

**PROPUESTA DEL MODELO DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DEL
PRESTADOR PRIMARIO DEL MIAS**

**“TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR”**

RUTH YURANYS ARMENTA POLO

DANIEL FERNANDO CADENA CASTAÑEDA

DOLLY YAMILE CASTRO IREGUI

DIANA ALEJANDRA GUTIÉRREZ SOGAMOSO

LILIANA MARCELA LOZANO GONZÁLEZ

LEIDY CAROLINA RINCÓN LEÓN

VÍCTOR HUGO RINCÓN CONTRERAS

MARITZA UMAÑA BASTIDAS

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Especialización Medicina Familiar

Bogotá D.C., Enero de 2019

PROPUESTA DEL MODELO DE EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DEL PRESTADOR PRIMARIO DEL MIAS

Línea de investigación Salud Familiar, Medicina Familiar y Atención Primaria

RUTH YURANYS ARMENTA POLO

DANIEL FERNANDO CADENA CASTAÑEDA

DOLLY YAMILE CASTRO IREGUI

DIANA ALEJANDRA GUTIÉRREZ SOGAMOSO

LILIANA MARCELA LOZANO GONZÁLEZ

LEIDY CAROLINA RINCÓN LEÓN

VÍCTOR HUGO RINCÓN CONTRERAS

MARITZA UMAÑA BASTIDAS

Dr. Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

Asesor temático y metodológico

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Especialización Medicina Familiar

Bogotá D.C. 2019

“La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Agradecimientos

A Dios

A nuestras familias

A nuestros docentes

Guía de contenido

Abstract	10
1. Introducción	11
2. Marco Teórico	13
2.1 Sistemas de Salud	13
2.2 Modelos de sistemas de salud	14
2.3 Atención Primaria en Salud	16
2.4 Evaluación en Salud	18
2.5 Evaluación en la APS	18
2.6 Indicadores	19
2.6.1 Indicadores de Estructura	21
2.6.2 Indicadores de Proceso	21
2.6.3 Indicadores de Resultado	22
2.7 APS en otros países	23
2.7.1 Atención primaria en Cuba	23
2.7.2 Atención primaria en España	25
2.7.3 Atención primaria en el Reino Unido	28
2.8 APS En Colombia	31
2.8.1 Marco normativo y legal de la APS en Colombia	31
2.9 Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS	37
2.10 Modelo de prestación de servicios	38

2.10.1 Prestador primario	38
3. Planteamiento del problema	43
4. Justificación	46
5. Objetivos	48
5.1 Objetivo general	48
5.2 Objetivos Específicos	48
6. Propósitos	49
7. Aspectos metodológicos	50
7.1. Tipo de estudio	50
7.2. Población de referencia y muestra	50
7.3 Variables	51
7.4 Hipótesis	51
7.5 Técnica de recolección de la información	51
8. Materiales y métodos	52
9. Plan de análisis	53
10. Aspectos éticos	54
11. Presupuesto	55
12. Cronograma	56
13. Resultados	57
13.1. Resultados revisión literaria	57
13.1.1. Categorías deductivas	60
13.1.1.1. Atención centrada en la persona	61

13.1.1.2. Capacidad institucional del prestador primario: recursos financieros, infraestructura y recursos humanos	64
13.1.1.3. Continuidad	68
13.1.1.4 Coordinación	70
13.1.1.5 Integralidad	73
13.1.1.6 Intersectorialidad	77
13.1.1.7 Primer Contacto	79
13.1.1.8 Resolutividad	83
13.1.1.9 Seguridad	85
13.1.2 Categorías inductivas	87
13.1.2.1 Calidad	87
13.1.2.2 Capacitación	90
13.1.2.3 Impacto del Médico Familiar	92
13.1.2.4 Oportunidad	95
13.1.2.5 Participación comunitaria	96
13.1.2.6 Satisfacción del usuario	97
13.1.2.7 Trabajo en equipo	99
13.2 Resultados entrevistas	100
13.2.1Categorías	deductivas
101	
13.2.1.1Atención centrada en la persona	101
13.2.1.2 Capacidad	102

13.2.1.3 Continuidad	103
13.2.1.4 Coordinación	104
13.1.2.5 Integralidad	105
13.2.1.6 Intersectorialidad	107
13.1.2.7 Primer contacto	110
13.2.1.8 Resolutividad	112
13.2.1.9 Seguridad y gestión de riesgo	115
13.2.2 Categorías inductivas	117
13.2.2.1 Recursos	117
14. Discusión	125
15. Conclusiones	134
16. Lista de referencias	137

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) está dirigida hacia la generación de mejorar las condiciones de salud de la población, así como la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de la atención. Hace parte de la política el Modelo Integral de Atención en salud y así mismo uno de sus componentes operacionales llamado prestador primario. Mencionado esto los investigadores realizan un estudio para proponer un modelo de evaluación del componente del prestador primario del MIAS.

La investigación se planteó como un estudio cualitativo, exploratorio orientado a proponer un modelo de evaluación, para esto se incluyeron profesionales referentes participantes en la evaluación del prestador primario y/o servicios ambulatorios de las EPS Cafam, Sura, Sanitas y Compensar, de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá y del Ministerio de Salud, y artículos que describen modelos de evaluación en atención primaria de algunos países como Brasil, México, Inglaterra, España, Cuba y Canadá. Actualmente Colombia no cuenta con un modelo de evaluación para la calidad del componente del prestador primario, por lo cual el grupo investigador estableció un modelo de evaluación basado en siete pilares los cuales son considerados fundamentales para evaluar y apoyar el proceso de la Atención primaria en Salud de nuestro país.

Palabras clave: evaluación de salud, sistema primario de salud, cuidado primario de salud, herramientas de evaluación de atención primaria.

Abstract

The Comprehensive Health Care Policy (PAIS) is aimed at the generation of improving the health conditions of the population, as well as the regulation of the intervention of sectoral and intersectoral members responsible for care. The Integral Model of Health Care is part of the policy and also one of its operational components called primary provider. Having mentioned this, the researchers carried out a study to propose a model for evaluating the component of the primary provider of MIAS.

The research was proposed as a qualitative, exploratory study aimed at proposing an evaluation model, for this professional reference participants were included in the evaluation of the primary provider and / or outpatient services of the EPS Cafam, Sura, Sanitas and Compensar, of the Secretariat of District Health of Bogota and the Ministry of Health, and articles that describe evaluation models in primary care of some countries such as Brazil, Mexico, England, Spain, Cuba and Canada. Currently Colombia does not have an evaluation model for the quality of the primary provider component, so the research group established an evaluation model based on seven pillars which are considered fundamental to evaluate and support the process of Primary Health Care of our country.

Keywords: health evaluation, health system, primary health care, health indicators, primary care assessment tool.

1. Introducción

Colombia cuenta con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), basada en la integralidad de la atención, que busca tener un sistema que proporcione mejores condiciones de salud de su población, generando acceso a los servicios de salud con calidad, eficacia y oportunidad conforme a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Dentro de la PAIS, está el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el MIAS cuenta con diez componentes operacionales, uno de ellos hace referencia al conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud públicos o privados, se divide estratégicamente en un componente de prestador primario, se encarga de realizar acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, que resuelven los problemas más prevalentes durante el ciclo vital individual; conformado por equipos multidisciplinarios en salud que ofrecen odontología, medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia.

El componente de prestador complementario, encargado de acciones individuales que requieran mayor complejidad para garantizar, integralidad y continuidad en la atención, requiere tecnología y talento humano subespecializado no disponible en el primario, con servicios habilitados de mediana y alta complejidad. El modelo de atención integral en salud, basado en atención primaria centrado en el paciente, familia y comunidad, es un concepto nuevo y es el eje de la política, donde se destaca el papel del prestador primario, sin embargo no se ha diseñado el modelo de evaluación de éste, una vez esté implementado. A nivel mundial, existen instrumentos que han sido validados para evaluar la estrategia de APS y dada la heterogeneidad de las poblaciones, se ha planteado la necesidad de aplicar instrumentos adaptados a cada país.

Ante la implementación de la Política PAIS y dada la relevancia del papel que desempeña el componente del prestador primario en la política, resultó importante para los investigadores conocer ¿cuál será el modelo de evaluación del componente del prestador primario del MIAS?. Para el

modelo de salud colombiano no se ha establecido un modelo de evaluación para la calidad del componente del prestador primario, para lo cual el grupo investigador propone un modelo de evaluación basado en una amplia revisión bibliográfica así como la opinión de referentes de distintas instituciones de salud de Colombia los cuales permitieron establecer aquellas categorías que deberían ser incluidas para evaluar con calidad la atención primaria.

2. Marco Teórico

2.1 Sistemas de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es “una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población”, incluyendo diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud (Segui, Toledo y Jiménez, 2013, p.419). Entre estas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción.

Según la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse por:

- Ser universal, entendiéndolo como la cobertura total de la población.
- Prestar una atención integral que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Ser equitativo en la distribución de los recursos.
- Ser eficiente.
- Ser flexible para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- Ser participativo: toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

Un sistema de salud que funcione bien debe responder de manera equilibrada a las necesidades y expectativas de la población con los siguientes objetivos (Segui et al., 2013):

- Mejorar el estado de salud de los individuos, las familias y las comunidades.
- Defender a la población ante amenazas para su salud.
- Proteger a las personas ante las consecuencias económicas de la enfermedad.
- Proporcionar un acceso equitativo a un cuidado centrado en la persona.

- Hacer posible que las personas participen en las decisiones que atañen a su salud y al sistema sanitario.

2.2 Modelos de sistemas de salud

Existen diferentes modos de clasificar los sistemas de salud, sin embargo uno de los principales y más conocidos se da en función de los sistemas de protección social (privados o públicos), considerando la asistencia sanitaria como un bien privado frente al reconocimiento de la salud como un derecho. Para los primeros, la financiación de la asistencia estará basada en el pago directo o en la compra voluntaria de una póliza de seguros. Por el contrario, el entender la salud como un derecho implica una transformación del sistema de financiación y, por ende, de la organización, gestión y la estructura del sistema sanitario (Le Bonniec Yves. 2002).

Debe destacarse que ningún país tiene un modelo único y exclusivo. En general coexisten diferentes modelos en proporciones diferentes, para patologías y servicios diferentes, entre los que se encuentran:

a) Seguros sociales

Surge en Alemania en 1883, por adaptación del canciller Bismarck, en donde su característica clave es que los diferentes componentes que conforman el estado de bienestar derivan de la relación laboral. El sistema se financia mediante cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores y la colaboración del Estado es variable. Los beneficiarios son los cotizantes y las personas dependientes de ellos. La vinculación a los proveedores es por contrato. El pago a los proveedores se hace mediante contratos y por número de servicios. Existe libertad de negociación entre usuarios, proveedores y aseguradores (Segui et al., 2013). Hoy en día está presente en varios países del centro de Europa (la «Europa liberal») como Alemania, Francia, Bélgica o Austria.

b) Servicio (sistema) nacional de salud

Es conocido como el Sistema Beveridge, que fue un economista británico que fijó las bases del futuro Estado de bienestar en el Reino Unido, y en el que se considera que todo ciudadano, por el simple hecho de serlo, tiene derecho a participar de los beneficios de la economía, y que es responsabilidad del Estado asegurarle el acceso a estos, incluyendo las prestaciones sanitarias (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España, 2012).

El sistema se financia principalmente mediante impuestos y la asignación de los recursos se hace a través de los presupuestos generales del estado. La universalidad y la equidad son las bases del sistema. Todos los ciudadanos son beneficiarios, con independencia de su actividad laboral.

c) Libre Mercado

Es el sistema predominante en EE.UU. La salud se concibe como un bien de consumo. La mayoría de los centros sanitarios son privados, existe una desregulación de la provisión de los servicios sanitarios. La principal fuente de aseguramiento son las empresas con cofinanciación de los trabajadores y de los empresarios, pero coexisten con seguros privados. Pese a la predominancia del sistema de libre mercado, también existen subpoblaciones que se benefician de pequeños sistemas nacionales de salud o de seguridad social; por ejemplo, en EE.UU., el Estado garantiza la cobertura y la financiación de los mayores de 65 años, militares, nativos americanos y de los pacientes con insuficiencia renal crónica (Medicare) y de los pobres (Medicaid) (Klees, Wolfe, Curtis. 2010).

2.3 Atención Primaria en Salud

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». La atención primaria en salud es definida como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (OMS, 2009). Sin embargo, esta definición no fue interpretada de la manera adecuada por parte de los gobiernos, quienes consideraron que este tipo de atención sería la prestación de salud a las personas de bajos recursos y con mala calidad, además que la atención primaria solamente sería prestada en el primer nivel de atención.

La política de Salud para todos en el año 2000 propuso que los gobiernos y sus sistemas de salud tengan como base 4 pilares y orientaciones normativas con las cuales se logrará que la atención primaria en salud sea una realidad. Estas orientaciones son:

Cobertura universal: todas las personas deben tener acceso a salud, según los requerimientos personales.

- Servicios centrados en las personas: reorientar aspectos de la atención en salud en la cual se limita la fragmentación y se considera las prestaciones de atención de servicios en la comunidad.
- Políticas públicas saludables: el sector sanitario tiene gran influencia en la afectación de salud, pero también otros sectores como educación y medio ambiente los cuales deben integrarse.
- Liderazgo: los actuales sistemas de salud no se encaminan de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos). Así pues, más que mandar y controlar, el liderazgo tiene que negociar y dirigir. (OMS, 2009).

Se ha realizado la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países de bajos recursos, por lo cual la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud han planteado momentos de renovación en esta estrategia. (OPS, 2007).

La OPS señala que la reorientación de los servicios de salud sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben:

- Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación.
- Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social.
- Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrareferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención. (OPS, 2007)

La APS fue establecida como una estrategia de salud la cual proporciona una serie de valores y principios, con nociones conceptuales desde el punto político y económico, con instrumentos eficaces que permitan organizar y operar servicio de atención en salud integral y centrarlos en la persona, la familia y la población. (Vega, Acosta, Romero, Restrepo, 2009).

Actualmente, el enfoque de Atención Primaria Integral de Salud*, APIS ha sido también reivindicado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS como estrategia clave para actuar sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud (OMS, 2008). Este tipo de enfoque incluye el primer nivel de atención de las personas, pero extendiendo sus acciones a la familia, a la comunidad y a sus contextos, se articula con niveles secundarios y terciarios del sistema de salud pero no se reduce a la curación, rehabilitación, prevención y promoción dentro del

sector salud, sino que compromete la acción de las comunidades y otros sectores para afectar los determinantes sociales y ambientales de la salud en función de las necesidades y expectativas de la población (Vega, Acosta, Romero, Restrepo, 2009).

2.4 Evaluación en Salud

Desde una perspectiva general, el término “evaluación” hace referencia a la determinación sistemática del mérito, el valor y el significado de algo o alguien en función de unos criterios respecto a un conjunto de normas. En salud, la evaluación es un instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y para posibilitar que la toma de decisiones sobre los servicios se base en la evidencia.

Donabedian (1984) define calidad como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Señala que ésta puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes.

2.5 Evaluación en la APS

Para Villalbi durante la implementación de la APS en Cataluña han surgido diferentes modelos de evaluación por diferentes organizaciones sanitarias, según las diferentes formas de provisión de servicios. Existe una gran variabilidad entre los equipos de atención primaria, no sólo por la diversidad de las poblaciones atendidas sino por la pluralidad de proveedores, la diversidad de formas de organización, la limitación de recursos y la dinámica de gestión y organización cotidiana de los centros. Es diferente la perspectiva que tienen los profesionales de la atención primaria*, los que compran servicios y los proveedores (Villalbi, 2003).

Autores como Starfield y Villalbí consideran que toda evaluación de la APS ha de valorar de forma específica la capacidad asistencial o estructura, la práctica o proceso (tanto por lo que se refiere a la provisión de la atención por parte de los profesionales como a su recepción por parte de la población), y el producto o resultados de la atención. Que la evaluación integre y relacione estos tres aspectos es fundamental para que pueda ser útil en la toma de decisiones y permita garantizar una oferta de servicios orientada a la equidad y la eficiencia. La evaluación parcial y aislada de algunos aspectos concretos sin una visión integral no permite comprender el significado de los hallazgos y, por tanto, no sirve para mejorar. (Villalbi, 2003) (Starfield B, 2001). Estas tres dimensiones mencionadas son objetivadas a través de indicadores.

2.6 Indicadores

Teniendo en cuenta que el mejoramiento continuo de la calidad es la forma por la cual se constituyen mejores prestadores primarios, se ofrecen mejores atenciones y se obtienen mejores resultados en salud, un nuevo enfoque del monitoreo para la calidad debe estar basado en la aplicación de indicadores, que a su vez están orientados a obtener los mejores resultados, fortalecer la gestión del riesgo, a una atención más segura y mejores experiencias (percepciones) por parte de los usuarios en la prestación de los servicios.

Recibe el nombre de indicador según el DANE 2009, una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite la descripción de características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de una relación entre variables, para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas a través del tiempo.

La OMS los ha definido como: "variables con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría".

Los indicadores se constituyen en instrumentos y sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con la atención en salud, conocer su desempeño, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. El Ministerio de Protección Social y Salud argumenta que estos deben cumplir con tres características:

- Simplificación: si bien tiene una aplicación multidimensional (económica, estructural, procesos, etc.), un indicador no las abarca todas.
- Medición: facilita la comparación de una característica o dimensión de estudio con respecto a patrones de referencia o su evolución a través del tiempo.
- Comunicación: debe brindar información para la toma de decisiones.

Según Reynales Londoño, además de las características descritas, existen otras cualidades que les confiere confiabilidad y justifican su costo en el cual se incurren con su obtención y análisis:

- Validez: debe medir realmente lo que desea medir.
- Confiabilidad: al realizar la medición por diferentes observadores debe evidenciar resultados similares del mismo indicador.
- Comprensibilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- Sencillez: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.
- Sensibilidad: ser capaz de captar los cambios
- Especificidad: ser capaz de reflejar o evidenciar los cambios ocurridos en una determinada situación.
- Relevancia: sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente.
- Precisión: la medición se desvía poco o nada del valor real.

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y

resultado y sus indicadores para evaluarla, las cuales generan reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad de un servicio.

Estas dimensiones se definen según la propuesta de Donabedian: (1990. La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana)

2.6.1 Indicadores de Estructura

Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención. Miden cómo el Sistema de Salud está organizado y equipado, permitiendo saber si los recursos están disponibles y organizados, para facilitar la atención al usuario. Aquí se incluyen aspectos como (Donabedian):

- Cantidad y calidad del personal
- Equipos e instrumentos
- Recursos financieros
- Instalaciones físicas
- Normas
- Reglamentos y procedimientos
- Sistemas de información

2.6.2 Indicadores de Proceso

Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo. Estos se focalizan en el cómo la atención es otorgada, midiendo si todos los pasos de un proceso se hicieron correctamente y en donde su construcción presupone conocer el inicio y el término de los procesos y todas sus etapas.

Algunas de las dimensiones a estudiar:

- Acciones del personal
- Uso/utilización de los servicios
- Acciones de los pacientes
- Precisión
- Oportunidad
- Productividad
- Rendimiento
- Calidad
- El proceso de comunicación
- La aplicación de procedimientos

2.6.3 Indicadores de Resultado

Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Estos miden la efectividad de la atención; el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado. Pueden reflejar aspectos deseados o adversos, siendo estos últimos son los más fáciles de medir e identificar. Se caracterizan por ser los Indicadores más usados en el Sistema de Salud. Aquí se tienen en cuenta características como:

- Cobertura
- Eficacia
- Eficiencia
- Cumplimiento de indicadores
- Gastos

- Acreditación institucional
- Satisfacción de los usuarios en la atención

En Colombia, el seguimiento de los indicadores en calidad de la atención de los servicios de salud se ha realizado desde lo definido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), establecido en el Decreto 1011 de 2006.

La Resolución 1446 de 2006 definió un conjunto de indicadores para las Instituciones prestadoras de servicio (IPS) centrados en aspectos relevantes como la oportunidad / accesibilidad, calidad técnica, gerencia de riesgo y satisfacción / lealtad. Sin embargo, también se busca la evaluación de qué tanto todos los integrantes del SGSSS intervienen en los resultados, de tal manera que los modelos de gestión se enfoquen en la excelencia del sistema.

En coherencia con lo anterior, el Ministerio expidió la Resolución 256 de 2016, a partir de la cual se actualiza el Sistema de Información para la Calidad (SIC) y se definen los indicadores para el monitoreo de la calidad, proponiendo 4 dominios: efectividad, gestión de riesgo, seguridad en la atención y experiencia de la atención. Sin embargo, es claro tener en cuenta que en Colombia estos indicadores son organizados con el fin de evaluar servicios y proveedores en términos de habilitación de servicios y acreditación institucional, mas no se tienen en cuenta si estos aseguran que exista una coherencia con la atención primaria en salud y se requieren definir unos específicos para evaluar la implementación del componente del prestador primario.

2.7 APS en otros países

2.7.1 Atención primaria en Cuba

A lo largo de los años setenta se crearon policlínicas en todo el país, unos años antes de la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978 de la Organización Mundial de la Salud, en la que se

pedía “salud para todos” mediante un acceso equitativo y universal a servicios de salud –en otras palabras– un enfoque de la atención primaria de salud (OMS).

En Cuba, las policlínicas comunitarias son el pilar fundamental del sistema de atención primaria de salud, son 498 en todo el país, cada una de las cuales tiene una zona de captación de entre 30.000 y 60.000 personas. Cada policlínica proporciona servicios de salud a una zona geográfica específica. Esas policlínicas operan además como nodos organizacionales de entre 20 y 40 consultorios de médicos y enfermeras de familia de vecindad, y como centros acreditados de investigación y docencia para estudiantes de medicina, enfermería y otras ciencias de la salud. (OMS)

La estrategia de la atención primaria en salud en Cuba es “la columna vertebral del sistema de salud” como lo dice su directora, pues busca no solo proporcionar una atención universal a todos los niveles sino también brindar atención integral y de calidad. (OMS)

En los años noventa, el programa contaba con médicos y enfermeras de familia en todo el país y llegó a atender así a las necesidades de más del 95% de la población.

Inicialmente se ofrecían especialidades, entre ellas dermatología, psiquiatría y cardiología, además de la medicina de familia y la medicina interna, pediatría, y obstetricia y ginecología. (OMS).

Hacia el 2008 se generan cambios en la atención primaria en dadas las necesidades de la población, generando así la inclusión de servicios como rehabilitación, radiología, ecografías, endoscopia, planificación familiar, urgencias odontológicas, optometría, trombolisis, servicios de urgencia, traumatología, laboratorios clínicos, atención materno infantil, inmunización y atención a los diabéticos y a las personas de edad avanzada, servicios que previamente sólo eran ofrecidos por los hospitales. (OMS).

Desde el 2013 Cuba cuenta con unos 33 000 médicos de familia. La especialidad de medicina de familia constituye un requisito para más del 97% de los licenciados en medicina, que

tras acabar sus estudios deben pasar un año como internos y dos como residentes para completar su formación. (OMS)

Actualmente aproximadamente la mitad de los consultorios de médicos y enfermeras de familia siguen estando dirigidos por médicos; y la otra mitad por enfermeras orientadas en su labor por el médico de familia de la zona. Actualmente hay unos 2500 pacientes por consultorio dirigido por un médico en el nivel de atención primaria*, con el respaldo de estas enfermeras. (OMS).

Se está acelerando la formación de nuevos médicos de familia con el fin de disponer de suficiente personal que permita cumplir con las necesidades de la población. (OMS).

