equitativo y de calidad. Su lectura, sin duda, es altamente recomendable.

Daniel Olesker

Profesor titular del Departamento de Economía
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de la República del Uruguay
Ministro de Salud Pública de Uruguay, 2010 – 2011
Ministro de Desarrollo Social de Uruguay, 2011 – 2015