2.7.2 Atención primaria en España

La atención primaria pública en España forma parte del sistema público integrado, que cuenta con sus propios centros y personal. Su gestión se realiza fundamentalmente a nivel de las áreas y los centros de salud, a través de órganos específicos de gestión de AP, y su organización se basa en las zonas básicas de salud, que son la unidad territorial más pequeña dentro del sistema sanitario. (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

A principios de los años 80, la creación de la medicina de familia como especialidad médica contribuyó a elevar sus estándares profesionales, proporcionando una identidad profesional distintiva. Los médicos generales o de familia (MG) son el primer contacto de la población con el sistema sanitario. Estos médicos son los encargados de examinar los pacientes y proveer el diagnóstico y el tratamiento. Y también si es necesario, derivan pacientes a los servicios especializados. A pesar del papel de puerta de entrada de los médicos generales, los pacientes no necesitan ser remitidos si desean una valoración por obstetricia, odontología y en algunos casos a oftalmólogo. El sistema busca que los pacientes que han recibido asistencia especializada vuelvan a

su médico de atención primaria, quien entonces asume la responsabilidad del seguimiento del tratamiento, la repetición de las prescripciones etc. (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

Los pacientes tienen derecho a elegir a su médico general dentro de su área de salud o de otras áreas siempre y cuando el médico elegido acepte la inclusión del paciente en su lista de pacientes a tratar. Lo anterior teniendo en cuenta los múltiples compromisos que tiene el personal médico pues los médicos generales también son los encargados de realizar las visitas a domicilio y, aunque reciben honorarios capitativos, la cantidad recibida por cada paciente es mínima, lo que limita en ocasiones la aceptación de pacientes. (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

La asistencia primaria* es generada por dos modelos que han existido por décadas y perduran hasta la actualidad, dos redes diferentes – el modelo tradicional y el modelo reformado – con una oferta de servicios ligeramente diferente y con sus propios sistemas de pago. El modelo tradicional es la red asistencial más antigua y de menor presencia. El modelo reformado representa un abordaje multidisciplinario de los problemas de atención primaria de salud, basado en el trabajo en equipo. (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

El sistema tradicional dependía de un médico general trabajando individualmente en régimen de tiempo parcial (2,5 horas al día, más un tiempo adicional para cubrir la asistencia a domicilio). Su sistema de remuneración se basaba tan sólo en los pagos capitativos en relación a una lista determinada de pacientes y sus funciones eran exclusivamente curativas. El apoyo diagnóstico y administrativo era bastante escaso y los médicos y los enfermeros no tenían una

formación específica en asistencia primaria. Tampoco se mantenían historias clínicas y, el seguimiento era bastante raro. (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

El nuevo modelo reformado se basa fundamentalmente en el trabajo en equipo, o práctica de grupo, ya que el desarrollo de la APS no puede centrarse de forma exclusiva en los profesionales médicos. Esta afirmación categórica implica la necesidad de reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los componentes de los equipos de salud en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la APS y, por tanto, en la consecución de los objetivos y la generación y evaluación de los resultados obtenidos. La composición de los equipos de salud no puede responder a criterios con validez universal y, por el contrario, debe adaptarse a las posibilidades y necesidades locales, de su ámbito de actuación. (Martín zurro 2011).

El equipo de Atención Primaria trabaja en un régimen de jornada completa con remuneración salarial que, se complementa con un sueldo adicional correspondiente a honorarios capítativos (el 15% del total del salario). En cada zona de salud, existe un Centro de Salud, dotado por un Equipo de Atención Primaria (EAP) que provee los servicios. Los médicos deben realizar tres años de formación especializada en medicina de familia, además de los seis años requeridos para obtener la licenciatura en medicina. Las funciones asignadas formalmente a los equipos de atención primaria son más comprensivas, y cubren la prevención y promoción de la salud, la asistencia curativa y la rehabilitación. La asignación de pacientes es por listas lo que permite asegurar que los pacientes puedan mantener una relación personal con su médico de cabecera, así como un seguimiento adecuado. Cada EAP está dirigido por un coordinador, uno de los médicos generales que forma parte del equipo y que asume tanto las tareas clínicas como las de gestión. (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras

en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

Mientras estas características son compartidas por muchos países europeos, un rasgo específico de la atención primaria* en España es de la provisión de servicios es de propiedad pública en un cien por cien, en cuanto a las instalaciones y personal, con médicos generales públicos retribuidos a través de salario. Sólo tres países en Europa occidental tienen un modelo de provisión similar (Finlandia, Portugal y Suecia). (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

La nueva red EAP es percibida en España, como más dinámica, con un mayor énfasis en el uso de historias y protocolos clínicos, una reducción en las prescripciones y las remisiones, y una mayor dedicación de tiempo al paciente, asegurando con todo ello un aumento de la calidad del servicio. (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata, 2006).

2.7.3 Atención primaria en el Reino Unido

El nuevo modelo surge como reacción al modelo Bismarkiano alemán. Surge con el objetivo de proteger sanitaria y económicamente al trabajador, en caso de accidente y durante los periodos de enfermedad y jubilación. El NHS surge como un modelo alternativo caracterizado por la financiación a través de impuestos y la universalidad de la asistencia sanitaria. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

El NHS de Reino Unido es similar al de España, existen centros de salud de características y funcionamiento similares, existen «walking-centres» o centros sanitarios donde las personas pueden acceder sin tener que solicitar citas previas para solucionar problemas de salud, al igual que cuentan

con el NHS Direct que es un servicio de consulta que se presta de manera telefónica y finalmente tienen a disposición centros de atención continuada (manejados por el gobierno) que son los encargados de prestar servicios en el momento que los hospitales y centros de salud están cerrados. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

Por lo general el servicio de salud se realiza por medio de entidades públicas aunque también existen entidades privadas. El 83% del gasto sanitario es financiado por medio de los impuestos, de igual forma existe un sistema de capitación que asigna un presupuesto a cada zona de salud y a cada centro de salud. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

En el Reino Unido al igual que en España la atención primaria es la puerta de entrada a los diversos servicios sanitarios. El médico de AP o general practitioner (GP) es la figura clave en el NHS. El ciudadano tiene la obligación de inscribirse en un centro de salud el cual le prestará diversos servicios tanto de salud como de otro tipo no relacionados con la asistencia sanitaria. La diferencia con respecto al modelo sanitario de España radica en que el usuario británico puede decidir el centro de salud al cual desea acudir y de igual forma el profesional es libre de decidir la población a tratar y con el fin de que no se genere discriminación alguna en la selección de los pacientes el gobierno da un incentivo al profesional que acoja población con problemas como drogadicción, pacientes violentos entre otros. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

El cupo de personas por médico es alrededor de 1.432 pacientes. Para el 2009 el número de GP en Inglaterra era de 40.279, es decir unos 2-2,7 médicos por 1.000 personas. En cuanto a las funciones realizadas por los GP en Reino Unido son similares a la de los médicos españoles. Ya mirando Reino Unido la prevención y la promoción de la salud están más desarrolladas que en España. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

A nivel de estructura la AP es similar a la española, los centros de salud pertenecen a un área de salud que a su vez pertenece a una región sanitaria. El Reino Unido al igual que España también está distribuido por regiones: Gales, Escocia e Inglaterra. Esta división ha generado una

desigualdad marcada en el acceso a los distintos servicios y diferente financiación de tratamientos. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

El Reino Unido a diferencia de España tiene un punto a su favor pues la composición de la AP, es decir sus centros de salud no es determinada por el Estado sino que se constituyen de la asociación de médicos que se unen y forman un equipo. Entonces dependiendo de las necesidades de servicios sanitarios que la población vaya necesitando así mismo se va dotando el personal (enfermería, terapeutas, matronas, etc.) permitiendo así un mejor trabajo en grupo y una mejor respuesta a las necesidades poblacionales. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

Los centros médicos son financiados por un monto que le es entregado por el gobierno el cual sirve para el cubrimiento de los sueldos de los profesionales, los gastos del centro médico y las negociaciones con los diferentes hospitales donde los pacientes se realizan estudios complementarios. El monto anual correspondiente a cada hospital depende del número de población que tenga a cargo, de los pacientes con patologías crónicas que trate y si se trata de zona rural o urbana. El acceso a medicamentos y pruebas adicionales es muy restringido (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

Para la atención de urgencias el paciente es derivado a su GP o a un walking-centre si el triaje realizado en el hospital es considerado tratable en AP. La ciudadanía de la unión europea tienen los mismos derechos que los británicos cosa que no sucede con los extrajeros o indocumentados, estos últimos solo pueden acceder a los servicios de urgencias. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

El GP es el profesional que abre la puerta a la atención especializada mediante un mensaje enviado por internet, el paciente puede elegir el especialista y el lugar donde desea ser atendido aunque la distancia limita la elección. De igual forma en el centro de salud se encuentra personal de enfermería encargado de hacer prevención, seguimiento de enfermedades crónicas y manejo de enfermedades menores pues en algunas ocasiones les es permitido realizar formulación. Otra

persona que constituye el equipo es la matrona quien es la encargada de realizar el seguimiento del embarazo, el parto y el postparto. Es importante aclarar que en los centros de salud del Reino Unido no existen pediatras pues los GP realizan la labor de estos, aunque existe sin embargo la figura del health visitor, quien es la mezcla profesional entre un pediatra, una matrona y una enfermera y tiene la tarea de realizar el seguimiento del niño en el centro de salud, en el domicilio y en el colegio siempre en compañía del GP. (La atención primaria en el Reino Unido, 2015).

Desde la perspectiva de la revisión de estos tres países se considera que la APS es parte esencial de sus sistema sanitario público, integral y de calidad, siendo la puerta de entrada de los usuarios, por medio de los centros de salud o policlínicos los cuales pertenecen a una área geográfica específica y tienen a cargo un número de población asignada, lo que permite generar una atención continuada y segura de los pacientes. Dentro de los servicios ofertados por la APS encontramos: Medicina Familiar, General, Gineco - Obstetricia, Enfermería, Planificación Familiar, Odontología entre otros. Además estos equipos desarrollan docencia e investigación.

2.8 APS En Colombia

2.8.1 Marco normativo y legal de la APS en Colombia

La atención primaria en salud (APS) en Colombia se empezó a implementar desde 1981. Sin embargo, con la promulgación de la Ley 100 de 1993 (por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, que tiene como objetivo garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad) esta estrategia desapareció del escenario nacional (Ruiz Rodríguez, M., 2011), se produjo un retroceso en los adelantos alcanzados en la APS integral, pues se la redujo a simple atención clínica y a un paquete básico de acciones en Salud Pública.

Con la aplicación de la Ley 100, se tomó partido por un sistema basado en el aseguramiento con componentes de libre mercado, en detrimento de la posibilidad de un sistema único de salud. Esto redujo la salud pública a bienes con altas “externalidades positivas” incluidas en el Plan de

Atención Básico (PAB) y designó las demás actividades de atención médica a las personas como bienes privados o mixtos (incluidos en el Plan Obligatorio de Salud [POS]), y por los cuales se debía pagar una cotización. Estos resultados, mostraron un sistema segmentado, fragmentado y de cobertura parcial (Secretaria de Salud de Bogotá, 2012).

A pesar de ello, uno de los grandes logros con el Sistema General de Seguridad Social en Salud es la cobertura universal, la cual es del 97 al 98% en la actualidad, sin embargo existe una muy baja utilización de los servicios de naturaleza preventiva, demostrado por el porcentaje de pacientes hospitalizados a lo largo de un año en Colombia que es del 10.5% en comparación con otros países como Brasil 5% y México 4.5%, lo cual representa la resolución de problemas a nivel hospitalario y no de una manera organizada en centros de prevención y manejo precoz de enfermedades. Esto representa una carencia importante en la oferta de prestadores primarios resolutivos que racionalicen el uso de los servicios de salud. (Ayala, 2014).

Los problemas actuales del sistema de salud son (Ministerio de salud y protección social en Colombia. 2013):

- Sistema enfocado en la enfermedad y no en salud
- Alta carga de enfermedad
- Inequidad en salud regionales y poblacionales
- Fragmentación y desintegración en la atención
- Poca resolutividad en los niveles primarios de atención
- Falla de mercado
- Fallas regulatorias
- Desafíos de sostenibilidad financiera
- Desconfianza de la población hacia los servicios de salud con insatisfacción.

Actualmente el paciente lucha contra el sistema con el fin de obtener la consecución de medicamentos, exámenes o valoraciones médicas, y en donde el mismo gestiona su servicio en un

contexto de vulnerabilidad y enfermedad. Esto es resaltado en el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección Social, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud y para auditar “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios.

Buscando dar un viraje que acerque a la estrategia de atención primaria en salud a nuestro sistema, se emite la Ley 1438 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social, que tiene como objetivo el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

El Plan de Desarrollo Nacional propone que el Ministerio de Salud ponga en marcha la estrategia Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS, la cual busca orientar las respuestas del sistema de salud y delimitar su regulación (UniValle, 2015). La puerta de entrada del sistema de salud pretende afectar las relaciones entre prestadores y pagadores para garantizar el acceso oportuno, de calidad, integral y continuo a los servicios de salud de baja y media complejidad tecnológica y a bajo costo (Secretaría de Salud de Bogotá, 2012). Todo lo anterior realizado en el marco de la ley estatutaria. (Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de la Salud)).

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección”. Fue promulgada como un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud y constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano. La Ley Estatutaria

hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental. Adopta así mismo, un enfoque colectivo de la salud presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas (art. 2°), como en las obligaciones del Estado (art. 5°). (Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de la Salud)).

Destaca en cabeza de este, la formulación y adopción de “políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales” (art. 5°, lit. c). Los principios (art. 6°) resaltan además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los “determinantes sociales de la salud que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida” (art. 9°, art. 20). (Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de la Salud)).

Por su parte la Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015) retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud. En el artículo 65 se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial, siendo de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud. Dicha Ley especifica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. La política de atención integral en salud se convierte en el puente entre seguridad social y Sistema de Salud. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS) ; ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. (Ley 1753 de 2015).

Para la aplicación de la Política de Atención Integral en Salud es necesario disponer de un marco de referencia sobre la arquitectura y funcionalidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el fin de diseñar los mecanismos que permitan su adaptación a los objetivos del Sistema de Salud, tal como está planteado en la Ley Estatutaria de Salud. Adicionalmente, es necesario, abordar dos importantes condicionantes del Sistema: el modelo de financiamiento y su descentralización administrativa. (PAIS - Minsalud, 2016).

El sistema colombiano es uno de los más descentralizados que existen. Es descentralizado en su estructura funcional tanto en el sentido vertical (del Estado al asegurador y al prestador) como en el sentido horizontal, entre los diferentes agentes que lo conforman. Dada esa estructura, su mayor vulnerabilidad proviene de la fragmentación en la interacción entre los agentes. Por esa razón el rol regulador del Estado es central para mantener un funcionamiento armónico y orientado hacia sus objetivos. (PAIS - Minsalud, 2016).

Como componente sustancial de la política está la acción del Estado a partir de su facultad para regular el financiamiento del Sistema. Esta regulación tiene como objetivo central la salud de la población y determina las acciones principales de respuesta del Estado que determinan el derecho a la salud, de acuerdo con los principios y definiciones de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015). No puede entenderse el derecho a la salud solamente como el derecho de cada individuo. Es evidente que los individuos también compiten por su propio interés. Por tanto el derecho a la salud debe entenderse primero como una norma social, después como el derecho de cada ciudadano.

Los contenidos de esta nueva política de atención, son la construcción de un marco estratégico y un instrumento operativo llamado el modelo integral de atención en salud o MIAS, que es la forma en que le decimos al sistema cómo debe operar y los diferentes agentes que lo componen.

La política de atención integral en salud se basa en la intervención de los determinantes sociales de la salud y busca integrar las entidades territoriales, EPS y la red de IPS. El centro de este

sistema es el individuo siendo este y la familia el núcleo de las acciones que se hagan dentro del sistema con una posibilidad dentro de las estrategias y diferenciación entre zonas urbanas y rurales, basado en atención primaria con enfoque de salud familiar y comunitaria enfocando los riesgos y el autocuidado de salud. A lo largo del tiempo se ha transmitido a las personas que el cuidado de la salud reside en instituciones extrínsecas, lo cual es un error, sino que se debe promover el autocuidado como método de obtener salud con actividades como actividad física y alimentación. El elemento que enlaza los entes intersectoriales es la gestión integral de riesgo en salud, incluyendo riesgos individuales y colectivos (PAIS - Minsalud, 2016).

La resolución 0429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establece y adopta la Política de Atención Integral en donde su objetivo está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

El modelo en su funcionamiento busca:

- Acceso e integralidad en el proceso de atención.
- Mayor resolutiveidad en primer nivel de atención en IPS asignada con equipo de atención primaria con énfasis en medicina familiar.
- Red que garantiza servicios de alta complejidad, estables y con procesos unificados y ubicados en su entorno territorial.
- Autorización integral para la atención dentro de un grupo de riesgo o enfermedad.
- Integración entre las acciones colectivas e individuales.
- Condiciones uniformes y racionales de competencia en el territorio.
- Mayor rectoría sobre el sistema.
- Estabilidad en condiciones de la prestación.

El modelo de atención está planteado desde rutas de atención, de las cuales existen 16 rutas más una red de promoción y mantenimiento de la salud, integrando de la prevención hasta la paliación.

2.9 Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas (Min Salud, 2016)

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias (Min Salud, 2016).

El MIAS se define entonces como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades. (PAIS - Min Salud, 2016).

El modelo cuenta con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del recurso humano en salud, los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento (PAIS - Minsalud, 2016).

2.10 Modelo de prestación de servicios

La prestación de servicios se define como la combinación de insumos, bajo una estructura organizacional particular, que conduce a una serie de productos, dentro de los que destacan los cambios en el estado de salud y en la calidad de vida de los pacientes. Esta función, que es la que típicamente se identifica con los sistemas de salud, se divide en dos grandes componentes: la prestación de servicios de salud a la persona (servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación) y la prestación de servicios de salud no personales o dirigidos a la comunidad (promoción de la salud, servicios sanitarios, servicios de vigilancia y control epidemiológicos). (PAIS - Minsalud, 2016).

En Colombia, el MIAS propone para la prestación de servicios organizados en redes con prestadores primarios y complementarios, los cuales explicaremos en qué consisten aunque en esta ocasión nuestra prioridad es el desarrollo del componente primario. (PAIS, 2016)

2.10.1 Prestador primario

El prestador primario es la puerta de entrada al SGSSS para las personas, familias y colectivos; es considerada como la unidad funcional y administrativa que organiza y gestiona

integralmente el cuidado primario. Los prestadores primarios contribuyen a con los procesos de gestión individual del riesgo en salud así como algunas intervenciones colectivas. (PAIS, 2016)

Toda persona que esté afiliada al sistema de seguridad social debe estar adscrita en un prestador primario, el cual estará capacitado para identificar y analizar todas las necesidades en salud, resolver los problemas más frecuentes y gestionar las respuestas que requieren de la intervención de los prestadores del componente complementario. De igual forma contará con un equipo de salud que dentro de ese prestador garantice la cobertura de los riesgos asignados al prestador primario dentro de las Rutas Integrales de Atención. (PAIS, 2016).

El Prestador Primario trabajara en conjunto con el resto del componente primario de la red y con el componente complementario de la red, como parte de dichas redes integrales de prestadores de servicios de salud, las cuales requieren la integración en los procesos de información clínica y los flujos de servicios y pacientes al interior de la red y entre sus componentes, todo esto bajo la evaluación y supervisión interna de un nodo de gestión con el fin de velar por mantener las condiciones de la red. (PAIS, 2016)

La atención brindada al afiliado debe ser en condiciones de cercanía a su lugar de residencia, siendo libre de escogencia del personal médico tratante, el cual tendrá establecido por el ministerio de salud el número máximo de afiliados a tratar según las condiciones del territorio, la oferta de servicios disponible y las características de la demanda, incluyendo el perfil epidemiológico de la población. (PAIS, 2016).

A nivel individual el prestador primario presta servicios que incluyen promoción de la salud, protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad, urgencias y cirugía de baja y mediana complejidad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna y cirugía. Y según las necesidades de la población, los prestadores primarios podrán incluir otras especialidades básicas. (PAIS, 2016).

En el ámbito colectivo, familiar y comunitario, al prestador primario se encarga de la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos establecidos por las RIAS y las disposiciones establecidas para la gestión de la salud pública. (PAIS, 2016)

El prestador primario tendrá organizado el talento humano en equipos multidisciplinarios en salud (EMS), que tendrán a su cargo familias adscritas y serán los encargados de lo correspondiente a este nivel. Con el fin de incrementar la capacidad resolutive del prestador primario, además de la intervención familiar y comunitaria, es necesario incrementar su capacidad tecnológica, lo anterior requiere énfasis en dos aspectos críticos:

- a) Ampliación de las competencias de todo el equipo de atención primaria, en particular el médico general hacia sus capacidades en medicina familiar.
- b) Ampliación de las capacidades tecnológicas mediante la introducción de pruebas rápidas diagnósticas, además de las plataformas de telemedicina y sistemas de información. De igual forma el prestador primario es responsable de coordinar y hacer seguimiento en las diferentes componentes que constituyen la red primaria y complementaria. (PAÍS, 2016)

Las funciones establecidas para el prestador primario son medidas por medio de resultados, he aquí la importancia de tener conocimiento de estas:

- Resultados en salud para la población a su cargo en relación con el manejo de los riesgos para la salud, el manejo de las enfermedades y lesiones agudas, y el manejo de la enfermedad crónica.
- La prestación de servicios a conjuntos homogéneos de condiciones y enfermedades considerando el curso de vida y las patologías más frecuentes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población y la priorización de condiciones a intervenir.

- La estandarización de conjuntos homogéneos de pruebas y procedimientos médicos y quirúrgicos a partir de las RIAS y sujetos potenciales de autorización integral.

La definición de las actividades principales a desarrollar a partir del enfoque adoptado de salud familiar y comunitaria que incluya acciones de inducción de demanda, protección específica, atención institucional y domiciliaria, gestión clínica del riesgo en salud, valoración y seguimiento comunitario y coordinación con las entidades territoriales, mecanismos de articulación del componente primario y componente complementario de la red, dado por el manejo compartido de historia clínica, telemedicina, teleasistencia y cuidado en casa, así como manejo comunitario del riesgo y la enfermedad. De igual forma contar con medicamentos e insumos, recursos, tecnologías y mecanismos de seguimiento y evaluación de los resultados y actividades que realiza tanto individualmente como en el componente primario de la red de atención.

El prestador primario no solamente está constituido por un único prestador de servicios que desarrolla todas las actividades de atención primaria, sino que hace parte de una red integral de prestadores de servicios de salud de la red integral, el cual, de acuerdo a las condiciones de oferta y demanda, adopta su infraestructura, recursos y procesos. Dentro de las anteriores está incluido:

- Atención comunitaria que se puede desarrollar en diferentes ámbitos territoriales (urbano, rural, disperso), todo acorde a las condiciones específicas de la comunidad, el territorio y el comportamiento epidemiológico.
- Atención básica donde está incluida la valoración por consulta externa médica general, enfermería, nutricional, urgencia de primer nivel, atención de parto, farmacia y pruebas rápidas.
- Consulta especializada de nivel primario constituido a partir de la capacidad de medicina familiar y disponibilidad de especialidades médicas básicas. Estas especialidades deben contar con el apoyo diagnóstico, terapéutico y tecnológico correspondiente (PAIS, 2016).

El prestador complementario será el encargado del manejo del paciente cuando las condiciones de su enfermedad requieren de tecnología médica especializada no disponible en el prestador primario; y también de la reducción de los riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad y el manejo de la prevención secundaria y terciaria en la enfermedad crónica y multi-enfermedad (PAIS, 2016).

Aparentemente aún no se ha definido un modelo de evaluación del prestador primario en la Atención Primaria en Salud a nivel mundial, solo se ha evidenciado diferentes instrumentos usados para evaluar algunas características de esta. En Colombia como se ha planteado en la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) el Prestador Primario es la puerta de entrada del individuo, su familia y la comunidad, sin embargo no se ha establecido un modelo de evaluación para este y más teniendo en cuenta que hasta ahora se está implementando la política integral lo que limita aún más su creación, lo único que sabemos es que existe un modelo de evaluación sobre la garantía de calidad, por tal motivo es de gran importancia generar la creación de un modelo de evaluación por medio del uso de indicadores ajustados a las condiciones de nuestro prestador primario.

3. Planteamiento del problema

Actualmente en Colombia se cuenta con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), basada en la integralidad de la atención, que busca tener un sistema que proporcione mejores condiciones de salud a su población, regulado por una serie de intervenciones de diferentes actores, generando un acceso a los servicios de salud con calidad, eficacia y oportunidad conforme a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Dentro de esta política, se encuentra el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que es el modelo operacional, que centra la atención de la salud en las personas a nivel individual, familiar y colectivo, y no en las IPS ni en las EPS. Esta Atención Integral en Salud se define como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, materializados en atenciones dirigidas a las personas, familia y comunidades para la protección de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (MinSalud, 2016).

El MIAS cuenta con diez componentes operacionales uno de ellos es la caracterización de la población de los grupos de riesgo, que es coherente con el planteamiento del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (PDSP) y de igual forma está contemplado por el Análisis de Situación de Salud 2016 (ASIS) y tiene como objetivo identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales, con base en el segundo componente del MIAS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Los ocho componentes restantes del MIAS son: Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS); Delimitación Territorial MIAS; Redefinición del Rol del asegurador; Redefinición del sistema de incentivos; Requerimientos y Procesos del Sistema de Formación; Fortalecimiento del recurso humano en salud (RHS); Fortalecimiento de la Investigación, Innovación y Apropiación de Conocimiento y Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

Este último componente del MIAS hace referencia al conjunto articulado de prestadores de servicios en salud u organizaciones funcionales de servicios de salud públicos o privados, dispuesto en el ámbito territorial nacional, que se divide estratégicamente en un componente de prestador primario y un componente de prestador complementario, con el fin de garantizar una atención oportuna, continua, integral y resolutive para la población, contando con diferentes recursos como lo es el humano, técnico, financiero y físico, permitiendo así, una atención adecuada con resultados de calidad. (PAIS – Minsalud, 2016).

El componente de prestación primaria se encarga de realizar todas las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, que resuelven los problemas más prevalentes durante el ciclo vital individual y los diferentes contextos del mismo, incorporando toda la biotecnología necesaria y disponible; el cual es conformado por equipos multidisciplinarios en salud que ofrecen servicios de odontología general, medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia; además, de la intervención comunitaria que busca mejorar la capacidad resolutive, ampliar las competencias del equipo de atención primaria y la gestión en salud pública. El componente de prestación complementario es el encargado de todas acciones individuales que requieran mayor complejidad en la atención, referenciadas desde el componente primario para garantizar una integralidad y continuidad en la atención, además en este componente requiere de tecnología y talento humano subespecializado no disponible en el componente primario, con servicios habilitados de mediana y alta complejidad (PAIS – Minsalud, 2016).

Al tener una visión de la actual política y modelo operativo integral de salud en Colombia, se puede inferir que el diseño tuvo en cuenta todos los actores pertinentes para la prestación de servicio en salud, de una manera oportuna, equitativa y costo efectiva, que permita mejorar las condiciones actuales de salud de la población y que garantice el goce efectivo del derecho a la salud. Según resolución 429 de Febrero de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, la

implementación de la política del MIAS requiere un desarrollo progresivo y gradual, estableciendo un tiempo máximo de tres años para implementar los componentes del modelo, contados a partir de la publicación de dicha resolución.

El modelo de atención integral en salud, basado en atención primaria centrado en el paciente, familia y comunidad, es un concepto nuevo para Colombia, y es el eje de la política, donde se destaca el papel del prestador primario, sin embargo no se ha diseñado el modelo de evaluación a desarrollar una vez esté implementado. A nivel mundial, existe gran disponibilidad de instrumentos que han sido validados para evaluar la estrategia de APS (Vélez Álvarez, 2015), y dada la heterogeneidad de las poblaciones, se ha planteado la necesidad de aplicar instrumentos adaptados a cada país. Dentro de los instrumentos utilizados, se encuentran el TACT (The Teamwork in Assertive Community Treatment) el cual evalúa el papel de los procesos de equipo en el desempeño del tratamiento comunitario asertivo, el PCAS (Primary Care Assessment Survey) que evalúa las fortalezas y debilidades de la APS, el Care Questionnaire evalúa la continuidad de la atención, el GPAQ (General Practice Assessment Questionnaire) que valora la calidad de la APS, acceso y atención interpersonal, el PCAT (Primary Care Assessment tool) que evalúa el desempeño de la APS*, el PCAT-C (Primary Care Assessment Tool Chinese version) que mide la calidad de la atención primaria desde la perspectiva de los usuarios, entre otros.

Ante la implementación de la Política de Atención Integral en Salud y dada la relevancia del papel que desempeña el componente del prestador primario en la política, resulta importante para los investigadores conocer ¿cuál será el modelo de evaluación del componente del prestador primario del MIAS?

4. Justificación

En este documento se define el prestador primario como la puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud para las personas, familias y colectivos, que en la literatura de Estados Unidos y Europa se define como atención primaria en salud. La APS se caracteriza por tener la capacidad de resolver problemas y poder modular el uso del resto del sistema de salud, haciendo el sistema más eficiente. Hasta ahora, pocos estudios han intentado evaluar la fuerza de la Atención Primaria debido a una conceptualización poco clara y la especificación de sus atributos componentes. Además, se hace muy poco uso de herramientas capaces de medir las múltiples funciones de la Atención Primaria* o que permiten la comparación entre países o sistemas. Aunque algunos instrumentos ya están disponibles para medir los atributos básicos de Atención Primaria*, no están ampliamente difundidos, ni han sido adaptados y validados para obtener medidas equivalentes en distintos países (Universidad de la república de Paraguay, 2010). Particularmente se requiere para la implementación de modelos de organización de la prestación de servicios puertas de entrada resolutivas.

La literatura disponible evidenció que existen dificultades en la estandarización de los instrumentos que evalúan la APS*, así mismo existen otros que valoran diferentes áreas de ésta (Vélez Álvarez, 2015). Tal como se mencionó anteriormente, cada país ha desarrollado, su propio instrumento adaptado al contexto y/o necesidades de sus poblaciones, entre ellos el más utilizado es el PCAT, aplicado para la evaluación de la Atención Primaria en salud, desde la perspectiva de la población, recoge la percepción de los profesionales y de los proveedores de los servicios de salud. Su aplicación permite determinar el grado en que la Atención Primaria* se acerca al cumplimiento de las características que, a nivel teórico, se le adjudican (primer contacto, continuidad, globalidad, coordinación, atención centrada en la familia, orientación comunitaria y competencia cultural).

(Berra Silvana, et Al 2011). La versión para el consumidor se ha aplicado en los Estados Unidos, Brasil, Canadá, Corea, Hong Kong y Taiwán (Pasarín María, et Al 2011).

Para el caso de Colombia aún no se conoce el modelo de evaluación para la Atención Primaria, ni para el componente del prestador primario, esencial para la implementación del modelo. Lo que se conoce hasta el momento del diseño de esta investigación, de los componentes del MIAS, en el último de ellos denominado “Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento”, está incluido el diseño de la metodología de evaluación del MIAS. Esta investigación hará un aporte al respecto.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario estudiar y plantear un posible esquema de evaluación del desarrollo de la implementación del componente primario del modelo de atención integral en salud. Al terminar esta investigación, los aportes de ésta serán el planteamiento de una propuesta de un modelo de evaluación para el prestador primario, a partir de una descripción de la organización propuesta en el MIAS para éste, que incluirá un análisis de algunos de los esquemas de evaluación existentes y usados actualmente por las EPS en Colombia. También incluirá la revisión de algunos modelos de evaluación internacionales de esquemas de puertas de entrada al sistema de salud que implementan la APS. El producto final de esta tesis, se presentará a residentes y especialistas en Medicina Familiar, en congresos locales y nacionales y se espera poderlo compartir con los tomadores de decisiones en la implementación del modelo.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Proponer un modelo de evaluación para el componente del prestador primario del MIAS.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Conocer la organización actual del prestador primario.
- b) Describir algunos modelos de evaluación que se utilizan en el modelo de salud colombiano.
- c) Identificar algunos modelos internacionales de evaluación utilizados para los modelos de salud basados en atención primaria.
- d) Seleccionar los indicadores necesarios para la elaboración de la propuesta del modelo de evaluación del componente del prestador primario del MIAS.

6. Propósitos

- a) Aportar en la evaluación del prestador primario desde la perspectiva del MIAS debido a la falta de mecanismos para ello.
- b) Aplicar un modelo de investigación en salud desde el establecimiento de la pregunta, hasta la generación de la discusión mediante el desarrollo del método científico.
- c) Publicar los resultados del estudio y darlos a conocer en congresos y demás.
- d) Cumplir uno de los requisitos de la especialización.

7. Aspectos metodológicos

7.1. Tipo de estudio

Investigación mixta, cualitativa y exploratoria orientada a proponer un modelo de evaluación para el componente del prestador primario del MIAS, a partir de una revisión de la literatura enfocada en los componente de la evaluación de la calidad atención primaria en salud.

7.2. Población de referencia y muestra

La revisión bibliográfica fue basada en artículos dirigidos a la evaluación del prestador primario en salud publicados en el periodo entre 2006 y 2017, los cuales están escritos en idiomas como español, inglés y portugués, estos fueron buscados en diferentes bases de datos dentro de las que se encuentran: PUBMED (Medline), LILACS, Science direct, Proquest, EMBASE, entre otras. Para la búsqueda de estos se establecieron términos de búsqueda específicos y términos MESH de acuerdo al interés y necesidades de la investigación, descritos a continuación:

- Específicos: PCAS (Primary Care Assessment Survey), Patient-Family-Centered Care Survey, Primary care assessment tool, EUROPEP, PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), Evaluation model, Modelo de evaluación, atención primaria en salud, health care questionnaires, General Practice Assessment Questionnaire, patients perspective in primary care, integrality in health, health services coverage, continuity in patient care.
- Términos MESH: health evaluation, health system, primary health care, health indicators, primary care assessment tool

- Combinaciones: health evaluation AND PCAT, health evaluation AND EUROPEP, primary health care AND PMAQ-AB, primary health care AND evaluation

La muestra incluyó profesionales referentes participantes en la evaluación del prestador primario y/o servicios ambulatorios de las EPS Cafam, Sura, Sanitas y Compensar, de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá y del Ministerio de Salud, así como artículos que describen modelos de evaluación en atención primaria de algunos países. El número de entrevistas realizadas y artículos revisados estuvo sujeto a la saturación de la información acerca del tema. Durante el transcurso de la investigación fueron incluidos otros actores como la asociación de Hospitales Públicos y la asociación de EPS del Régimen Subsidiado y las EPS contributivas Salud Total y Nueva Eps.

También se incluyó información correspondiente a los diferentes modelos de evaluación existentes en atención primaria en salud, de los países: Brasil, México, Inglaterra, España, Cuba y Canadá; debido a una disponibilidad de información en el tema de interés y avances en la aplicación de APS en sus modelos de salud.

7.3 Variables

Por el tipo de estudio no se definieron variables.

7.4 Hipótesis

Nuestro país cuenta con un modelo de evaluación del prestador primario dentro del MIAS.

7.5 Técnica de recolección de la información

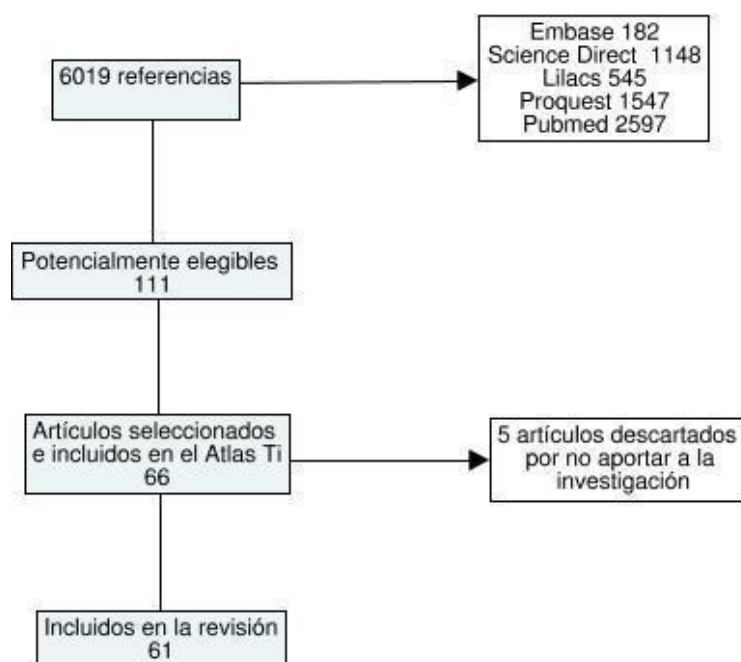
La encuesta se aplicó en los representantes de las entidades que aceptaron la aplicación de esta, de las cuales se extrajeron las afirmaciones y se presentan en el capítulo de los resultados.

8. Materiales y métodos

Inicialmente se efectuó una revisión literaria enfocada en los criterios de evaluación expuestos anteriormente.

Para la revisión literaria, esta fue basada en artículos dirigidos a la evaluación del prestador primario en salud que fueron publicados en los últimos 11 años (2006-2017), los cuales están escritos en idiomas como español, inglés y portugués.

El número de artículos consultados fue:



En necesario comentar que dentro de los artículos buscados se establecieron como artículos relevantes aquellos que establecieron una definición o relación directa con la categoría de análisis.

A partir de estos, se desarrolló una encuesta que permitiera orientar los tópicos de la propuesta a presentar. Posteriormente se aplicó la encuesta a los funcionarios participantes y finalmente se definió el instrumento que se incluye el final de los resultados.

9. Plan de análisis

Los artículos encontrados se analizaron en el programa Atlas TI, en el que se seleccionaron 61 artículos que hicieron parte de la revisión para el desarrollo de la presente investigación.

A los resultados de las encuestas no se empleó modelo estadístico alguno por tratarse de una investigación cualitativa.

10. Aspectos éticos

Según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, como investigación sin riesgo, se dan el artículo 11: “Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios u otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta...”.

De igual forma por tratarse de un tema concerniente a atención en salud, no se requirió de aplicar la encuesta diseñada a pacientes, más si a funcionarios pertenecientes a entidades de salud que aceptaron la aplicación de la encuesta, y para su aplicación se requirió de la aprobación del área de posgrados de medicina familiar de la facultad de medicina de la universidad.

11. Presupuesto

Los recursos usados en este proyecto de investigación son propios (nuestros propios computadores), ya que no realizaremos estudios en personas y/o animales, el uso de papelería es mínimo el cual correrá por nuestra cuenta correspondiente a la impresiones.

12. Cronograma

Actividad		Año 2017								Año 2018												Año 2019	
		Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Formulación de la pregunta de investigación		X																					
Revisión de la literatura			X	X																			
Desarrollo del anteproyecto				X	X	X	X																
Presentación del anteproyecto y correcciones								X	X														
Desarrollo del protocolo										X	X												
Curso "Protecting Human Research Participants."											X												
Entrega y aprobación del protocolo													X										
Búsqueda sistemática de la literatura												X	X	X									
Extracción, lectura y recopilación de la información													X	X									
Realización de entrevistas														X	X								
Análisis e interpretación de la información															X	X	X						
Redacción del documento final																		X	X				
Corrección del documento final																				X			
Entrega del documento final																					X		
Elaboración artículo																					X	X	

13. Resultados

13.1. Resultados revisión literaria

En la revisión de literatura se encontraron 6 instrumentos internacionales que se han utilizado para la evaluación de la atención primaria, los cuales utilizan diferentes atributos para evaluar las categorías propuestas en nuestra investigación, y se describen a continuación:

- Primary Care Assessment Tool (PCAT), propuesto por la Doctora Bárbara Starfield (1932 – 2011) junto con el profesor Leiyu Shi, en la Universidad Johns Hopkins, donde se definen una serie de dominios básicos, auxiliares y centrales, los cuales especifican que el componente de la atención Primaria debe ser la puerta de entrada en el sistema de salud (excepto en situaciones de emergencia); proporcionando atención centrada en la persona de manera longitudinal (basada en una relación personal a largo plazo), la cual debe ser integral y coordinada con relación a otros niveles de atención (Pasarín María, 2015). Los dominios contemplados son (primer contacto, continuidad, globalidad, coordinación, atención centrada en la familia, orientación comunitaria y competencia cultural).

Los instrumentos PCAT son una familia de cuestionarios los cuales han sido conocidos ampliamente por brindar aportes a la estrategia de atención primaria en el mundo, teniendo como pilar principal y estratégico la calidad de la atención del prestador primario, es por ello que no se evalúa de forma independiente, sino a través de sus características psicométricas las cuales generan la evaluación e interpretación de la misma en APS. Estos instrumentos tienen 4 versiones que son 2 para adultos (PCAT-AE; adult edition) y 2 para niños (PCAT-CE; child edition). Estos instrumentos basados en 7 pilares los cuales son considerados esenciales como parte de la estructura de la atención primaria en el mundo.

- El Primary Care Assessment Survey (PCAS) fue el primer instrumento documentado a finales de la década de los años 90, realizado por la Doctora. Dana Gelb Safran y colaboradores, que consta de 51 items a partir de 7 dominios (primer contacto, continuidad, globalidad, coordinación, atención centrada en la familia, orientación comunitaria y competencia cultural) que evalúan la calidad de la atención primaria (Pasarin Maria, 2015).

- El General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) tiene características psicométricas correspondientes a la confiabilidad interna, estructura factorial, satisfacción de las necesidades de los médicos de cabecera para preguntar sobre la experiencia del paciente relacionada con aspectos de la atención de la práctica del Reino Unido encaminada a conocer la atención centrada en la persona y la familia (Roland. Roberts, 2013).

- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) permite evaluar y promocionar el perfeccionamiento de la estrategia de Salud Familiar/APS, mejorando el acceso y calidad de la atención básica. El cual fue elaborado e implementado específicamente para el contexto de la APS y está dividido en tres ciclos iniciando desde el 2011 hasta la actualidad; permitiendo la evaluación del trabajo del equipo de salud familiar en todo el territorio brasileño y creando estándares de calidad en la atención básica en salud, individual y familiar. (Padua Anderson et Al 2016). (<http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/instrumentos-pcat-aps/>).

- Primary Care Evaluation Tool (PCET). La OMS creó el WHO Primary Care Evaluation Tool, cuya aplicación pretende proporcionar un enfoque estructurado, basado en las funciones de los sistemas de salud, tales como gobernanza, financiamiento y generación de recursos, así como las características de una buena atención primaria como: la accesibilidad, la totalidad, la coordinación y la continuidad. Se compone de tres cuestionarios: uno nacional sobre la organización y financiación de la atención primaria de salud, uno de los médicos de familia y otra para usuarios de los servicios.

- European Task Force on Patient Evaluation de General Practice Care EUROPEP, se ha desarrollado para proporcionar retroalimentación para la mejora de la práctica, el rendimiento y la organización de la atención de los profesionales médicos de familia de la Atención Primaria a la salud. EUROPEP está constituido por 3 partes: 1) Indicadores clave (relación y comunicación, atención médica, información y apoyo, cooperación, y organización de los servicios); 2) Indicadores de áreas específicas de satisfacción (consulta, mercado y accesibilidad, características de los profesionales, condiciones centro de salud y servicios prestados); 3) Información sobre los usuarios (datos socioeconómicos y de salud y actitudes después de la experiencia).

A pesar de hacer una búsqueda amplia no se encontraron otras formas planteadas para evaluar los centros de atención primaria diferente a las encuestas dirigidas a evaluar las características que estos tienen incluidos.

Al analizar los diferentes instrumentos que evalúan la calidad de los centros de atención primaria en salud, se evidencia que gran parte de ellos realizan un enfoque basados en la perspectiva del usuario, compartiendo características de evaluación, pero también con diferencias entre ellos, tales como el PCAS que no evalúa integralidad ni atención centrada en la persona, consideradas para los investigadores de este proyecto, como esenciales dentro de la prestación de la atención primaria que requiere un enfoque global y no fragmentado del ser humano; en el caso de coordinación sólo es tomada en cuenta por el PCAT. Finalmente, ninguno de los instrumentos incluye dentro de su modelo la resolutiveidad como un pilar fundamental que evalúen la calidad en los centros de APS. Seguidamente, encontrará una tabla comparativa con 5 de los 6 instrumentos anteriormente mencionados con las categorías planteadas en esta investigación y si son evaluadas o no.

Tabla 2

INSTRUMENTOS		PCAT	PCAS (Primary Care Assessment Survey)	GPAQ (General Practice Assessment Questionnaire)	PMAQ-AB	EUROPEP
C A T E G O R Í A S	Atención centrada en la persona (Primer contacto y accesibilidad)	SI	NO	SI	SI	SI
	Calidad	NO	NO	SI	SI	SI
	Capacidad institucional	SI	NO	SI	NO	NO
	Capacitación	NO	NO	NO	NO	NO
	Continuidad en la atención	SI	SI	SI	SI	NO
	Coordinación	SI	NO	NO	NO	NO
	Eficiencia y/o eficacia	NO	NO	NO	SI	SI
	Impacto del médico familiar	NO	NO	NO	NO	NO
	Integralidad	SI	NO	SI	SI	SI
	Oportunidad	NO	NO	NO	NO	NO
	Recursos	NO	NO	SI	NO	NO
	Resolutividad	NO	NO	NO	NO	NO
	Satisfacción del usuario	NO	NO	NO	SI	SI
	Seguridad	NO	NO	NO	SI	SI

A continuación, se plantea un análisis de la revisión bibliográfica para las categorías de análisis las cuales de manera previa fueron determinadas y definidas en el protocolo. Es de destacar que los artículos incluidos dentro de la revisión hermenéutica para las categorías de análisis fueron considerados como relevantes al relacionarse de manera amplia y profunda con el tema de la investigación. En la búsqueda de los diferentes instrumentos de evaluación para determinar la calidad del prestador primario a nivel mundial, se encontraron distintos cuestionarios y preguntas encaminadas a conocer la estructura del sistema de puerta de entrada para los sistemas de salud. El grupo de investigación determinó para cada una de las categorías de análisis las preguntas que mejor podrían representarla y por ende entregar los mejores resultados.

13.1.1. Categorías deductivas

13.1.1.1. Atención centrada en la persona

De los artículos analizados en el atlas Ti se encontró que la categoría de análisis Atención Centrada en la Persona está presente en 35 de ellos de los cuales 5 fueron considerados relevantes debido a que hacen referencia a la valoración contextualizada según el ciclo individual y familiar, enfocada en conocer la percepción del paciente acerca de la salud y enfermedad.

Uno de los artículos más destacados es *A Experiência Da Avaliação Da Gestão Da Atenção Básica Em Santa Catarina: Construção, Desenvolvimento E Quatro Anos De Aplicação*, donde se evidencia que la atención básica centrada en la persona no solo se centra en la enfermedad, sino que se enfoca en el ciclo vital individual y familiar, la cual se puede organizar según los riesgos por grupo etario, salud del niño, del adolescente, adulto y del anciano, lo que ha conllevado a que se desarrollen rutas integrales de atención en salud. Es de vital importancia establecerla dentro del modelo de evaluación de acciones de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para ejecutarlas dentro del curso de vida de los pacientes. Dentro de la valoración integral del individuo y la familia, los profesionales de la salud tienen en cuenta el impacto de la familia en la génesis y prevención de la enfermedad, como también en la respuesta de intervenciones médicas y psicosociales, reconociendo e incorporando los recursos, factores de riesgo y factores sociales en la planeación y provisión de la atención primaria. (Alba, 2015)

Consideramos que el pensamiento del Médico familiar centrado en la persona establece a la familia como parte integral de la obtención de información, razonamiento clínico y cuidado del paciente, entendiendo que las opiniones de ellos son importantes para la adherencia al tratamiento y consecuencias de aceptarlo o no aceptarlo; además se ha documentado de manera considerable que el cuidado centrado en la persona mejora los resultados en salud y la relación médico paciente.

A la revisión de los artículos se destacó el instrumento PCAT el cual utiliza las siguientes preguntas en su atributo denominado Enfoque Familiar, las cuales se pueden extrapolar a nuestra

definición de categoría atención centrada en la persona que se diferencia según su versión (Pasarín, 2011):

Versión PCAT para Usuario:

- ¿Los profesionales de su CAPS (Centro de atención primaria en Salud) preguntan a sus pacientes sobre sus ideas y opiniones cuando planifican el tratamiento o cuidados para el paciente o un miembro de su familia?
- ¿Los profesionales de su CAPS preguntan a los pacientes sobre las enfermedades o problemas que puedan tener sus familiares?
- ¿Los médicos de sus CAPS pueden y están dispuestos a encontrarse con los miembros de su familia para hablar de un problema de salud o familiar?
- ¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen las enfermedades o problemas que pueden existir en su familia?
- ¿Su médico/a o profesionales de su CAPS se reunirían con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?

Versión PCAT para profesionales de atención en salud:

- ¿En su consultorio le pregunta a sus usuarios sobre las enfermedades o problemas que pueden haber en su familia?
- ¿En su consultorio están dispuestos y pueden reunirse con el grupo familiar para hablar de salud o de problemas familiares?
- ¿Se utilizan familiograma o el cuestionario APGAR familiar?
- ¿Se evalúa el impacto de la salud de los usuarios en el funcionamiento familiar?
- ¿Conversan sobre los factores de riesgo familiares relacionados con la salud?
- ¿Conversación sobre los recursos económicos de la familia?
- ¿Conversación sobre los factores de riesgo sociales (Ej. pérdida del empleo)?

- ¿Conversación sobre las condiciones materiales de vida (Ej. equipamiento básico del hogar, transporte)?
- ¿Conversación sobre el estado de salud de los otros miembros de la familia?
- ¿Conversación sobre la crianza de los hijos?
- ¿Evaluación de signos de maltrato a menores?
- ¿Evaluación de indicios de maltrato a mujeres?
- ¿Evaluación de indicios de maltrato a ancianos?
- ¿Evaluación de indicios de crisis familiar?
- ¿Evaluación del impacto de la salud del paciente en el funcionamiento de la familia?
- ¿Evaluación del desarrollo infantil?

Otro instrumento avalado y destacado es el PCAS el cual ha sido utilizado para evaluar la atención centrada en el paciente como atributo complementario para conocer la satisfacción del usuario y la relación existente. (Benachi, 2012)(Da Silva, 2015). Este instrumento plantea las siguientes preguntas para evaluar el contexto familiar en la atención del ciclo del individuo:

- ¿Su médico/a o profesional de salud de su CAPS le pregunta acerca de sus opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento para usted o alguien de su familia?
- ¿Su médico/a o profesional de salud de su CAPS se reunieron con alguien de su familia para ayudar en su tratamiento? (Vázquez, 2016)

Instrumentos adicionales hallados dentro de la revisión de la literatura como el GPAQ, el PMAQ-AB y el EUROPEP, no tienen preguntas que evalúen o se relacionen con la categoría atención centrada en la persona.

Según la OMS (2008) la prestación de servicios en un contexto de APS, sitúan el centro de la atención en la persona, entendiendo a esta última de una forma holística y global, la cual incluye

su contexto social y comunitario y tiene en cuenta no solo sus problemas físicos, sino los emocionales, psicológicos y sociales, su historia personal pasada/futura y las realidades en las que viven.

Por lo tanto se considera que en la propuesta del modelo de evaluación del prestador primario se debe tener en cuenta el atributo de Atención centrada en el paciente y algunas de estas preguntas, las cuales nos permitirán identificar los determinantes de la salud del individuo en su contexto familiar, además de reconocer la dinámica de la relación médico - paciente y la satisfacción del usuario con respecto al abordaje biopsicosocial para que de esta manera se establezcan estrategias de intervención en salud.

13.1.1.2. Capacidad institucional del prestador primario: recursos financieros, infraestructura y recursos humanos

En la totalidad de la literatura consultada, se encontraron 31 artículos relacionados con la capacidad institucional del prestador primario, de los cuales 6 fueron de relevancia encontrando información amplia y suficiente para nuestra investigación; En estos artículos se hace referencia a los recursos financieros, infraestructura y recursos humanos, esta categoría está basada en el hecho que el prestador primario requiere de la disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades individuales y de la población, para fines de la investigación se incluye el recurso humano que lo conforma, su dotación, el componente de la capacidad del sistema, la cual es recogida por diversos indicadores, como el número de los médicos de familia, número especialistas en medicina interna, odontólogos, pediatras, ginecólogos y personal de enfermería en centros de atención primaria de acuerdo a la cantidad de la población adscrita a esa entidad prestadora de servicios, así como también, la infraestructura de los centros de atención en salud y el manejo de recursos financieros, todos estos como determinantes en la prestación de los servicios de salud. (Rodríguez, 2013).

La productividad y la calidad de los servicios ofrecidos a la sociedad serán en buena parte, reflejos de la forma y de las condiciones con que se tratan los recursos humanos que allí actúan profesionalmente, con una formación idónea en todas las áreas de atención del prestador primario, a sí mismo se debe invertir en la capacitación de los profesionales, auxiliares y múltiples colaboradores que hacen parte de la Atención Primaria; indirectamente esto se traduce en servicios de mejor calidad, atención, servicios a tiempo y con cumplimiento de los objetivos fijados para la atención y resolución al paciente, al igual que en la capacidad institucional en cuanto a áreas de infraestructura y desarrollo humano como del prestador primario. (Dos Santos Ferreira, 2016)

Como parte relevante del recurso humano, se destaca el papel del médico familiar, el cual posee determinadas características y competencias, que le permiten desarrollar roles como entrenador clínico, supervisor, líder de equipo de salud, con capacidad de construcción, consultante y proveedor de cuidado integral individual y familiar. En países de medianos ingresos, como Brasil, los médicos de familia han sido vistos como miembros esenciales de los equipos de atención de la salud que se preocupan por poblaciones definidas, se les asigna una población a cada médico, no obstante, hay dificultad en las instituciones de realizar una asignación de recursos para prestar servicios de salud adecuados, universales, integrales y resolutivos por la capacidad del prestador en cuanto a la distribución de los recursos financieros se requiere. (Pasio, 2014).

También se destaca la participación del “GPs general practitioners” (médicos con formación de postgrado) en los centros de atención primaria, donde en muchas instituciones, es considerado la puerta de entrada. En la revisión realizada, encontramos que Shaw RL, Lowe H, Holland C, et al., reportan en su artículo GPs’ perspectives on managing the NHS Health Check in primary care: a qualitative evaluation of implementation in one area of England, que no solo la inconsistencia de los servicios es la que impide a los GP mantener activo el fortalecimiento de los estilos de vida, sino también la falta de recursos financieros. En esta publicación realizada por Shaw y su equipo buscaban evaluar la implementación del programa de chequeo de Salud del Servicio

Nacional de Salud (NHS) en una zona de Inglaterra desde la perspectiva de los médicos con formación posgraduada, reportando su experiencia y los enfoques sobre la gestión del programa Health Check (chequeo de salud) en atención primaria. Los médicos participantes pudieron hablar abiertamente de sus preocupaciones y perspectivas de la atención primaria, considerando que se necesita abordar más allá de los incentivos financieros para que el programa chequeo de salud corra eficazmente, esto implica que los médicos cuenten con entrenamiento en la promoción de los estilos de vida con programas estandarizados. (Shaw, 2016)

Es aquí donde se reitera la relevancia de la educación continuada de los profesionales y la reestructuración del sistema, para acercar la práctica de la educación en salud a la realidad social. Asumimos que las consultas médicas tienen un rol fundamental en el cuidado provisto a los usuarios del sistema de salud, apoyados en el desarrollo de visitas domiciliarias, referencia a especialistas, cuidado de enfermería y solicitud de exámenes complementarios; la atención del prestador primario como puerta de entrada no debe ser exclusiva en el consultorio.

La valoración de la infraestructura fue incluida en GPAQ, donde se interrogan lo siguiente:

- Sus familiares son invitados por los profesionales a opinar sobre el funcionamiento y organización de la Unidad Básica de Salud / Oficina de Salud?
- Usted o algún familiar percibió mejoras en la estructura física de la Unidad Básica de Salud / Puesto de Salud en los últimos años?
- Usted o algún familiar percibió mejoras en el servicio / funcionamiento de la Unidad Básica de Salud / Salud en los últimos años? (University of Cambridge. 2014.)

Aquí vemos que se requiere aparte de fortalecer los conocimientos y capacitar a los profesionales partícipes de la atención, también se debe proporcionar infraestructura óptima, moderna, agradable, con espacios apropiados para las acciones en salud.

Con respecto al recurso financiero, Franco Giraldo A., en su publicación titulada “La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano” (2012), menciona

algunas de las falencias de nuestro sistema y una de ellas es la distribución inequitativa de los recursos de la salud, los cuales deben ser destinados específicamente a la atención en salud y no aportar al fortalecimiento del sector económico (Franco-Giraldo, 2012).

Es de saberse, que la distribución de las cifras económica-financieras del sistema, no son equitativas para los regímenes subsidiados y contributivos, siendo que para el año 2010, el gasto total en salud en Colombia, ascendió a 42 millones de pesos, de los cuales el régimen subsidiado recibió el 22% de los recursos totales en salud, el cual iba dirigido a la atención de la población pobre sin aseguramiento, actividades de salud pública, promoción y prevención y financiamiento de hospitales (Franco-Giraldo, 2012); evidentemente este porcentaje no es suficiente para todo en lo que debería ser invertido.

Por otro lado, la falta de recursos financieros que no permite una adecuada gestión para cubrir la demanda de los servicios de salud, en el sistema de salud y la atención básica sufre precarización de vínculos de la regulación de trabajo y las limitantes impuestas por el contexto de restricción de los mismos y de los recursos destinados para la salud, lo cual es una amplia barrera no solo para el personal administrativo y asistencial, sino para los usuarios por las desactualizaciones en contexto de atención y patología prevalentes, en el componente del prestador primario, por ende se vuelve relevante la administración de cada uno de los recursos destinados para las diferentes áreas de trabajo institucional.

Esto implica que la capacidad institucional del prestador primario, incluya un recurso humano suficiente para la población, competente, capacitado, en instalaciones y estructuras con dotación física y tecnológica óptima para la prestación de los servicios y un buen manejo de los recursos económicos, direccionados según las necesidades de la población, que garanticen la cobertura en la atención y que por supuesto, ésta sea de calidad y eficiente. Es por lo anterior que contemplar un indicador como capacidad resulta tan importante de incluir en un modelo de evaluación del prestador primario y más teniendo en cuenta que aunque no se dice dentro de los

artículos revisados si lo dice la definición inicialmente establecida de este indicador y es la relación existente entre la cantidad y tipo de población a trabajar y cada uno de los aspectos (recursos financieros, humanos entre otros) que implica la capacidad pues este será un parámetro para definir cosas como número de profesionales necesarios, infraestructura requerida, etc.

Durante la revisión bibliográfica no se define o establece cuál debe ser la formación del recurso humano que conforma el prestador primario.

13.1.1.3. Continuidad

De los artículos analizados en el atlas Ti se encontró que la categoría continuidad está presente en 21 de ellos, de los cuales son 5 relevantes por considerar la continuidad como parte de la estructura fundamental de la atención primaria. Se define la continuidad según Haggerty et al (Contandriopoulos, 2015), como la atención prestada a un paciente por un mismo profesional o un mismo equipo a lo largo del tiempo (continuidad relacional) y la atención entregada se coordina a la perfección considerando pilares para lograr una atención de calidad que mejore la satisfacción del usuario. De igual forma se debe tener en cuenta la continuidad de afiliación, la cual es definida como la medida en que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de salud y los centros de atención son capaces de identificar a la población elegible o candidata a sus servicios (Contandriopoulos, 2015).

De igual forma autores como Bresick et. contemplan la continuidad relacional como el elemento más importante de la atención primaria, esta se refiere al uso regular de una fuente de cuidado a través del tiempo que no está limitado por cierto tipo de necesidades de atención en salud (Bresick, 2016), que es el cuidado provisto independientemente de la presencia o ausencia de enfermedad. Esto incluye construcción de una relación usuario - proveedor basado en la verdad y el conocimiento del médico del paciente y su familia.

Si bien es conocido, se ha generado un nuevo contexto en la transición del cuadro epidemiológico de la población en el que los eventos agudos coexisten con las enfermedades crónicas, el sistema de salud es el desafiado a organizar servicios de calidad, proporcionando al mismo tiempo, servicio de atención al cliente, cuidado longitudinal y atención a las acciones de prevención (Alba, 2015).

La OMS ha instaurado otras actividades como la creación del PCET con el objetivo de proporcionar un enfoque a la gestión de la continuidad. De igual forma en diferentes países y sistemas de salud se han utilizado herramientas con el objetivo de evaluar la continuidad en la atención en salud, es así como el PCAT se ha convertido en instrumento para la evaluación de la atención primaria en salud, algunas de las preguntas que utiliza este instrumento encaminadas a conocer la continuidad en la atención primaria son:

- ¿Siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?
- ¿Puede llamar y hablar con el médico/a o enfermero/a que lo/la conoce más?
- ¿Los profesionales le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus problemas?
- ¿Los profesionales conocen los problemas más importantes de usted y su familia?
- ¿Los profesionales de su CAPS conocen su historia clínica completa?
- ¿Los profesionales conocen los medicamentos que está tomando?
- ¿Cambiaría de CAPS si fuera fácil? (Berra, 2013)

Otras herramientas que evalúan la continuidad han sido PCAS con las siguientes preguntas:

- Cuando el paciente o algún familiar deja de ir a una atención en la unidad básica de salud / Puesto de Salud, los profesionales lo buscan para saber lo que pasó?
- El señor o la señora o algún familiar necesitó ser remitido a otro servicio de salud?
- Cuando el paciente, o algún familiar, necesitó una consulta se dirigió a otro (s) profesional (s) (especialistas) en otro (s) servicios?.

- Después del encaminamiento, durante el tratamiento con especialistas, los profesionales de la Unidad Básica de Salud / Puesto de Salud continúan acompañando a usted o a su familia? (Safran, 1998)

GPAQ

- ¿Estaría completamente feliz de ver este médico de nuevo?
- ¿Qué tan fácil es comunicarse con su médico por el teléfono? (University of Cambridge. 2014)

PMAQ-AB

- Conocimiento sobre lo que se dijo y se hizo en consultas anteriores en esta unidad de salud familiar.

(Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2016)

Lo ideal es que como fue planteado desde la definición misma de continuidad inicialmente establecida, exista una continuidad en la atención primaria, de manera que se proporcione una atención médica a la persona de forma coordinada y sin interrupciones, a pesar de la participación de diferentes profesionales de distintos ámbitos de sanidad y durante todas las etapas de su ciclo vital individual. Este tipo de atención implica que la población identifica a un centro asistencial como "el suyo" y el equipo proveedor brinda una asistencia centrada en la persona, considerando sus valores y preferencias (Starfield B, 2001).

13.1.1.4 Coordinación

La revisión hermenéutica realizada con respecto a la categoría de análisis coordinación, evidencia diferentes definiciones y aplicaciones en los sistemas de salud, enfocadas todas hacia la mejoría de la calidad en la atención sanitaria. Del total de artículos revisados en el presente estudio se hace mención a esta en 42 de ellos, de los cuales 13 fueron considerados relevantes, teniendo la

integración del primer nivel de atención con otros de mayor complejidad, la integración de problemas médicos previos del paciente en la atención actual del mismo y los procesos de referencia/contrarreferencia.

Según Almeida y Berra, la prestación de servicios en salud con características de coordinación consiste en articular los diversos servicios que componen una red de salud y las acciones correspondientes de manera que, independientemente del lugar de atención, la atención se sincroniza y apunta a un objetivo común, el cual es brindar a los usuarios la mejor asistencia posible. Ellos apuntan a que su ausencia en la atención primaria en salud es causa de insatisfacción por parte del usuario e indicativo de poca calidad en el proceso de atención, debido a la fragmentación de servicios, especialidades y políticas en salud. (Lima, 2015)

Esta no fragmentación según Pizzanelli y cols, depende de la integración en la red de servicios y supone acciones en el nivel de la gestión de los servicios de salud y de la organización asistencial que impliquen la garantía y favorezcan el acceso a servicios de salud especializados con la integración de los diferentes niveles de asistencia del sistema de servicios de salud. (Carrer, 2016)

Facilitando su estudio y aplicación, autores como Da Silva y Lima sugieren que la coordinación tiene dos componentes esenciales, como lo son la integración de la atención entre los diferentes niveles y la disponibilidad de sistema de información favorable para el usuario donde se registran datos sobre problemas y servicios médicos previos. Esta dimensión permite conocer antecedentes y problemas nuevos, e incluye también la referencia y contrarreferencia, representada por el acompañamiento y seguimiento de la atención realizada en otros servicios especializados. (Albino Da Silva, 2014)

Basado en la teoría de la complejidad por Annette J. Browne en su escrito de “una visión general de una intervención multidimensional que mejore la atención primaria basada en la

equidad”, la coordinación incluye la prestación de servicios médicos adaptados a las características y necesidades de la comunidad, con sistemas de historia clínicas únicos, estructuras, formas de operar y contextos comunitarios y de financiación articulados, que dan forma a la manera en que se aborda la intervención y sus impactos en salud (Brandão, 2013).

Tradicionalmente la atención en salud ha sido carente de esta articulación descrita, por lo cual nuevos enfoques basados en la implementación de la atención primaria en salud buscan garantizar una evaluación integral de los pacientes, en compañía de otras características como el primer contacto, la continuidad y la atención centrada en el paciente. Instrumentos como el PCAT en la categoría de análisis coordinación desde la percepción del proveedor en salud evalúa la continuidad en los expedientes o registros médicos (aplicado a los proveedores de salud) basado en la presencia de hojas de flujo que aseguren que los servicios necesarios fueron provistos al paciente, guías de práctica impresas, auditorías médicas periódicas, listas de problemas y medicamentos. Por otro lado tiene en cuenta la integración de las remisiones con base a la calidad de los sistemas de comunicación en referencias de la atención primaria.

Desde el enfoque del usuario se evalúan características como:

- Tu médico tratante discute contigo los diferente sitios donde pudiste haber acudido para recibir ayuda con tu problema
- Tu médico tratante o alguien del equipo de atención primaria te ayudo a programar la cita de esa visita
- ¿Tu médico tratante de atención primaria escribió alguna información para el especialista acerca del motivo de la visita?
- ¿Después de haber asistido al especialista, tu médico de atención primaria hablo contigo acerca de lo sucedido en esa visita?
- Cuando va a su CAPS, ¿su historia clínica está siempre disponible?

- ¿Su médico/a (o algún profesional de su centro de salud) se interesa en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?

Otro de los instrumentos utilizados en la evaluación de características básicas de la atención primaria como es la coordinación, es el PCET. Creado por la OMS como una variante del PCAT para la población europea, en el cual las diferentes dimensiones de la coordinación abarcan la colaboración dentro de la misma práctica de atención primaria, dentro del mismo nivel entre proveedores de atención primaria (por ejemplo, médicos generales, enfermeras comunitarias, fisioterapeutas, etc.) y entre atención primaria y otros niveles de atención a través de sistemas de derivación. (Vázquez, 2016)

Por lo tanto se puede deducir que la evaluación de la coordinación en un proceso de atención en salud se deben examinar los sistemas de información, describiendo en este los mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas, articulación del primer nivel con los de mayor complejidad y con otros sectores externos al sector salud, principalmente, los sectores educación, políticas públicas y privadas, entre otros.

13.1.1.5 Integralidad

En la revisión realizada, 34 artículos hacen referencia a la integralidad; en 21 de ellos encontramos información relevante para nuestro trabajo y que hemos definido como la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, esto incluye las actividades de promoción y prevención, atención con fines curativos y cuidados terminales, muy similar a lo encontrado en la bibliografía consultada, donde se encuentra definida como la disponibilidad de servicios clínicos y preventivos que ofrece el proveedor, e incluye la participación de la familia en la toma de decisiones (Hu,2016). Para que la atención en salud sea integral, debe satisfacer todas las

necesidades del individuo, por tanto, la atención no puede ser fragmentada y reduccionista, debe tener “aprehensión biopsicosocial” y su finalidad no puede ser solo curativa, sino también preventiva, (Dos Santos Ferreira, 2016) es así como la integralidad implica que la atención primaria sea capaz de coordinar acciones de salud y atención prestadas a la persona y a la familia, en todos los niveles de atención. (Fontana, 2016).

De este modo, se crea un nuevo concepto de integralidad en salud, definido como la relación existente entre los servicios disponibles y los prestados por el sistema (Vázquez Peña, 2016, Pizzanelli, 2011, Da Silva, 2015). Berra y cols (2013) definen los servicios disponibles como aquellos con los que cuenta el centro de atención para ser prestados cuando sean necesarios, y los servicios proporcionados o provistos, son aquellos servicios necesarios para la población, que realmente provee el centro de atención, es decir integralidad es darle al usuario lo que necesite y cuando lo necesite (Berra S, 2013).

La integralidad no solo requiere actividades asistenciales, también requiere de actividades de promoción y prevención, vista desde todos los ámbitos y hacia todos los grupos comunitarios (Batista Moliner, 2001). En la declaración de Alma Ata sobre APS en 1978 (Lawless,2014) el modelo de atención primaria en salud integral, define un enfoque basado en la equidad y en el desarrollo de enfoques de salud de la población, con una consideración especial de las necesidades de los grupos poblacionales con estados de salud más desfavorables, por tanto, la integralidad debe darse desde diferentes aspectos teniendo en cuenta estas necesidades (Da Silva,2015, Pasio, 2014), destacándose las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana guiada por el perfil epidemiológico y de salud de las comunidades (Bresick, 2016, Sapag,2016).

Para eso en la evaluación que realiza el PCAT (Berra, 2013) se habla de servicios disponibles y recibidos, dentro de los primeros se incluyen los siguientes: colocación de vacunas, tratamiento odontológico, planificación familiar, control prenatal, control del niño sano,

asesoramiento sobre adicciones, asesoramiento sobre problemas de salud mental, asesoramiento y pruebas para VIH, examen auditivo y visual, inmovilización de esguince, sutura de heridas, entre otras. Para el caso de los servicios recibidos, se evalúan aspectos como que el paciente haya recibido atención en: hábitos saludables, como alimentación y descanso, seguridad del hogar, modos de prevenir accidentes de tránsito, manejo de conflictos con otras personas, control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume, prevención de caídas, prevención de quemaduras, entre otras.

Debe entenderse la integralidad desde diversos ángulos, no excluyentes entre sí, centrándose en las actividades preventivas y de promoción de la salud, sin perjuicio de los servicios asistenciales; deben fortalecerse las actividades educativas y de consejería, con un mantenimiento del modelo asistencial centrado en prácticas curativas (Da Silva, 2015) bajo el principio educativo, lo que permitiría tener respuestas más eficaces a los problemas de salud de la población (Souza, 2017).

La existencia de coordinación y articulación del sistema entre los prestadores primario y complementario, a través de un proceso eficiente de referencia y contrarreferencia (Dos Santos Ferreira, 2016), además de requerir la coordinación y cooperación entre la asistencia sanitaria y los proveedores para el desarrollo de un sistema de salud genuino y eficiente, también hace parte de la integralidad (Lima, 2015).

La prestación de los servicios vistos desde la integralidad, mantienen un carácter biopsicosocial del proceso salud-enfermedad (Da Silva, 2015), donde los profesionales de salud, no se preocupan por cumplir programas gubernamentales, sino que sus acciones se basen en el análisis de la situación de salud y realidad local (Albino Da Silva, 2014), de aquí parte la necesidad de realizar una atención en salud con enfoque de riesgo. Cuando la promoción de la salud, se basa en atención primaria, y se desarrolla con el apoyo de equipos de salud multidisciplinarios, los beneficios ofrecidos a los pacientes son mayores (Chung, 2015). La atención integral permite

disminuir tasas de morbilidad, con un enfoque centrado en la familia (Nathanielly, 2016) que proporcione atención integral también a los niños y hacia el proceso de salud-enfermedad, ajustado al contexto de la atención primaria (Albino Da Silva, 2014, Nathanielly, 2016).

En el GPAQ (University of Cambridge. 2014) se tienen en cuenta algunas de estas variables, las cuales se evalúan mediante preguntas como:

- Cuando se le receta la medicación en la Unidad Básica de Salud / Puesto de Salud, donde suelen conseguirla?
- Cuando se solicitan exámenes (sangre, orina, heces) en la Unidad Básica de Salud / Puesto de Salud, donde suelen realizarlos?

Por otro lado, el PMAQ - AB (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2016.) indaga acerca de la atención que reciben los usuarios de sus médicos y enfermeras en general, para ello interrogan acerca de qué tanto la práctica médica le ayuda al usuario, por ejemplo, a través de preguntas como:

- ¿Comprende (el médico) tus problemas de salud?
- ¿Le ayuda a hacer frente a sus problemas de salud? ¿A mantenerse sano?

Así mismo otros autores como Mei, Liang y cols (2016), para evaluar la integralidad, han planteado otros ejemplos de preguntas dirigidas a los usuarios (Mei, 2016):

- ¿Cuándo tiene un problema emocional o mental, lo habla con su médico de atención primaria?
- ¿Habla con su médico de atención primaria acerca de hábitos de sueño adecuados, actividad física y ejercicio, hábitos de alimentación saludable, etcétera?
- ¿Le recomienda su médico realizarse un chequeo regular?
- Generalmente, ¿Cuánto tiempo demora hablando su médico con usted?.

Prestar una atención integral, implica cambiar el paradigma reduccionista y fragmentado de la medicina, hacia el enfoque biopsicosocial que busca satisfacer las necesidades del paciente, su familia y la comunidad, en el momento que se requiera.

13.1.1.6 Intersectorialidad

En la revisión realizada en el Atlas Ti, se encontró que la categoría de intersectorialidad fue mencionada en 23 artículos predominando 7 de ellos, definida para nuestra investigación como el manejo coordinado de las determinantes sociales, culturales, laborales, económicas y otros, que inciden en el nivel de salud de la comunidad, la cual es un componente importante dentro de la evaluación del modelo del prestador primario dado que se fundamenta en el Alma Ata y pertenece a los atributos de la atención primaria integral y renovada propuestos por Barbara Starfield. Se concibe como la coordinación de los diferentes actores del sistema de salud como lo son la educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia y organización social para dinamizar iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas, buscando optimizar el uso de recursos que evita la dispersión de esfuerzos (Rodríguez-Villamizar, 2016, Lima,2015).

El artículo A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados (2013), nos ejemplifica que Brasil plantea en su modelo de salud la intersectorialidad como la orientación comunitaria, caracterizada por el reconocimiento, por parte del servicio de salud, de las necesidades locales mediante la caracterización epidemiológica y el contacto directo con la comunidad (Airton, 2016) y que dentro de atención primaria en salud ampliada esta requiere de la cobertura de los determinantes sociales de salud y enfermedad, lo que demanda acciones intersectoriales, un enfoque institucional y estratégico incluyendo a toda la comunidad (Teixeira,2014)

Los autores Colombianos Rodríguez, Ruiz y Acosta en el artículo “Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia”, refieren además que la

intersectorialidad debe involucrar la participación y gestión desde los departamentos, municipios y provincias, describiendo que la participación de los municipios tiene influencia en los resultados en salud, mejoran el índice de desarrollo y las condiciones de sus habitantes, lo que hace que obtenga mejores resultados en percepción de salud de los usuarios (Rodríguez-Villamizar,2016). Otro punto que juega un papel importante dentro de la intersectorialidad dentro del modelo de salud planteado en Santander es el tipo de aseguramiento de la población, así como la participación e integración de los actores sociales que intervienen en la resolución de las necesidades de salud (Rodríguez-Villamizar,2016) que permite concluir que no se puede implementar el modelo ni realizar gestión en salud si no existe una adecuada coordinación entre el equipo de salud y los sectores que participan a nivel político y social del gobierno.

Esto se correlaciona con los hallazgos relacionados con la falta de una agenda pública concertada entre los distintos actores, la discontinuidad del equipo de salud y del desarrollo del modelo y la limitada concurrencia de recursos, que sugieren que la voluntad política es un elemento clave para la implementación y gestión de intervenciones en salud (Rodríguez-Villamizar,2016) (Rodríguez-Riveros, 2011). Evidenciando la falta de integración con los otros sectores para el trabajo en equipo con adecuados recursos y planes de beneficios, que limita en la práctica, no sólo el desarrollo y la sostenibilidad de la filosofía de APS integral, sino el acceso efectivo a los servicios (Rodríguez-Villamizar,2016).

Se encontró además en la literatura, que el Sistema Nacional de salud de Brasil prioriza las acciones primarias como eje organizativo de las prácticas de salud logrando mejores indicadores en salud, menores costos y mayor satisfacción del usuario (Lacerda Protasio,2017). Se han utilizado indicadores como:

El indicador de mortalidad infantil que tiene fuerte asociación con indicadores socioeconómicos, escolaridad, saneamiento básico y agua potable. (Miclos,2015) Los indicadores de adolescentes están influenciados por dificultades en acceso de educación, desempleo,

desigualdad social, aumentando el indicador de morbilidad por violencia, consumo de alcohol y drogas, aumento de ETS, embarazo en adolescente, aumento de mortalidad materna (Miclos,2015) El tratamiento para drogas lícitas e ilícitas no es exclusivo del sistema de salud y requiere áreas de participación pública como educación, seguridad, trabajo social y justicia. (Albino Da Silva,2014)

Pero otros instrumentos como PCAT, EUROPEP y PMAQ-AB, no mencionan preguntas que evalúen la categoría de intersectorialidad.

13.1.1.7 Primer Contacto

Otra de las categorías analizadas en el Atlas Ti es Primer Contacto y es mencionada en 56 de los 61 artículos analizados destacándose 8 de ellos, la cual se define para este estudio como la puerta de entrada; es decir, la conexión inicial del paciente con el sistema de salud que la compone y la accesibilidad que es la posibilidad de la población de acceder a los servicios de salud con cercanía y prontitud.

Esta categoría de primer contacto también es definida como los servicios de atención médica para cada nuevo problema o episodio nuevo de un problema existente, excepto en los casos de emergencias.(Albino Da Silva,2014) Pérez y Aceituno (2013) en su artículo Evaluación de la satisfacción del usuario en un Centro de Atención Primaria de Salud de Chile, mencionan que los prestadores primarios de salud se consideran el eje fundamental para lograr el primer contacto que tienen los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, de carácter preventivo, continuo y global. Además consideran que uno de los primeros aspectos en relación a la promoción y protección de la salud, es que el acceso a ésta debe ser de manera justa y equitativa para todos, lo que ha provocado una nueva orientación en los sistemas sanitarios y en los programas de salud

pública de los países, generando mayor importancia a los prestadores primarios de salud (Perez V, 2013).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, el prestador primario, como servicio de primer contacto, debe estar articulado a otros niveles, presupone la constitución de una red integrada de servicios de salud, la cual funciona como puerta de entrada en el sistema para la atención a lo largo del tiempo, a las necesidades y problemas de salud de las personas, coordinando o integrando los demás tipos de atención proporcionados en algún punto del modelo de salud. (Brandão,2013)

Se tiene en cuenta que para poder ser prestador primario se necesita de un acceso a los servicios de salud, el cual debe contar con capacidad resolutive, oferta de servicios y competencia de sus funcionarios, además de optimizar los tiempos de espera, el acceso a la información, el trato digno y respetuoso, infraestructura adecuada y cumplir las expectativas que presenten los usuarios (Perez V, 2013)

Se encontró experiencias de otros países sobre el primer contacto, uno de ellos es Brasil con la Estrategia Salud Familiar (ESF), que se encuentra basado en la atención integral en la salud, con vínculo de los equipos multiprofesionales a la población de un determinado territorio; lo que hace que sea la puerta de entrada preferida para el sistema y la responsable de la coordinación de las redes de salud.(Fontana Cardoso,2016) En Paraguay se cuenta con unidades de salud de la familia como puerta de entrada al sistema público de salud y hacen parte de la política pública para el desarrollo social (Rodríguez-Riveros,2012). Chile tiene 997 Centros de Salud Familiar (CESFAM), cuyo objetivo es el mejoramiento de la salud, donde adquiere mayor importancia la familia y la comunidad dado que es el nicho que conoce el ciclo vital del individuo (Perez V, 2013).

El Primer contacto en Argentina se basa en la idea de que cada vez que surge un problema nuevo, un centro o un profesional de salud concreto debe ser la puerta de entrada al sistema y accesible a la población, contando con dos subdimensiones: 1. Utilización: el centro o profesional

proveedor de Atención primaria en Salud (APS) es realmente visitado ante un problema o evento nuevo. 2. Acceso: es el elemento estructural necesario para el primer contacto (Berra S, 2013)

En la Unión Europea y otros países industrializados, los prestadores primarios se convirtieron en la puerta de entrada del sistema de salud y el lugar donde se instrumenta la continuidad del cuidado; siendo necesaria la disponibilidad de médicos especializados en medicina de familiar, dado que los médicos familiares han recibido capacitación de postgrado para convertirse en generalistas expertos y han sido identificados como uno de los miembros esenciales del equipo de atención médica que se necesitan para brindar atención primaria de salud efectiva, destacando su perfil en el modelo y como puerta de entrada al sistema por su formación y capacidades con enfoque biopsicosocial (Pasio,2014)

Se encontró que uno de los instrumentos utilizados para evaluar el primer contacto es el PCAT; que evalúa las experiencias percibidas de los pacientes en atención primaria: primer contacto, definido como la accesibilidad a usar los servicios de atención primaria cuando un nuevo problema médico o de salud aparece; utilizando las siguientes preguntas (Hu, 2016):

- ¿Va a su CAPS cuando necesita hacerse un control de salud de rutina?
- ¿Va a su CAPS antes de asistir a otro servicio de salud cuando tiene un nuevo problema de salud?
- ¿El CAPS abre los sábados o domingos?
- ¿Durante la semana el CAPS está abierto algunas tardes hasta las 20 horas?
- ¿Si el CAPS está abierto, alguien lo atendería ese mismo día si se enferma?
- ¿Si el CAPS está abierto, puede recibir indicaciones médicas por teléfono rápidamente?
- ¿Si el CAPS está cerrado, puede recibir atención médica telefónica cuando se enferma?
- ¿Si se enferma el fin de semana, cuando está cerrado, alguien lo atendería el mismo día?
- ¿Si se enferma de noche, cuando está cerrado, alguien le atendería esa misma noche?

- ¿Es fácil conseguir un turno para control médico?
- ¿Al llegar a su CAPS tiene que esperar más de 30 minutos para que lo atiendan?
- ¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno?
- ¿Resulta difícil ser atendido en su CAPS cuando lo necesita?

Otro instrumento utilizado para la evaluación de esta categoría es el GPAQ, utilizando las siguientes preguntas (University of Cambridge. 2014):

- ¿Cuánto tiempo el familiar o la familia tarda de su casa hasta la unidad básica de salud?
- ¿Cómo usted evalúa la organización de la Unidad Básica de Salud en la consulta?
- ¿Cuánto tiempo usted debe esperar para que le asignen la consulta de odontología en relación a la primera valoración?
- ¿La última vez que usted o alguien de la su familia, tuvo algún problema de urgencia, buscó una Unidad Básica de Salud / Puesto de Salud la salud?

Por su parte el PMAQ-AB plantea las siguientes preguntas para la evaluación del primer contacto (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2016.):

- ¿Si necesita ver a un médico de cabecera con urgencia, normalmente lo ven el mismo día?
- ¿Qué tan fácil es hablar con un médico o enfermera en el teléfono en su práctica de General Practitioner?
- ¿Qué tan importante es para usted ser capaz de reservar citas con anticipación en su práctica?
- ¿Qué tan fácil es reservar con anticipación en su práctica?
- ¿Cómo suele reservar sus citas en su práctica?
- ¿Cuál de los siguientes métodos preferiría usar para reservar citas en su práctica?
- ¿Qué tan rápido usualmente lo ven?

- ¿Cómo califica la rapidez con la que lo vieron?

Por último el EUROPEP plantea como instrumento la evaluación del primer contacto con las siguientes preguntas (Roque, 2016):

- ¿Cuál es la facilidad para hacer una cita que necesite?
- ¿Cuál es la posibilidad de hablar por teléfono con el médico de familia?
- ¿Tienes libertad de elección del profesional de la salud y la posibilidad de una segunda opinión?
- ¿Le brindan servicios rápidos para problemas de salud urgentes?

La importancia de plantear este indicador dentro de la propuesta de un modelo de evaluación del prestador primario está determinada por la necesidad de conocer la trascendencia y el valor del especialista en medicina familiar como primer contacto dentro del sistema para realizar un abordaje integral y efectivo en el individuo y la familia.

13.1.1.8 Resolutividad

Dentro de la revisión realizada y analizada en el atlas Ti se encontró que esta categoría está incluida en 18 artículos, donde se tomó la idea principal e integral en 8 de ellos, estos hablan que la resolutividad en la atención primaria es una característica primordial en el prestador primario, pues con ella se debe garantizar al usuario un servicio con calidad, facilidad en el acceso y disponibilidad de los diferentes servicios ofrecidos de forma integral, la resolutividad tiene como objetivo principal solucionar las necesidades de la población en cada uno de los niveles de atención (Dos Santos Ferreira, 2016) para garantizar así que se lleve de forma adecuada y sin demora la prestación de los servicios y más en aquellos usuarios que viven en zonas dispersas y de difícil acceso.

Para aumentar la resolutividad del prestador de salud se debe brindar capacitaciones, actualizaciones y evaluaciones a los trabajadores de salud (OliveiraI,2016) contando con adecuados

equipos de salud para brindar atención con excelencia, todo esto con el fin de mejorar y llevar una adecuada relación médico – paciente que conlleva en la satisfacción del usuario, donde también influye el tratamiento y obteniendo adecuados resultados en salud (Bjertnaes, 2011), acá juega un papel importante el médico familiar como cabeza principal del equipo médico, dado que cuenta con una mayor capacidad de ver patologías de alta complejidad (Pasio,2014) con menor solicitud de paraclínicos y remisiones a otras especialidades observando la pertinencia de las mismas (Costa,2014).

Según nuestra definición previa de resolutiveidad en el prestador primario se considera que es medible desde la percepción en la atención de los usuarios, donde su objetivo va encaminado en el cumplimiento de metas específicas en salud, como pueden ser la capacidad que tiene un establecimiento o red para atender personas que solicitan atención, número de pruebas diagnósticas solicitadas, número de remisiones a especialistas, control de enfermedades crónicas, cobertura de inmunización en la población general, entre otros.(Marco estratégico APS, 2007)

Dentro de la revisión realizada de los artículos no se encontró algún instrumento que evalué la resolutiveidad de forma individual y específica, pero se puede evaluar de manera indirecta por medio de otros indicadores o categorías, las cuales ya están implementadas en los instrumentos de evaluación PCAT, EUROPEP, PCET y PMAQ-AB como accesibilidad a los servicios, y continuidad del profesional en la atención (Benachi,2012), desde la percepción y satisfacción de los usuarios mostrando una solución integral a las necesidades o problemas que le aquejan en salud a la población y valorando el número de consultas que no se remitieron a las diferentes especialidades (Lacerda Protasio,2017, Roque,2016).

Al implementar un nuevo modelo de evaluación en APS de forma integral donde se incluya y evalúe la resolutiveidad de manera directa y con los resultados encontrados podremos mejorar los servicios brindados y mejorar así la capacidad resolutivea en el prestador primario a nivel del territorio nacional.

13.1.1.9 Seguridad

De la revisión realizada y registrada en el atlas TI la categoría de seguridad fue relacionada en 7 artículos de los cuales fueron relevantes 3 de ellos, dentro de estos se consideró que prestar un servicio de salud que pueda evitar un desenlace desfavorable para el paciente, es lo que el indicador de seguridad tiene como meta y definición, evitando siempre la realización de procesos en los cuales las circunstancias en que el potencial para el daño sea mayor que el potencial de beneficio. Esto sucede con múltiples procedimientos como es la aplicación o toma de un medicamento, con la realización de procedimientos diagnósticos o realización de procedimientos quirúrgicos. Es por lo anterior que resulta de vital importancia el término prevención, que hace referencia a la detección de los individuos con riesgo de intervenciones, diagnósticos y/o terapias, excesivas, con el fin de protegerlo de intervenciones médicas inapropiadas, sugiriendo alternativas éticamente aceptables. Y considerando las complicaciones evitables de cirugía o uso de medicación como problemas de mal uso (Airton,2016).

De igual manera se ha visto que para los usuarios es importante establecer un vínculo con su médico tratante que permita no solo conocer su proceso de salud-enfermedad, sino también a su familia, poder ser visto siempre por el mismo profesional, lo que aumenta la confianza que tiene el paciente acerca de lo que el médico puede hacer en una determina situación y fortalece la relación médico-paciente y conlleva a un mejor resultado de seguridad. (Rodríguez-Riveros,2012, Benachi,2012)

Y es que como se ve en los anteriores párrafos, el término seguridad recopila múltiples aspectos como los establecidos en la definición inicialmente propuesta por nosotros y la cual fue generada basada en bibliografía revisada y que hace referencia al proceso por el cual el prestador primario proporciona una atención y cuidados seguros al paciente. La cual implica minimizar el riesgo innecesario de daño al paciente, lo que se manifiesta en la ausencia de lesiones accidentales

atribuibles a la provisión asistencial o errores médicos. Un prestador primario que promueve la seguridad del paciente en la prestación asistencial implica: gestión del riesgo; declaración, análisis y seguimiento de incidentes; e implantación de soluciones para minimizar el riesgo de su recurrencia (Escuela de salud pública Andalucía, 2012). De igual forma la seguridad debe incluir actividades que focalizan su atención en las actividades de registro y notificación, la incidencia de reacciones adversas, las complicaciones relacionadas con la atención a pacientes, y las infecciones contraídas por el paciente durante un procedimiento menor.

Existen múltiples herramientas o instrumentos validados que han permitido evaluar el indicador de seguridad entre los que encontramos:

-PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2016)

- ¿Confiaste en que el médico de cabecera es honesto y confiable?

- ¿Tenía confianza en que el médico mantendrá su información confidencial?

-EUROPEP (Roque, 2016):

- Confidencialidad de la información sobre su proceso.

La seguridad constituye un indicador relevante en el modelo de salud dado que permite la prevención de eventos adversos o actos no deseados que pueden llegar a poner en riesgo la vida de la población tratante. Sin embargo aún hay escasez de herramientas que permitan una más amplia valoración de esta pues de las más nombradas como el PCAT, el PCAS y el GPAQ no la contemplan dentro de sus parámetros.

Adicionalmente a la comparación y análisis de esta categoría con respecto a la bibliografía encontrada y la definición dada por nosotros previo a la búsqueda podemos evidenciar la gran relación que existe y que está basado en la prevención y/o evitación del riesgo, es por tal motivo

que consideramos que seguridad debe ser establecida como uno de los indicadores a tener en cuenta en el momento de generar un modelo de evaluación, sin embargo debe ser establecida en conjunto con la gestión del riesgo.

13.1.2 Categorías inductivas

13.1.2.1 Calidad

Dentro de los artículos analizados en el atlas Ti la categoría CALIDAD fue encontrada en 7 artículos, de los anteriores 4 fueron considerados relevantes. En la revisión de estos se establece que la calidad ha sido vista de múltiples formas que coinciden en el proceso que se quiera y/o requiera, pues puede estar sujeto a los mecanismos de control, guías o parámetros que deben tener los diferentes servicios prestados. (Nathanielly,2016).

El principal objetivo que tiene la calidad es inducir la ampliación del acceso y la mejora de la Atención Básica, con garantía de estándares de calidad nacional, regional y local comparables, de manera a permitir mayor transparencia y efectividad de las acciones gubernamentales dirigidas a brindar un servicio caracterizado por equidad, un nivel profesional óptimo, con un adecuado balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios (Fracolli,2014).

Como vemos y lo establecimos inicialmente existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud que no permiten establecer un concepto único. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tiene una idea distinta y cada uno de ellos pondrá mayor relevancia a los conceptos que más valora pero que de una u otra forma va a contribuir al bienestar del paciente.

Así, para el paciente características como la calidez y pronta atención, las instalaciones del sitio de atención, un mayor número de prescripciones médicas y la imagen de la institución, son

atributos que determinan un valor para la calidad. Para el prestador de servicios de salud y asegurador del mismo, sin desmerecer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se basa en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como la experiencia de los profesionales y la tecnología disponible, así como un balance en el costo beneficio de los servicios. Llegar a tener una muy buena calidad en la atención depende del trabajo articulado de todos los actores del sistema, incluido el paciente.

Es por lo anteriormente establecido que se ha considerado que la calidad está arraigada y relacionada con otros atributos, hace parte necesaria en un Sistema de salud resolutivo, donde la garantía de calidad, acceso y disponibilidad de servicios ofrecidos son la piedra angular de su desarrollo. Como producto de lo anterior gobiernos como el de Brasil en su preocupación por la salud ha desarrollado acciones e iniciativas de evaluación sistemática sobre la actuación de los equipos en el marco de la atención básica por medio del PMAQ-AB cuyo objeto es evaluar aspectos estructurales ofrecidos por la gestión municipal, aspectos del proceso de trabajo desarrollado por los equipos y la satisfacción del usuario. Dentro de las estrategias utilizadas ha sido primordial partir de un Sistema de atención integral único de salud que evite la fragmentación de la población que en ocasiones termina siendo la barrera principal para la prestación en salud; de igual forma el modelo de APS consideran puede ser una estrategia efectiva en la búsqueda de una mayor asistencia y establecimiento de vínculos entre usuarios y profesionales de la salud. (Dos Santos Ferreira, 2016).

De igual manera dentro de las herramientas establecidas encontramos el PCAT la cual ha demostrado tiene propiedades de medición excelentes, mientras que cuando de valoración de la calidad se refiere tiene mayor recomendación (AMQ) .(Airton, 2016). En Brasil realizaron un estudio de comparación entre estos dos instrumentos, el estudio realizado presentó una baja concordancia entre los instrumentos AMQ y PCAT, lo anterior justificado en que no miden los mismos atributos. Los aspectos donde no hubo concordancia entre el AMQ y el PCAT son: acceso, o capacidad de los servicios de salud en disponer de recursos de acuerdo con las necesidades de una

población determinada; longitudinal, que es la existencia de una fuente continuada de atención; coordinación, o estímulo y reconocimiento de los problemas abordados en otros servicios, de ese cuidado en el cuidado global del paciente; y finalmente, la orientación comunitaria, caracterizada por el reconocimiento por parte del servicio de salud de las necesidades locales mediante la recogida de datos epidemiológicos y el contacto directo con la comunidad.(Airton, 2016)

Adicional a los instrumentos previamente mencionados, existen múltiples herramientas validadas que han permitido evaluar la calidad de la atención en la Atención Primaria en Salud y se convierten en un tipo de monitoreo de las acciones a nivel de la Atención Primaria y de respuesta a las necesidades de planificación y toma de decisiones y desempeño de los gestores, dentro de estas encontramos las siguientes con sus correspondientes preguntas:

-PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2016):

Qué tan bueno fue el GP en:

- ¿Te pone a gusto?
- ¿Ser educado y considerado?
- ¿Te está escuchando?
- ¿Te da suficiente tiempo?

-GPAQ (University of Cambridge. 2014.)

- Cuando el (a) o el familiar tienen consulta marcada, cuánto tiempo espera para ser atendido?
- En las consultas, los profesionales del equipo examinan ¿su cuerpo? O si la consulta es para otra persona y usted está solo acompañando, el profesional examina el cuerpo de esta persona (por ejemplo, pierna, vientre, garganta, etc.)?
- En las consultas, es posible comprender las orientaciones de los profesionales?

- En las consultas, los profesionales demuestran atención cuando está informando de sus problemas o de familiar que está acompañando?
- Cuando el (a) usted o alguien de su familia quiere hacer una queja o sugerencia en la unidad básica de salud / puesto de salud, logra?
- En la unidad básica de salud / puesto de salud existe consejo local de salud u otros espacios de participación popular?

-EUROPEP (Roque, 2016):

- Te hace sentir que tienes tiempo durante la cita.
- Examen clínico realizado por el médico.

13.1.2.2 Capacitación

Dentro de la revisión realizada y analizada en el atlas Ti se encontró que esta categoría está incluida en 11 artículos, donde se tomó la idea principal e integral en 6 de estos artículos, los cuales hacen referencia de la evaluación de la APS. Se incluyeron una serie de dimensiones dentro de las cuales se abordó la formación del profesional la cual se define como el recurso humano con capacitación y formación en el enfoque de APS para facilitar el cumplimiento de sus atributos, capacitándose en una variedad de programas para una mejor atención a la población, definiendo roles y competencias para el médico familiar. (Rodríguez-Riveros,2012, Pasio,2014)

Por lo cual la capacitación es una herramienta en pro del aprendizaje y preparación del equipo de atención primaria ante cualquier problemática en salud del paciente y su familia, desde la puerta de entrada, con mayor acceso a los servicios, con un enfoque familiar y orientación comunitaria con campañas de medicina preventiva dando como resultado acciones más resolutivas para un modelo basado en APS. Dado que esta capacitación permanente de los profesionales hace que la atención sea mejor y los resultados del trabajo de equipo sean de mayor calidad (Fontana

Cardoso,2016) desde una perspectiva de manejo integral, con mayor capacidad de análisis, intervención y autonomía (Moraes,2013)

Esta dimensión se incluyó y se evaluó por medio del instrumento PCAT tanto a usuarios y profesionales, siendo bien valorada por ambas partes, donde el usuario reconoce el adecuado entrenamiento de los profesionales, el buen trato y la resolución de sus problemas en poco tiempo y de manera eficaz (Rodríguez-Riveros,2012). Este tipo de evaluación realizada va más allá de la formulación del juicio de valor, significa reflexión, aprendizaje, trabajo en el equipo, participación y responsabilidad como profesionales en salud (Alba,2015), siendo más calificados para resolver las problemáticas en el área de atención primaria (Albino Da Silva,2014).

Según nuestra definición previa de capacitación es importante que los coordinadores o directores médicos establezcan estrategias de capacitación para desarrollar las diferentes competencias, habilidades y profundizar en los conocimientos con el grupo interdisciplinario en APS.

Dentro del instrumento de evaluación en mención PCAT, en esta revisión del artículo fue ajustado de acuerdo a las características y necesidades del país donde fue implementado, donde no describe qué tipo de cuestionario se realizó a los usuarios, solo nos indica la percepción positiva por parte de los estos en la atención y conocimiento del profesional (Rodríguez-Riveros,2012). En los otros instrumentos incluidos EUROPEP, PCET y PMAQ-AB de nuestra revisión no se incluye la evaluación de esta categoría.

Por lo anterior consideramos que la capacitación es una de las categorías de inclusión y de importancia para el equipo de APS, el cual le brinda una atención de mayor calidad dentro del nuevo modelo de evaluación a implementar, ya que ofrece servicios en salud a la vanguardia según de las necesidades del individuo, la familia y la comunidad en los diferentes departamentos a nivel nacional.

13.1.2.3 Impacto del Médico Familiar

De los 61 artículos analizados en el Atlas Ti se encontraron que solo 2 son relevantes para la categoría de impacto, que hace referencia en nuestra investigación con la medición del efecto de las acciones en salud y para la presente investigación se evaluará el impacto del Médico Familiar en el Sistema de Salud, ya que es considerado en diversos modelos mundiales como la puerta de entrada al sistema, por su formación integral de posgrado para convertirse en generalista experto e identificado como uno de los miembros esenciales del equipo de salud y en investigaciones en los Estados Unidos han demostrado que la oferta de médicos de atención primaria se asocia positivamente con mejores resultados de salud de la población (Pasio,2014).

En la literatura analizada se establecen tres contextos significativos que caracterizan a los profesionales de la atención primaria y reflejan el alto nivel de interés y apoyo en la toma de decisiones, la clínica y la vinculación de la familia, con un enfoque amplio e integrador que cubre toda la gama de promoción de la salud, prevención, reconocimiento temprano, diagnóstico y tratamiento. (Sapag,2016) Además se sustenta en el artículo "Development of a family physician impact assessment tool in the district health system of the Western Cape Province, South Africa", que es valioso evaluar el impacto del Médico Familiar en la esfera como proveedor primario, líder en gestión clínica y capacitación del equipo de salud, líder de la comunidad, proveedor de cuidado y consulta (Pasio,2014).

En este mismo artículo se plantea un instrumento para la evaluación del impacto del médico familiar donde se evalúan los siguientes componentes:

- **Relacionadas con el impacto de los médicos de familia como proveedores de atención y se plantean los siguientes ítems:** El médico de familia puede manejar pacientes con VIH a nivel de atención primaria, el médico de familia es capaz de diagnosticar Tuberculosis e

iniciar el tratamiento, el médico de familia es capaz de manejar pacientes con enfermedades no transmisibles (Hipertensión / diabetes / asma) entre otras. (Pasio,2014)

- **Competencias relacionadas con el impacto de los médicos de familia como consultores con los siguientes ítems:** El médico de familia es un modelo a seguir para la atención clínica centrada en el paciente, cuando se trata con un paciente, el médico de familia a menudo pregunta sobre su familia y contexto, la presencia del médico de familia ha disminuido las referencias innecesarias a los hospitales de 2 y 3 nivel, el médico de familia a menudo atiende pacientes con afecciones más complicadas remitidas por los médicos / enfermeros clínicos en atención primaria, el médico de familia realiza actividades de divulgación en otras clínicas o centros de salud y el médico de familia se mantiene actualizado con las últimas pautas y evidencias, etc.(Pasio,2014)
- **Competencias relacionadas con el impacto de los médicos de familia como líderes de gestión clínica** El médico de familia crea un clima positivo en el trabajo que motiva / apoya al personal para hacer lo mejor, el médico de familia promueve mayores niveles de trabajo en equipo a través de su estilo de liderazgo, el médico de familia muestra habilidad para resolver conflictos, el médico de familia maneja su propio estrés y presiona bien y es sensible a las necesidades del personal, con el médico de familia tiene una influencia calmante en los demás, el médico de familia se ocupa de lo personal, el médico de familia está continuamente tratando de mejorar sistemas para proporcionar una mejor calidad de atención, es decir, a través de ciclos de mejora de la calidad, morbilidad y mortalidad, etc. (Pasio,2014)
- **Competencias relacionadas con el impacto de los médicos de familia como formadores clínicos y supervisores:** El médico de familia contribuye a la formación de internos o médicos de servicio a la comunidad, el médico de familia contribuye a la formación de la familia, registradores de medicamentos, por ejemplo, a través de reuniones educativas, o

supervisando su curso de trabajo, el médico de familia contribuye a la formación de estudiantes de pregrado, por ejemplo a través de dar tutoriales, enseñanza de cabecera, o supervisión de sus proyectos, el médico de familia participa en la evaluación de estudiantes de pregrado y posgrado, por ej. portafolio oral y evaluaciones clínicas entre otras. (Pasio,2014)

- **Competencias relacionadas con el impacto de los médicos de familia como formadores de capacidad:** El médico de familia promueve el continuo desarrollo profesional de su personal organizando o facilitando las actividades estudiantiles, creando un espacio para que el personal pueda asistir a cursos / talleres, el médico de familia desarrolla capacidad a través de la delegación tareas y responsabilidades al dar soporte, el médico de familia está interesado en el desarrollo del personal como profesionales y como personas, el médico de familia es fácilmente accesible. (Pasio,2014)
- **Competencias relacionadas con el impacto de los médicos de la familia como formadores de líderes:** El médico de familia es consciente de los problemas de salud de la comunidad local / distrito, el médico de familia tiene una visión para la promoción de la salud en la comunidad, atención y comunicación al personal, el médico de familia está actualmente comprometido y apoyando la promoción de la salud en la comunidad atendida, el médico de familia se relaciona con otros miembros de la comunidad, recursos y servicios, es decir, organización no gubernamental (ONG), iglesias, locales, gobierno, el médico de familia se relaciona con la comunidad local (Pasio,2014)

Otros instrumentos hallados en la revisión de los artículos como el PCAT, EUROPEP y PMAQ-AB, no mencionan atributos que evalúen el impacto del Médico Familiar, pero consideramos que es de suma importancia evaluar los resultados de las acciones desarrolladas por el médico Familiar hacia el paciente y sobre la salud de la población; la cual puede ser valorada o percibida en la reducción de los síntomas, las mejoras en calidad de vida y reintegración social,

considerándose uno de los indicadores primordiales a tener en cuenta en el momento de la valoración del éxito y funcionamiento de un modelo de salud.

13.1.2.4 Oportunidad

Dentro de la revisión realizada y analizada en el atlas Ti se encontró que esta categoría está incluida solo en 2 artículos, donde la definen como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios en salud, sin que se presenten demoras en su atención que generen mayor morbi-mortalidad (Batista Moliner,2001).

Si se brinda una adecuada oportunidad se facilitará la ejecución de actividades y control de actividades de P y P en salud en todo el país, asegurando la atención e identificación de eventos relevantes en salud, generando el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud y por lo tanto el primer escalón del proceso de APS de la población (Batista Moliner,2001).

Evitando así las barreras económicas, geográficas, organizacionales y culturales para tener una oportunidad en el acceso a los cuidados de la salud y un mayor compromiso por parte del equipo multidisciplinario en atención, calidad y en un tiempo adecuado (Rizzotto,2014)

Dentro del pensamiento heterogéneo de las EPS e IPS, se ha observado un mayor fraccionamiento de la red de prestación de servicios a nivel nacional, evidenciándose en zonas rurales por ejemplo dificultad en el acceso y falta de oportunidad en la prestación de los servicios en salud de nuestra población.

En la revisión de los instrumentos de evaluación PCAT, EUROPEP, PCET y PMAQ-AB no se encontró que se evalúe oportunidad de una manera directa, sino de una manera indirecta por medio del acceso de los servicios desde la percepción del usuario.

Según nuestra definición previa de oportunidad y en la revisión realizada se considera que el usuario debe obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos o demoras que

pongan en riesgo su vida o su salud. Por esto debemos implementar un sistema que unifique la APS y se logre brindar calidad en la atención, oportunidad, y acceso a cada uno de los municipios del territorio nacional, ofreciendo servicios en salud de manera integral, continua, oportuna y eficiente a través de cada una de las redes.

13.1.2.5 Participación comunitaria

En cuanto a la categoría de participación comunitaria fue relacionada dentro de la búsqueda de la bibliografía en 3 artículos, de los cuales los 3 fueron considerados relevantes, dentro de los cuales ha sido considerada como la implicación de la comunidad en la creación e implantación de decisiones importantes, que requieren la toma de conciencia colectiva de la toda la comunidad, sobre factores que frenan el crecimiento, por medio de la reflexión crítica y la promoción de formas asociativas y organizativas orientadas a un bien común (Ruiz-Rodríguez,2011). Teniendo en cuenta lo anterior se ha propuesto trabajar en la investigación de las necesidades de esa comunidad y se han planteado medidas como aplicación de las ficha familiares, complementadas con el ecomapa y el familiograma, para caracterización de la población e identificación de sus necesidades, guardando un enfoque familiar y comunitario, de tal manera que se desencadene una serie de acciones intersectoriales y con participación comunitaria (Rodríguez-Riveros,2012, Lacerda Protasio, 2017).

A pesar de la existencia de múltiples herramientas las cuales han sido diseñadas para la valoración de ciertos indicadores como el PCAT, el PCAS, el GPAQ, el PMAQ-AB o el EUROPEP, actualmente no se cuenta con herramientas que valoren esta pues ninguna de las categorías concebidas en las anteriormente nombradas la contempla.

Adicionalmente a la comparación y análisis de esta categoría con respecto a la bibliografía encontrada y la definición dada por nosotros previo a la búsqueda podemos evidenciar la gran relación que existe sin embargo consideramos que la bibliografía se queda corta con respecto a este indicador pues la información suministrada es muy reducida aunque concreta.

13.1.2.6 Satisfacción del usuario

De los artículos analizados en el atlas Ti se encontró que la categoría Satisfacción del usuario está presente en 7 de ellos y de estos 3 fueron considerados relevantes. La satisfacción del usuario puede observarse por la reacción del usuario al contexto, proceso y resultado general de su experiencia de un servicio, y también puede incluir parcialmente un dominio amplio representado por expectativas previas y valores generales (Lacerda Protasio). Múltiples herramientas en distintos países han procurado evaluar la satisfacción del usuario como parte de una adecuada atención en salud.

En herramientas de atención primaria como el PCAT o el EUROPEP se considera dentro de sus indicadores, satisfacción del usuario como punto de evaluación permitiendo así conocer qué tan cercano y satisfecho se encuentra el paciente en relación a los procesos derivados de la atención en salud (Roque,2016). En el EUROPEP se establecen los siguientes ítems para evaluar la satisfacción del usuario:

- Interés mostrado por su situación personal.
- Facilidad con la que te sientes cómodo para contar tus problemas.
- Cómo estuvo involucrado en las decisiones sobre la atención que le brindó el médico.
- Examen clínico realizado por el médico.
- Ofrecimiento de servicios de prevención de enfermedades.
- Explicación sobre medicamentos, tratamientos y exámenes recetados. (Roque,2016)

La satisfacción del usuario con el servicio brindado puede mejorar la calidad de vida, debido a que se ha de considerar que una buena satisfacción hacia el sistema de salud puede mejorar patrones como la adherencia al tratamiento prescrito, y así mismo existe una continuidad en el uso de los servicios de salud (Lacerda Protasio,2017). Además, de ser importante para un tratamiento

exitoso, la comprensión de la satisfacción del usuario es una forma de evaluar y controlar la calidad del servicio durante un período de tiempo.

Estudios como el de Lacerda Protasio, Ane Polline et al (2017), han permitido identificar los principales factores que influyen en la satisfacción del usuario con respecto a los servicios de salud, para ayudar a coordinar la atención en salud, para definir acciones que mejoren la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario y tomar decisiones que fortalezcan estas acciones.

Los procesos de evaluación de la satisfacción de los usuarios en los servicios públicos de salud pueden actuar para la construcción de una nueva perspectiva del cuidado y además de monitorear las actividades de estos servicios, puede fortalecer el control social y la participación/ inclusión de los usuarios en los procesos de planificación (Brandão, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva, Giovanella, Ligia, & Campos, Carlos Eduardo Aguilera. (2013) Brandão,2013). Puede contribuir, por lo tanto, a la construcción de alternativas conjuntas - entre servicios de salud y usuarios - para intervenciones más adecuadas para solucionar problemas presentes en el cotidiano de los servicios, propiciando avances en el ámbito de la producción de atención y gestión de los servicios de salud (Brandão, Ana Laura da Rocha Bastos da Silva, Giovanella, Ligia, & Campos, Carlos Eduardo Aguilera. (2013) Brandão,2013).

La satisfacción del usuario ha sido uno de los indicadores que en distintos países en los cuales el sistema de salud contempla la atención primaria, se ha intentado medir y evaluar en diferentes cuestionarios o herramientas. La satisfacción por parte del usuario se puede medir desde la experiencia inicial en la atención o en el proceso longitudinal derivados de salud enfermedad. Como se ha considerado el prestador primario en los sistemas de salud tiene gran relevancia, así como evaluar la satisfacción de los pacientes que son atendidos por cualquiera de los componentes de este prestador, esto genera una transformación enfocada en una mejora constante y permite que

quienes organizan los procesos de atención de los usuarios generen estrategias y rutas que llevan a lograr cada vez una mejor satisfacción en la atención de todo el proceso derivado de la atención en salud.

13.1.2.7 Trabajo en equipo

De la literatura revisada la categoría de análisis trabajo multidisciplinario fue mencionada en 3 artículos de manera relevante, estableciendo en cada uno de estos la conformación del equipo que debe cuidar la salud familia; considerando como parte de estos: al médico/a general o especialista en medicina familiar, uno licenciada/o en enfermería u obstetricia, un auxiliar o técnico/a en enfermería y cinco agentes comunitarios (Rodríguez-Riveros,2012) que se encarguen de dar prioridad a las intervenciones y las pautas para la promoción y prevención de la salud (Lima,2016).

Contandriopoulos y colaboradores consideran que estimular la interdisciplinariedad y la conformación de equipos de trabajo en atención primaria, incluyendo el servicio de enfermería optimiza la accesibilidad a la atención y eficiencia (Contandriopoulos,2015). En su proyecto resaltan el papel de enfermería en los centros de atención primaria, de hecho, como empoderada de un equipo de trabajo multidisciplinario, con lo que, según la literatura consultada por ellos, ha demostrado a nivel de Quebec y Canadá, mejor atención en salud, con mejores resultados en la prestación del servicio, especialmente en población con patologías crónicas.

Además de esta composición estructural, el trabajo en equipo debe tener un sentido funcional de trabajo en equipo, en cual una de las características principales es compartir un objetivo común y tener sistemas comunes de comunicación y evaluación que generen mejores resultados clínicos, aumentado la satisfacción profesional. (López- Liria,2017)

Sin embargo a pesar de su mención del trabajo en equipo como atributo importante en la atención primaria en salud, no existe se evidencian indicadores o métodos de evaluación específicos para esta categoría, lo cual implica un área de interés a investigar.

13.2 Resultados entrevistas

Con el fin de conocer la conformación actual del Prestador Primario en el Sistema de Salud Colombiano, se realizó un listado de instituciones referentes en el sector, donde figuran siete entidades las cuales serán numeradas como Entidades Prestadoras de Salud (EPS) de las anteriores seis permitieron la realización de las entrevistas, el Ministerio de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, la dirección de la asociación de Hospitales Públicos y la asociación de EPS del Régimen Subsidiado, contando finalmente con la participación de 6 funcionarios pertenecientes a las diferentes instituciones para la realización de las entrevistas. Durante el proceso de selección y solicitud de la participación de los mismos, 2 de estas instituciones no aceptaron participar en el estudio, puesto que la información solicitada, fue considerada por estos entes, de tipo confidencial, uno de ellos una EPS de régimen contributivo y la otra de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá quienes consideraban que el protocolo de investigación debía diseñarse en conjunto con ellos.

Las personas entrevistadas fueron seleccionadas por ser referentes de las instituciones a las cuales pertenecen y con conocimiento del Componente del Prestador Primario del MIAS. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a estas personas con previa firma de consentimiento informado. Es de suma importancia aclarar que las opiniones generadas por los entrevistados hacen parte de opiniones individualizadas basadas en su experiencia y conocimiento mas no son opiniones institucionales.

A continuación, se expondrán las ideas más relevantes de los entrevistados, con el objetivo de conocer la implementación del prestador primario y los modelos de evaluación para este, desde la perspectiva de las EPS y los entes reguladores y partícipes del sistema, divididas por categorías, 9 deductivas y 2 inductivas.

13.2.1 Categorías deductivas

13.2.1.1 Atención centrada en la persona

La Atención centrada en la persona es destacada en las entrevistas realizadas a los diferentes actores de salud como la valoración de la persona en forma integral e integrada con su familia y su entorno, resaltando el principio institucional de la familia como parte integral del cuidado y potencializador terapéutico (EPS 1 y 2), compartiendo el concepto relacionado con la valoración contextualizada del ciclo vital individual y familiar, encaminando sus actividades al manejo de la población asegurada hacia acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, contando con equipos multidisciplinarios, conformados por Medicina General, Odontología, Enfermería y especialidades básicas como Medicina Familiar, quienes intervienen en el curso de vida de los pacientes (EPS 1, 2 y Funcionario 2).

Otro aspecto relacionado con la Atención en salud centrada en el paciente y familia está dado por la necesidad de establecer la viabilidad para asignar grupos de médicos y de enfermeras a una población específica que brinden una atención enfocada a identificar factores de riesgos y determinantes de la salud, que permitan asegurar un abordaje holístico en el proceso de salud-enfermedad, lo cual se traduce en mejoría de los indicadores en salud. Dentro de este enfoque de atención se requiere tener en cuenta la intersectorialidad, que favorece el acceso a los servicios a la población particularmente de zonas rurales apartadas y de difícil acceso, dado que se necesitan recursos de diferentes entidades territoriales para fortalecer las acciones en salud, resaltando una perspectiva de los entrevistados quienes refieren “que la atención primaria es un asunto netamente político de la toma de decisiones de un gobierno que establece sus rutas de atención en salud” (Funcionario 2).

Cabe resaltar que a pesar, que en las entrevistas realizadas a las seis EPS y a los cinco funcionarios, hacen referencia a la atención centrada en la persona, ninguno menciona algún mecanismo por el cual se pueda evaluar la atención centrada en la persona. Adicionalmente

observamos que las EPS 3, 4, 5, 6 y los Funcionarios 1, 3, 4 y 5, no consideraron relevante hacer mención de la atención centrada en la persona.

Las definiciones propuestas por las EPS 1 y 2 y Funcionario 2, se relaciona con la definición propuesta en el protocolo donde se indica la valoración del individuo en función a su ciclo vital individual y a su contexto biopsicosocial y familiar para la gestión del riesgo.

13.2.1.2 Capacidad

Un prestador primario requiere de la disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades individuales y de la población, debe contar con una capacidad institucional instalada, según los referentes entrevistados, no hacen mención específica en su concepto empero traen acotación características que enmarcan la capacidad específica de la institución como con la creación de: “los binomios: lo describen así: si mi médico de familia no puede atender la IPS pone un médico como espejo, al cual pueda tener acceso a la atención” (EPS 5). De igual forma destacan “no se puede sobreestimar ni tampoco subestimar la capacidad de respuesta que tiene una determinada institución, comparando una entidad de Bogotá con una de los alrededores como por ejemplo Funza donde cada una de ellas enmarca una problemática muy individual” (EPS 6) y además enfatiza que “se lograría evaluar la resolutivez dependiendo de la capacidad de la red, porque no todos los prestadores primarios van a tener los mismo servicios, entonces no es lo mismo el hospital de Faca a un hospital que tenga una mejor resolutivez y que esté geográficamente mejor ubicado como en Chía” (EPS 6).

Al hablar de capacidad es claro saber los diversos escenarios que esta implica y que no solo hace referencia a temas financieros ni de infraestructura sí que también involucra: que “para que hacer la caracterización de la población si se tienen que fortalecer las capacidades institucionales” y enfatiza en esta propuesta de la norma, “ayudaría a mejorar lo que tenemos que consultar” y brinda un ejemplo la territorialidad (Funcionario 1).

En las entrevistas realizadas a los referentes y funcionarios se evidencia una perspectiva diferente con respecto a la categoría de capacidad en cuanto al concepto, el énfasis y la importancia que le brindan desde la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de las necesidades individuales, las familiares y las de la población satisfechas, teniendo en cuenta la capacidad institucional instalada que se brinde a la atención primaria integral, sin barreras de acceso, independientemente que población en la que se trabaje sea en áreas urbanas y/o rurales , con o sin vulnerabilidad, contando siempre con un equipos de trabajo multidisciplinario con alta capacidad resolutive.

Las EPS 1, 2, 3 y 4, al igual los Funcionarios 2, 3, 4 y 5 no hacen alusión a esta categoría dentro de lo referido.

13.2.1.3 Continuidad

La continuidad no tiene una definición establecida para los distintos funcionarios en el ámbito de la atención primaria, sin embargo ha sido considerada “desde la viabilidad y factibilidad de crear un modelo con asignación individual y familiar a un mismo equipo médico y de enfermería, esperando un impacto positivo en términos de continuidad en la atención” (EPS 1), lo anteriormente establecido apoyado en considerar el prestador primario como el encargado de garantizar y responder por el seguimiento y cuidado de sus propios pacientes, generando mejores resultados en salud, interviniendo en el análisis de los diferentes riesgos de su población, realizando mayores actividades de promoción y prevención (EPS 1). Así mismo se considera continuidad en la atención del prestador primario como la condición que genera satisfacción por conocer qué pasa con la población asignada y así generar mejores resultados en salud (EPS 1). Igualmente el anterior modelo de asignación poblacional específica a los profesionales es compartido con otros representantes de otras EPS quienes contemplan una distribución más individualizada “de establecerse un médico personal este realizaría gestión de riesgo de la población asignada abriendo

la oportunidad para lograr la continuidad en la atención de los pacientes” (EPS 3). De otro lado también se ha determinado como “la continuidad permite establecer un lazo en la relación médico y paciente dando estabilidad y constancia en la atención y que contribuye a mejorar los demás indicadores” (EPS 4).

Con el transcurrir de los años se han observado las múltiples modificaciones que se han realizado a nuestro sistema de salud y que han ido generando la pérdida de la continuidad del servicio desde el punto de vista de atención en salud así como del grupo familiar, por lo cual es importante hacer una unificación del prestador que garantice esta (Funcionario 1).

Por último, dentro del análisis realizado en las entrevistas de los diferentes actores se observó que los representantes de la EPS 2, 5, 6 y los Funcionarios 2, 3, 4 y 5 no establecen una definición a esta ni describen como la continuidad ha sido evaluada en sus instituciones o servicios.

13.2.1.4 Coordinación

Dentro de las redes integrales de atención en salud se deben establecer roles específicos que ayuden al paciente a que se le brinde los diferentes servicios en salud, los cuales deben fluir sin dificultades de una institución a otra, por ejemplo, cuando no hay disponibilidad para la realización de un paraclínico o valoración por un especialista, se debe disponer de estrategias de enlace y conexión con las demás redes de atención complementarias al prestador primario y así asegurar la continuidad en la atención. Este concepto es reforzado por la EPS 1, el cual describe que en esa aseguradora el prestador primario es el encargado de garantizar el primer contacto y la coordinación del cuidado de los usuarios por parte de los diversos niveles de atención.

Sin embargo es claro que ante la ausencia de IPS de atención primaria con una composición estructural básica acorde al MIAS (con apoyo de especialidades básicas Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, con infraestructura de imágenes diagnósticas y/o de laboratorio) y al desarrollo histórico de estos prestadores en Colombia, debe entenderse al

prestador primario como una red integrada y no como una única institución, que podrían funcionar coordinadas (EPS 4). Lo anterior teniendo como punto de referencia al Médico Familiar dadas sus características de alta resolutiveidad e integralidad, para el cumplimiento de funciones de coordinación y armonización de los servicios que se dan dentro de estos prestadores (Funcionario 3).

Los referentes de las EPS 2, 3, 5 y 6 y los Funcionarios 1, 2, 4 y 5 no hacen mención de la definición ni enmarcan como relevante la categoría de coordinación.

13.1.2.5 Integralidad

El prestador primario es el encargado de garantizar el primer contacto y la coordinación del cuidado de los usuarios, dando resolución a la mayor parte de los problemas de salud, por lo cual los Médicos Familiares se encuentran en gran parte de los centros de atención médica (EPS 1). Este concepto del prestador primario es compartido por la (EPS 2), quien además manifiesta que éste, debe ser fuerte en la gestión del riesgo, y no implica tener solo Medicina General, Odontología y Enfermería, dado que la modalidad bajo la que funciona el prestador primario, le permite contar con la presencia de varias especialidades. Por tanto, el Médico Familiar es considerado clave para la prestación del servicio a través de las rutas integrales de atención, puesto que facilita el enfoque en salud familiar, con atención centrada en la persona, familia y comunidad, reforzando la idea que el prestador primario cuente con equipos de atención primaria multidisciplinarios completos e integrales (Funcionario 3).

En diversas instituciones prestadoras de servicios de salud, en sus unidades de atención primaria, cuentan con servicios de nutrición, psicología y algunas especialidades básicas dependiendo de las necesidades poblacionales, que pueden incluir Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Ortopedia, además de ofrecer servicio de toma de muestras y en todos los servicios de protección específica y detección temprana (EPS 5).

Por ejemplo, en Guainía, se logró la carnetización y capacitación de los médicos tradicionales y las parteras lo anterior de la mano de los médicos familiares: “la Medicina Familiar es lo mejor que le ha podido pasar al nuevo modelo de salud” (Funcionario 2), los cuales han logrado articular la atención occidental con la tradicional, a través de un intercambio cultural que se ha ido dando espontáneamente. (Funcionario 2).

Es menester que la red de servicios primarios, debe funcionar de manera integrada y coordinada, con una única función de atender todas las necesidades de la salud de la población, logrando el cumplimiento de metas de promoción y prevención y cobertura de los programas (EPS 4). La delimitación territorial de las redes integrales, ha permitido la implementación en la red facilitando que el paciente fluya sin dificultades de una institución a otra (EPS 3).

Para la mayoría de los Funcionarios y EPS entrevistados, consideran que la presencia del Médico Familiar en el prestador primario, lograría mejorar la integralidad y accesibilidad al sistema; el Médico Familiar puede ayudar a que el Médico General tenga mayor capacidad resolutive, y logre fortalecer la prestación del servicio a través de las redes integradas, sin embargo, no existen suficientes para el país. (Funcionario 4).

El Médico Familiar sería entonces, el pilar de la atención en salud, especialmente en gestión de riesgo donde el paciente pueda acceder a un paquete integral, una valoración que genere bienestar al paciente y su grupo familiar, en lo que coinciden la mayoría de los entrevistados, a pesar que en una de ellas no se establece la presencia de este especialista, en cambio si la de un Médico General con enfoque de salud familiar que lidera el proceso de atención y que es considerado la puerta de entrada al sistema. En este contexto, la Medicina Familiar debe estar ubicada en la mayoría de estos centros de atención del prestador primario como apoyo a las demás especialidades y al Médico General, con un enfoque comunitario e intersectorial, que intervenga con todos los determinantes sociales y que estén centrados en la persona, familia y en la comunidad.

13.2.1.6 Intersectorialidad

La intersectorialidad ha sido vista de múltiples formas y es quizá una de ellas la que plantea de manera indirecta la EPS 1 la cual dentro del desarrollo de su entrevista nos muestra como incluye herramientas que tiene como caja de compensación familiar que emplea con el fin de impactar en la salud de su población, por medio de actividades como el ejercicio, la nutrición, la recreación y la educación, entre otras. De igual forma nos evidencia como ha intentado establecer relaciones bidireccionales con los entes territoriales con el fin de esclarecer un flujo de información más claro: “con los entes territoriales hemos hecho aproximaciones de ellos hacia nosotros y de nosotros hacia ellos, para buscar contactos y poder empezar a establecer como un flujo de información más claro, ha sido un proceso de madurez, aunque aún le hace falta a ellos un poco de empoderamiento y de flujo de información porque la información que nos entrega es muy esporádica y trabajar en eso creo que se vuelve trascendental“ (EPS 1).

A pesar de que no en todas las entrevistas hablan directamente de la categoría de intersectorialidad, esta ha sido definida con un claro ejemplo dentro de la explicación del nacimiento del modelo de atención, el cual parte desde la preocupación misma del gobernador de Guainía por hacer algo por su gente, por su población, lo que lo llevó a realizar la búsqueda de entes políticos como el viceministro Luis Fernando Ruiz y la Presidencia de la República con el fin de generar redes y estrategias que les permitieran establecer un modelo de atención para las zonas dispersas de Colombia y que posteriormente sería la base de modelo nacional que se implementa como lo constituye el prestador primario y complementario. Lo anterior apoyado con la participación de la comunidad que es y será parte fundamental del modelo teniendo en cuenta el enfoque que este tiene hacia la salud familiar y comunitaria, enfoque de cuidado, que abarca temas de interculturalidad, determinantes sociales y enfoque de riesgo en salud que obliga a identificar a la gente, redefinir el rol del asegurador y del prestador (Funcionario 2). La anterior experiencia es

también reconocida por el Funcionario 1, quien apoya y reconoce el modelo implementado en Guainía como un gran ejemplo de intersectorialidad.

De igual forma el Funcionario 2 es muy enfático en la necesidad del direccionamiento del modelo hacia “dos enfoques, el de Medicina Familiar y del enfoque de la intersectorialidad y de centrado en la persona, la familia y en la comunidad, y la corresponsabilidad que tienen en los diferentes niveles, con un enfoque ecológico para garantizar la salud de esa persona que está en el centro de todo el mundo y que todos, la familia, la comunidad y, el estado lo privado, que son los más grandes, tiene la responsabilidad de garantizar los derechos”. Además establece la intersectorialidad en el proceso que conduce a la construcción del prestador primario en Guainía donde involucra a los niveles de atención, los centros de salud, la secretaría de salud, las secretarías municipales, los agentes del sistema y la institucionalidad indígena que es la que participa permanentemente en las decisiones de consulta y participación activa.

El Funcionario 2 tiene establecido como meta lograr la intersectorialidad para lo cual en el momento ya trabaja con diferentes sectores como educación, vías de comunicación, vivienda, entre otros donde se pretende que la salud lidere y pueda incidir en las acciones de salud. Algo similar sucede en la EPS 1, la cual a pesar de no tener la categoría específicamente escrita, hace referencia de manera indirecta a esta, resaltandola como una parte del trabajo en comunidad donde el objetivo no solo va a estar dirigido a fortalecer la parte de salud sino que también trabaja en estrategias como la educación, hogar, trabajo y todo lo que puede brindar como caja de compensación que también son en favor a la salud de la comunidad.

En cuanto al Funcionario 3 resalta algunos de los entes (el gobierno, los aseguradores, los prestadores y figuras territoriales) que deben estar presentes y actuar con efecto de cascada en el modelo, corroborando y asegurando el adecuado desarrollo de las funciones que cada cual posee frente al modelo.

El Funcionario 4 habla acerca de la necesidad de desarrollo tecnológico que requiere también mecanismos de coordinación intersectorial y desarrollo de mecanismos para evitar barreras para hacer un trabajo intercultural sin embargo se infiere en la utilidad de este en el momento en que plantea la importancia de aterrizar el modelo del MIAS a la población rural, pues refiere que el ministerio establece un modelo que se ajusta o que está enfocado a la población de las ciudades y que no resulta tan fácil de aplicar en zonas rurales por lo que el funcionario hace constante énfasis en la necesidad de presencia de los actores que constituyen el prestador primario ya sea de manera presencial o por medio de modelos de telemedicina, con el fin de cumplir con los objetivos establecidos por el modelo. De igual forma en lo referido por el Funcionario 4 se evidencia la intersectorialidad en la integración y participación que ha tenido que realizar el funcionario para llevar a cabo el piloto del modelo que realizan en Risaralda donde por políticas establecidas por el ministerio durante el tiempo de realización del piloto se ha visto tórpida la continuidad de este y ha llevado a realizar el llamado urgente a los diferentes entes gubernamentales que permitan superar estas barreras que hasta el momento han podido ser superadas.

El Funcionario 5 si habla específicamente de intersectorialidad y hace referencia a ella en el momento que indica la importancia que el prestador primario identifique las falencias y los determinantes de la salud tanto proximales como distales para que la persona que pueda incidir en ellos o por lo menos a través de los compromisos intersectoriales se logren los cánones, ya que el funcionario considera esto es la parte más importante de un sistema de salud y la gran falencia que tiene el nuestro.

A pesar de ver los múltiples contextos en los cuales fue referenciada de manera directa o indirecta la categoría de intersectorialidad podemos ver como las EPS 2, 3, 4, 5 y 6 no consideraron importante hacer referencia a esta. De igual manera podemos ver cómo a pesar de haber definido intersectorialidad como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la

salud, el bienestar y la calidad de vida no todas las oportunidades donde fue referenciada se ajustan exactamente a su definición.

13.1.2.7 Primer contacto

La categoría primer contacto es relevante en todas las entrevista realizadas a los referentes de las instituciones de salud, dado que cada uno expresa su definición según la forma como han planteado su actual modelo de atención en salud. El prestador primario para la EPS 1 se encarga de “garantizar el primer contacto y la coordinación del cuidado de los usuarios con los otros niveles de atención, es el sitio donde el usuario debe llegar y donde se deben resolver la mayor parte de sus problemas de salud, trabajando en coordinación con la red de los prestadores complementarios”. Otro planteamiento realizado como primer contacto considera que “el prestador primario es la puerta de entrada al sistema de salud dado que tiene una población específica asignada donde se genera la atención en salud” (EPS 2).

Llama la atención el concepto expresado por la EPS 3, que considera a su vez que “el prestador primario es la puerta de entrada de la red integral de atención y es quien está a cargo de resolver las necesidades frecuentes en salud de la población afiliada que hacen parte del subsistema de aseguramiento”. Por otro lado la EPS 4 refiere que “el prestador primario es un nivel de atención, refiriéndose al primer contacto como el nivel de atención de puerta de acceso al sistema que se puede conformar como una red integrada y no como una única institución, sino una IPS que podrían funcionar coordinadas y su única función será atender todas las necesidades de salud de la población y resolver según su competencia las enfermedades más prevalentes”.

La EPS 5 según su concepto considera que “el prestador primario es el nivel básico de atención, es decir, las IPS básicas de atención de la red contratada del país, que han homologado como puerta de entrada desde el entendimiento del MIAS”. La EPS 6 considera que: “el prestador

primario y el primer nivel de atención son dos cosas totalmente diferentes, dado que el prestador primario es la puerta de entrada para la resolución de la mayoría de las problemáticas de los pacientes, además, porque en el prestador primario existen servicios que no están en los primeros niveles como cuidado intermedio, entonces define la puerta de entrada o los captadores a través de la gestión de riesgo, identificando por ciclo de vida individual y ciclo de vida familiar los riesgos de cada paciente y de cada familia”.

Para el Funcionario 1 “el prestador primario es un primer contacto por lo cual se incluye en este la accesibilidad a los servicios ofertados y este modelo debe tener una evaluación integral y de unión en cada uno de los departamentos a nivel nacional dado que lo que se busca es la unificación del sistema”. El Funcionario 2 determina primer contacto como: “la puerta de entrada en el servicio de salud, la cual sería la consulta de primera vez para el usuario”. El Funcionario 3 señala que el primer contacto: “es la puerta de entrada a los servicios en salud para la población y ya está establecido quienes son los partícipes del equipo multidisciplinario”. El Funcionario 4 considera que primer contacto “aún no ha sido definido en las instituciones por lo cual considera que requiere la asociación del sector público y privado para garantizar la integralidad de las rutas de atención”. El Funcionario 5 indica que el primer contacto “es el prestador primario al que define como el primer contacto, la primera fuente, primera mirada, la cual es la mirada orientadora de la persona que entra al sistema de salud o cómo debería ser en nuestro sistema de salud, ese primer contacto es el primer desarrollo pero dentro de una mirada mucho más asistencial”.

En conclusión el primer contacto es considerado el momento inicial en que el usuario tiene contacto con el servicio de salud, idealmente se considera que debería asignarse una población específica al prestador primario y que este se reconozca como el primer contacto de atención en salud que debe tener el paciente. Al reconocer su prestador primario se garantizará contacto permanente con su población y coordinación del cuidado de los usuarios, así mismo desde este prestador primario se generará una red que permita el contacto con un prestador secundario de ser

necesario. Puede existir una forma adicional de establecer el primer contacto en salud y podría ser por medio del ciclo vital individual del paciente y su primer contacto establecido sería como Medicina General, Pediatría, Medicina Familiar, Ginecología y otros.

El prestador primario es considerado la puerta de entrada en la red integral de atención y quien está a cargo de resolver las necesidades frecuentes en salud de la población. La georreferenciación de la población en las unidades médicas establecidas en la ciudad permite que el afiliado tenga un acceso fácil y cercano desde el lugar de vivienda al servicio de salud.

En algunas instituciones se intenta realizar un mejor acercamiento y reconocimiento de primer contacto, mediante la implementación de un médico personal el cual permite gestionar el riesgo en salud de cada paciente, así mismo se ha generado para este paciente un grupo integral de profesionales en salud que permita dar una adecuada gestión a sus necesidades de salud y apoyo de especialidades médicas que permita generar resolutiveidad de la consulta.

El primer contacto con el servicio de salud debe ser fácil en acceso y cobertura por lo cual se considera debe existir facilidad de cercanía del usuario al centro de atención o al médico evitando desplazamientos prolongados para garantizar contacto con el servicio de salud.

13.2.1.8 Resolutiveidad

La resolutiveidad no tiene una definición clara para los diferentes actores de salud, algunos consideran que el prestador primario se hace más importante e indispensable en esta área para la capacidad resolutive de problemas en salud, con el objetivo final que se resuelva la mayoría de estos en la salud del paciente (EPS 1, 2). En algunas instituciones es importante medir la resolutiveidad de algunos de los integrantes del prestador primario como los Médicos Generales, este se puede establecer bajo la medición de cuántos pacientes fueron remitidos al prestador secundario (EPS 2, 3).

Sin embargo, el tema de la resolutiveidad desde la perspectiva de uno de los entrevistados opina que debería existir un médico quien atienda a los pacientes de gran complejidad y varias situaciones de salud por lo cual debe apoyarse en remitir los pacientes, en este caso la medición de la resolutiveidad no sería tan precisa por esta vía (EPS 2). Clásicamente la resolutiveidad se ha medido por el número de remisiones que remite un profesional de la salud - “medimos la resolutiveidad clásicamente como el número de remisiones que se hace un profesional” (EPS 1 y Funcionario 5), y que efectivamente por sí solo, lograr dar solución entre el 80 - 90% de los motivos de consultas y evaluarla desde la perspectiva del paciente, el cual lo realizamos desde el modelo de utilidad de calidad percibida (EPS 1, 4 y Funcionario 2, 4).

La resolutiveidad también podría ser medida como por ejemplo logrando las metas en actividades de promoción y prevención, así como metas de control para pacientes con patologías crónicas (EPS 3, 4), en conjunto con un equipo interdisciplinario de atención primaria para dar una mayor resolutiveidad (EPS 3, Funcionario 3).

Otro concepto usado es la resolutiveidad global evaluado en los servicios de urgencias y en las tasas de hospitalización, sumado a esto las remisiones a especialistas, evitando las complicaciones o secuelas de las enfermedades y logrando evaluar que tanto una IPS llega a ser resolutivea (EPS 3, Funcionario 2, 4).

Una de las características que se espera del prestador primario es que resuelva las principales patologías de morbilidad, siempre teniendo en cuenta la accesibilidad y la integralidad en la atención (Funcionario 4), en conjunto y con la ayuda del Médico Familiar en la orientación del médico general y demás equipo (Funcionario 3, 4).

La resolutiveidad en el ambiente de hospitales públicos dependerá mucho de la gestión que se realice por el prestador primario y que además depende de múltiples factores normativos, por ejemplo, las limitaciones que se presentan a los médicos generales en términos de prescripciones

médicas o desarrollo de intervenciones, que no les permite desempeñarse de una manera adecuada por lo cual la resolutiveidad será más baja. Es aquí donde un elemento del prestador primario, como lo es el especialista en Medicina Familiar puede contribuir a mejorar la resolutiveidad del Médico General, sin embargo existe un déficit de estos especialistas en este país lo que hace que no exista una cobertura adecuada de especialistas para todos los municipios que se requiere (Funcionario 3). La resolutiveidad también requiere la utilización de paraclínicos y procedimientos básicos y necesarios para prestar una mejor atención en salud con lo que mejora la solución a los problemas de salud más prevalentes en áreas dispersas y poblaciones vulnerables para disminuir la morbi-mortalidad (EPS 4, 6).

Hemos observado con las entrevistas realizadas que los diferentes referentes y funcionarios de las EPS e IPS tienen diferentes visiones acerca del concepto de capacidad resolutive en la atención primaria, donde nos dejan ver características importantes a evaluar como son: la atención de las necesidades de la población en áreas dispersas, mayor vulnerabilidad, capacidad resolutive del equipo de trabajo, realización de actividades de P y P y la disminución del número de remisiones al prestador complementario, todo esto en pro de un servicio humanizado, de mayor accesibilidad e integralidad.

Dentro del análisis realizado en las entrevistas de los diferentes actores se observó que la EPS 5 y Funcionario 1 no consideran traer acotación la categoría de resolutiveidad.

La pertinencia médica puede ser uno de los componentes a tener en cuenta en la resolutiveidad especialmente para esta la EPS 6 sugiere las actividades en gestión de riesgo individual y poblacional se asocian a una mejor pertinencia médica y resultados en salud, dada la práctica y aplicación de lineamientos, fichas técnicas y protocolos de manejo dirigidos a estos riesgos individualizados de los pacientes y la comunidad. Adicionalmente, la EPS 1 considera la pertinencia médica como un indicador de evaluación del prestador primario, en compañía de otros

como seguridad, oportunidad y calidez de la atención; enfocados a realizar seguimiento de los objetivos del prestador primario: mejores resultados en salud, experiencia de cuidado para la persona y sostenibilidad financiera. Todo esto enmarcado en indicadores de resultado o calidad para esta EPS, lo cual considera está alineado a las expectativas del MIAS.

Por su parte la EPS 4 asocia la pertinencia médica a la adecuada solicitud de paraclínicos por parte del personal médico durante la atención, en el cual encontraron muchas dificultades por la no justificación en la prescripción de muchos exámenes médicos como la TSH; lo cual traducen en mala calidad del servicio y por ende un indicador importante a medir del prestador primario. Sustentan que lo que no se mide o se evalúa no se mejora y destacan en este punto la importancia de estimular y capacitar al personal médico, dado a que cuando existe retroalimentación y educación hacia el personal de salud, existe mayor resolutiveidad y pertinencia en la práctica médica.

Por ende, en las entrevistas se interpreta que la pertinencia médica es un indicador primordial a evaluar en el prestador primario, como sinónimo de calidad en la atención y resolutiveidad, caracterizado por actividades como la justificación adecuada en la solicitud de paraclínicos y prácticas terapéuticas dirigidas a las necesidades individuales y poblacionales específicas.

13.2.1.9 Seguridad y gestión de riesgo

La EPS 1 hace referencia al indicador de seguridad en el momento en que habla de los diferentes entes de control y habilitación que la EPS tiene en este instante con el fin de cumplir con los estándares que por norma y seguridad deben estar establecidos: “todo lo que tiene que ver con los estándares de calidad lo evalúa nuestro equipo de calidad interno y tenemos además los niveles de control que son la Secretaría de Salud por su lado pero también la EPS, quien permanentemente está con nosotros organizando de hecho para llegar a los niveles de auditoría obviamente hay

algunos que están establecidos por norma y sabemos que la EPS tiene que venir y mirar que nosotros estemos cumpliendo con los estándares de habilitación”, la seguridad es considerada por esta EPS como parte de los indicadores de calidad. De igual manera hacen referencia a estrategias comunitarias como visitas domiciliarias que permitan contribuir con la identificación de la población y su gestión de riesgo con el fin de brindar un manejo adecuado y oportuno que permita disminuir complicaciones de su población y por consiguiente obtener mejores resultados en salud.

De igual forma como la EPS 2 lo planteaba, las EPS 3, 4 y 5 cuenta con un modelo de gestión de riesgo basado en herramientas que han sido utilizadas a nivel de su entidad con el fin de generar una atención segura como lo es: caracterización de la población en cuanto a edad, clasificación de riesgo, marcación de riesgo y actividades de promoción y prevención que falten en las personas que están asignadas a su cargo: “frente a temas digamos como el mayor énfasis en la prevención y promoción de la enfermedad, la gestión de los riesgos en salud”.

La EPS 6 no se desvía mucho del modelo de gestión de riesgo que manejan las EPS previamente nombradas sin embargo aclara la existencia de un modelo el cual tienen tanto a nivel del riesgo individual como poblacional. Adicionalmente también cuenta con una gerencia de gestión de riesgo que se encarga de cumplir con las fichas técnicas, del manejo farmacoterapéutico y una gerencia médica la cual según la entrevistada no deberían estar dividida para una mejor pertinencia, efectividad y eficiencia sobre los resultados: “nosotros a nivel nacional tenemos una gerencia de gestión del riesgo y tenemos otra estructura de modelo de atención donde están todos los conceptos de ficha técnica, manejo farmacoterapéutico y por otro lado tenemos identificados los riesgos poblacionales y los riesgos individuales”.

En cuanto a seguridad se refiere la Funcionaria 2 narra cómo se generó el modelo de atención de Guainía y como dentro de este se contempló el enfoque de riesgo en salud para lo cual obligó a identificar a la gente, redefinir el rol del asegurador y del prestador con el fin de prestar una

atención segura, completa que disminuye los riesgos en salud de la población. De igual forma habla de las características y condiciones primordiales más no únicas que debe tener el modelo de atención como son: garantizar el acceso, garantizar la calidad de la atención y la humanización de los servicios, características las cuales de ser llevadas a cabo disminuirán o mitigaran el riesgo en salud de la población.

El Funcionario 4 habla de seguridad y gestión de riesgo en el momento en que establece que el componente y la estrategia de atención primaria en salud, va unida a la gestión de riesgo, porque tienen que ir de la mano, nos debe dar unas necesidades de la comunidad. De igual forma define la importancia de que sea el modelo quien llegue a la comunidad no la comunidad al modelo independientemente que se requiera del prestador primario o complementario y la necesidad de evolucionar hacia un sistema de salud centrado en las personas con todo lo que implica la gestión del riesgo individual, familiar y colectivo.

A pesar de ver los múltiples contextos en los cuales fue referenciada de manera directa o indirecta la categoría de seguridad podemos ver como la EPS 1 y el Funcionario 1, 5 y 6 no consideraron importante hacer referencia a esta de igual manera podemos ver cómo la mayoría de entrevistados enfocaron la seguridad a la gestión del riesgo teniendo gran relación con la definición dada inicialmente donde se determinó como el proceso por el cual el prestador primario proporciona una atención y cuidados seguros, con el fin de disminuir riesgo y daño en el paciente.

13.2.2 Categorías inductivas

13.2.2.1 Recursos

El modelo del prestador primario adecuadamente instalado, debe convertirse en una herramienta de la disminución del costo, sin afectar la calidad, según lo mencionado por la EPS 1, “es posible disminuir remisiones o exámenes no pertinentes gestionando de manera responsable las

acciones en salud”. “El prestador primario no puede ser una sola entidad”, tal como lo manifiesta el Funcionario 1, “puede ser un conjunto de instituciones donde se pueda agrupar la población, ya que tener uno por cada municipio, sería inviable para el sistema por costos”.

Para el Funcionario 4, “ninguna institución puede garantizarse hoy día como prestador primario, requiere de alianzas público-públicas, público-privadas o privada-privada para que se garantice su conformación”. Sin embargo, la parte pública del sistema, no tiene cómo responder dado el tipo de contratación que establece con las EPS, por tanto, se requiere que el gobierno invierta en el sector público, por ejemplo, en infraestructura, dado que, en este, la venta de servicios no se da, y no es posible subsistir con los gastos que genera el sistema. Para lograr el equilibrio financiero, dice el funcionario, “se requiere mejorar tres factores: aumentar la venta de servicios, aumentar el recaudo y disminuir los gastos”, de los cuales los dos primeros no dependen de los hospitales y el último, la mayoría de las veces están en su mínima expresión.

Dice la EPS 6, que, “si se comienza a darle todo al contributivo, el subsidiado va a ir en decremento, se requiere buscar una equivalencia para que el dinero de los contribuyentes sea mejor aprovechado. Los recursos deberían ser direccionados hacia la prevención, modificando estilos de vida, cambiando el perfil de salud de la población”. Una vez se logra la caracterización de la población, la forma como se contrata con el asegurador y la IPS, hará que se optimicen los recursos, tal como lo menciona el Funcionario 2.

La EPS 3, “ha ido avanzando en modalidades de contratación que permite agregar servicios, sin contratar por evento, y en un sistema de información que le permite al médico acceder a la información de primera mano del paciente, lo que facilita la toma de decisiones y conocer qué le ha ocurrido a ese paciente incluso durante una hospitalización o atención en urgencias, casi que con acceso en línea”.

“A medida que el MIAS funcione, y se logre una prestación oportuna y humanizada de los servicios, por niveles de riesgos, se verá el impacto sobre la eficiencia en el manejo de los recursos del sistema, con un prestador primario correctamente estructurado, podremos ver una mejor utilización de los recursos”, así lo considera el Funcionario 3, y aunque el gasto sea mayor, este incremento, se refleja en una mejor atención y mejores resultados en salud.

Es importante resaltar la dinámica que existe entre las diferentes opiniones de los entrevistados tanto del sector privado como público y los funcionarios, encontrando en esta gran concordancia en el momento de tener en cuenta las categorías como integralidad, Primer contacto, resolutiveidad y recursos, las cuales fueron consideradas importantes y destacadas por la mayoría de los actores y que por consiguiente son implementadas o buscan implementarlas dentro de su modelo de atención.

En relación a las categorías de atención basada en la persona, continuidad coordinación, intersectorialidad, seguridad y gestión de riesgo, existen opiniones divididas acerca de la utilidad y existencia que estas puedan tener dentro del modelo de atención en salud, además que algunos entes no contemplan la necesidad de implementación de las mismas; lo que permite evidenciar que aunque existe una misma política se ejecutan modelos de atención diferentes dependiendo de las necesidad de los actores, mas no de la población orientada en el paciente, su familia y la comunidad.

En la tabla 3 se resumen las consideraciones de los entrevistados, según las categorías de análisis y si se consideraban relevantes para la evaluación de la calidad de los centros de atención primaria.

Entrevistados											
Categorías	EPS 1	EPS 2	EPS 3	EPS 4	EPS 5	EPS 6	FUNCIONARIO 1	FUNCIONARIO 2	FUNCIONARIO 3	FUNCIONARIO 4	FUNCIONARIO 5
Atención centrada en la persona	Relevante	Relevante	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante	Relevante	No relevante	No relevante	No relevante
Capacidad	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante	Relevante	Relevante	Relevante	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante
Continuidad	Relevante	No relevante	Relevante	Relevante	No relevante	No relevante	Relevante	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante
Coordinación	Relevante	No relevante	No relevante	Relevante	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante	Relevante	No relevante	No relevante
Integralidad	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	No relevante	No relevante	Relevante	Relevante	Relevante	No relevante
Intersectorialidad	Relevante	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante	No relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante
Primer contacto	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante
Resolutividad	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	No relevante
Seguridad y gestión del Riesgo	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	No relevante	Relevante	No relevante	Relevante	No relevante
Recursos	Relevante	No relevante	Relevante	No relevante	No relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	Relevante	No relevante

Tabla 3

Este trabajo permitió tomar la iniciativa de la realización de una propuesta para un modelo de evaluación del prestador primario del MIAS, a partir de un análisis previo y minucioso dado por la revisión de la literatura y las diferentes entrevistas realizadas a los actores tanto privados como públicos y funcionarios del sector de la salud. La cual deberá ser validada y aprobada en un futuro, sin embargo, este es un avance en el esquema de evaluación de prestador primario unificado y sistemático de aplicación a nivel nacional, ya que en la actualidad no existe un modelo de evaluación para Colombia.

**PROPUESTA PARA EVALUAR EL COMPONENTE DEL PRESTADOR PRIMARIO
DE SALUD EN COLOMBIA**

Cuestionario para usuarios mayores de 18 años

Por favor señale en cada ítem SÍ - NO

Atención Centrada en la Persona

¿Hay un profesional en su centro de salud donde la/ lo conozcan mejor como persona y a su familia?

¿Los profesionales de salud en su centro médico conocen los problemas más importantes de usted y su familia?

¿Los profesionales de salud le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus problemas durante la consulta?

¿Te conoce muy bien tu médico del centro de salud como persona, en lugar de como alguien con un problema médico?

¿Sabe su médico del centro salud cuáles son los problemas más importantes para usted?

Continuidad en la Atención

¿Siempre lo/la atiende el mismo profesional o equipo de salud?

¿Los profesionales de su centro de salud ¿responden a sus preguntas acerca de su condición de salud de manera que usted entienda?

¿Los profesionales de salud de su centro de atención conocen su historia clínica completa?

Si usted tuviera una enfermedad o discapacidad que le impidiera desplazarse al centro de salud, ¿tendría atención en domicilio por algún profesional de salud?

¿Se siente satisfecho con la atención brindada/realizada por el mismo profesional?

¿Cuándo usted deja de asistir a su centro de salud, los profesionales lo buscan para saber lo que pasó?

¿Cambiaría de CAPS si fuera fácil y rápida?

Coordinación

¿Su médico/a de su centro de salud sabe que tuvo una consulta con el especialista?

¿Le brindó su médico del centro de salud, información acerca de los diferentes lugares a los cuales podría acudir para buscar ayuda con su problema de salud?

¿Su médico/a o algún profesional de su centro de salud sabe cuándo usted realiza una consulta en un servicio de urgencia?

¿Alguien que trabaja en su centro de salud, lo ayudó a conseguir el (TURNO, CITA, FECHA, HORA) para esa consulta?

¿El profesional que lo/a atiende en su centro de salud preparó alguna información por escrito para el especialista?

¿Su médico/a u otro profesional de su centro de salud conocen el resultado de esa consulta?

¿Cuándo va a consulta a su centro de salud, ¿su historia clínica está siempre disponible?

Integralidad

¿En su centro de salud están disponibles gran parte de los servicios necesarios para su atención?

¿El profesional de salud realiza actividades, según su edad para la prevención de enfermedades?

¿Su profesional de salud realiza consejería sobre estilos de vida saludable de acuerdo a su condición de salud?

¿Su profesional de salud brinda atención a problemas o conflictos relacionados con su familia?

¿Recibe usted ayuda por parte de su médico en la resolución de problemas emocionales o psicológicos?

Participación Comunitaria

¿Los profesionales de salud conocen los problemas de salud más importantes de la comunidad a la cual usted pertenece?

¿Se realizan actividades en su comunidad organizadas por el centro de salud para brindar consejos o actividades para mejorar la salud?

¿Alguien del centro de salud lo ha visitado en su domicilio alguna vez?

¿Se han realizado encuestas a los integrantes de la comunidad sobre sus problemas de salud?

¿Su centro de salud recibe opiniones e ideas de personas de la comunidad que ayudarán a brindar una mejor atención médica?

¿Hay igualdad en la prestación de los servicios de salud brindados en su comunidad?

Primer Contacto (Referente / Accesibilidad)

¿Asiste a su centro de salud cuando tiene un nuevo problema de salud?

¿Hay algún profesional o lugar al que usted vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?

¿Va a su centro de salud antes que otro cuando necesita hacerse un control rutinario de salud?

¿Si su centro de salud está abierto y usted se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?

¿Si requiere un control médico por algún problema de salud, es fácil conseguir un control?

¿Resulta difícil ser atendido en su centro de salud cuando lo necesita?

¿Al llegar a su centro de salud tiene que esperar mucho tiempo para que lo atiendan?

Resolutividad

Su médico/a se interesa en la calidad de resolución de su problema de salud cuando asiste al especialista?

¿Considera que su médico en el centro de salud ha logrado resolver gran parte de sus problemas de salud?

¿Al ser remitido a una consulta con especialista, este logra resolver su problema de salud?

¿Se siente satisfecho con la calidez de la atención brindada en su centro de salud?

¿Considera que su médico se encuentra capacitado para resolver sus problemas de salud?

14. Discusión

A partir de lo encontrado en las revisiones bibliográficas efectuadas y en los resultados de las entrevistas realizadas, y lo enunciado por el PAIS, se aprecia la necesidad de establecer indicadores que evalúen el componente del prestador primario, que permitan conocer la funcionalidad de éste, mediante un modelo de evaluación definido en dos categorías que comprendan aspectos inductivos y deductivos.

Evidenciamos que esta figura del componente del prestador primario descrita en el modelo operativo Colombiano, se encuentra referenciado en otros sistemas de salud como: equipo para la atención primaria en salud en Cuba (Eissen, 1966), España (MSSSI, 2012), Perú (Muench, 2013), y Brasil (Montekio, Medina y Aquino, 2011), así como también se denomina equipo básico de salud en México (MAI, 2015), y hogares médicos centrados en el paciente en los Estados Unidos (Muench, 2013), entre otros. Mientras que en Francia no se utiliza la modalidad de equipo para la APS debido al sistema de atención imperante en este país (Sánchez, 2016). Sin embargo, teniendo en cuenta su característica de ser el primer contacto a los sistemas de salud se entiende que este componente es denominado como la atención primaria en salud siendo equivalentes, lo cual también sucede en los demás países referenciados, en este texto lo denominaremos como centros de APS, siendo equivalentes al prestador primario de las redes del modelo integral de atención en salud.

El componente del prestador primario está compuesto por un equipo multidisciplinario de salud, siendo éstos profesionales de Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Enfermería y Odontología, aparte del personal técnico en salud; teniendo en cuenta el enfoque de Salud Familiar y Comunitaria en la atención del MIAS establecido en el PAIS, y la prestación del servicio que se realiza en centros de atención primaria según lo indicado por la ley 1438 de 2011 sin establecer claramente la participación del Médico Familiar, ni

determinar una definición clara del rol de cada profesional aparte de su quehacer profesional. En este sentido el Ministerio de Salud ha impulsado la presencia del Médico Familiar en la APS desde la misma formación académica mediante el Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria, la cual da a entender la necesidad e idoneidad del Médico Familiar dentro de la atención y liderazgo de los programas de APS desde el año 2015 (PNSMFC, 2015), lo cual sucede también en otros países (Eissen, 1966; MSSSI, 2012; Muench, 2013; MAI, 2015; Sánchez, 2016). Sin embargo, no en todos se define la conformación de los centros de atención primaria, más si la participación de un Médico Familiar como responsable de la intervención médica en la APS. El médico familiar busca integrar las acciones de promoción y prevención a la atención, con enfoque cultural para lo que se requiere formación psicosocial. También puede aparecer que un medico general con enfoque en salud familiar se ha pensado por los costos y hay una discusión amplia acerca de que información requeriría para lograr el enfoque, ya que la formación posgraduada busca precisamente lograr que se tenga el enfoque y que solo se termina de perfeccionar con la experiencia y la educación continuada.

En nuestro país actualmente no se cuenta con una evaluación para los centros APS que cumplieran la función del prestador primario, más sí algunos estudios, datan en diversos países la utilización de encuestas aplicadas a los usuarios, administradores de salud y prestadores del sistema, basadas en la medición de las características primordiales de la atención primaria, siendo el Primary Care Assessment Tool-PCAT, el más utilizado y del cual cada país ha adaptado según la caracterización de su población (Elias et al, 2006; Ibañez et al, 2006; Macinko, Almeida y de Sá, 2007; van Stralen, 2008; Berra et al, 2011; Berra et al, 2013; Fracilli et al, 2014), y con respecto a esta herramienta, en nuestro país no ha sido aplicado a gran escala, tan solo se cuenta con una investigación relacionada con la adaptación de esta al contexto Colombiano (Giraldo, Vélez, Ponso, Pasarin y Berra, 2017), y dos investigaciones a nivel local (Vega Román et al, 2008; Rodríguez et al, 2012).

Resultado de la triangulación realizada de la revisión bibliográfica, de las entrevistas desarrolladas, y de las categorías de análisis deductivas e inductivas, se establecieron los siguientes indicadores para el modelo de evaluación del componente del prestador primario: Atención centrada en la persona, Continuidad, Coordinación, Integralidad, Primer contacto, Participación comunitaria y Resolutividad.

Con respecto a la atención centrada en la persona, esta se retoma como también lo hace la visión del MIAS (Min Salud, 2016), entendiendo al paciente como un ser humano único e irrepetible con dimensiones que lo hacen parte de una sociedad (llámese familia, comunidad, grupo u organización), y quien es el fin principal del programa y de las acciones del programa. En este sentido, se encontró en nuestro estudio que los entrevistados resaltan la importancia de visualizar al paciente dentro de su curso de vida individual, familiar y colectivo mediante una atención longitudinal, lo cual coincide con lo referido por Starfield y Shi (Pasarín et al, 2007), quienes retomaron estos aspectos dentro de la evaluación PCAT.

La evaluación del PCAT ha sido aplicada en Brasil dando a entender la esencia de la atención centrada en el paciente en términos de accesibilidad, ingreso, vínculo, oferta de servicios, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y profesionales en salud que prestan la atención (Elías et al, 2006; Ibáñez et al, 2006; Macinko, Almeida y de Sá, 2007; van Stralen, 2008; Berra et al, 2011; Berra et al, 2013; Fracilli et al, 2014), La categoría atención centrada en la persona se aprecia como fundamental, al ser dicha atención centrada, el ser y que hacer de la APS.

La continuidad es entendida en nuestro estudio como la capacidad de referencia, respuesta y contrarreferencia del paciente y su familia dentro de la APS y fuera de esta según sus necesidades en términos del mantenimiento del cuidado de forma permanente en el tiempo y por los mismos cuidadores generalmente. En revisiones de literatura como describe Bresick et al, se ha evaluado la relación entre continuidad y calidad del cuidado, específicamente la continuidad fue asociada con la

satisfacción del paciente, disminución de las hospitalizaciones y visitas a urgencias, y mejor aceptación de los servicios preventivos particularmente en condiciones de cuidado crónico (Bresick, 2016). Continuidad, cuando es practicada por profesionales de atención primaria en sistema de salud regulado está asociado con mejores resultados en salud y costos más bajos que en sistemas fragmentados, no regulados. También existen evidencias de que la continuidad de los cuidados en atención primaria en salud tiene influencia en la calidad de la atención con mejora en las prácticas preventivas, establecimiento de diagnósticos más precoces y promueven una mayor eficiencia (Fausto, 2014).

Para lograr una adecuada continuidad se requiere que los profesionales sean abiertos en sus relaciones, basadas en la confianza, impregnadas de afecto y subjetividad, con una postura más allá del modelo biomédico (Carrer, 2016). Por ejemplo en situaciones agudas de hospitalización o estancias domiciliarias por procesos salud enfermedad se valora la posibilidad de continuar el contacto entre paciente y profesional fortaleciendo aún más esta relación. El funcionamiento de un sistema de salud eficiente depende, en gran medida, de su capacidad para establecer una continuidad de la atención dentro de la cual la función de la atención primaria es proporcionar una atención de calidad que sea accesible.

Es basado en todo lo previamente expuesto y evidenciado en la literatura como los mejores resultados en salud que la continuidad debe ser contemplada como uno de los indicadores a evaluar en un modelo de evaluación del prestador primario.

Al respecto los entrevistados coinciden en términos generales con el planteamiento del concepto, así como también, con lo encontrado en los diferentes estudios que aplicaron escalas que comprenden esta categoría de continuidad y puntúa de forma importante para que se esté cumpliendo como el resultado y denominado como muchas veces y realizado casi siempre (Elias et al, 2006; Ibañez et al, 2006; Macinko, Almeida y de Sá, 2007; van Stralen, 2008; Berra et al, 2011; Berra et al, 2013; Fracilli et al, 2014). En este sentido la continuidad adquiere de igual forma el

carácter de perfil de un elemento de calidad de la atención en la APS, derivada de las características de calidad de la atención en salud de nuestro país.

La coordinación en nuestro estudio se comprende como la interrelación intrainstitucional, interinstitucional, intrasectorial e intersectorial entre los componentes del sistema de salud, sus actores, las instituciones responsables de la APS y los demás sectores tanto políticos, como sociales, económicos. En este aspecto, los entrevistados concordaron en el sentido de la importancia de la articulación entre los componentes del prestador primario y complementario, siendo este último el apoyo y destino final de la referenciación del paciente y su familia en aspectos no solo de salud, sino también de apoyo social, cultural. Lo cual difiere de lo encontrado en la literatura con respecto a la interrelación entre el sector salud y los demás sectores, dado que en lo referido en otros países no se menciona el apoyo intersectorial (Eissen, 1966; MSSSI, 2012; Muench, 2013; MAI, 2015; Sánchez, 2016). Esta categoría fue evaluada en diversos estudios como realizada muchas veces según la escala PCAT, entendida esta como la coordinación de las acciones al interior del programa de APS (Elías et al, 2006; Ibáñez et al, 2006; Macinko, Almeida y de Sá, 2007; van Stralen, 2008; Berra et al, 2011; Berra et al, 2013; Fracilli et al, 2014), mas no en la extensión que este pueda tener fuera del contexto de salud en relación a intersectorialidad y a los determinantes de la salud. Sin embargo, es relevante considerar al ser la coordinación la herramienta que permita la dinámica de la continuidad en la atención, al facilitar la coyuntura de las acciones tanto dentro como fuera del sistema de salud.

La integralidad en nuestro estudio comprende el enfoque de las acciones en salud de forma holística, centrada en un ser humano que se compone de esferas tanto mental, como física, psicológica, emocional, espiritual, política, económica, religiosa, cultural, etc. Que conforma un todo con su grupo de relación (familia, comunidad, organización, barrio, comuna, localidad, etc.), en quién las acciones en salud pretenden mejorar dichas esferas desde un escenario preventivo y correctivo. Se entiende por integralidad, a una estructura de atención que pueda responder de

manera integrada a todas las necesidades de los pacientes, vista desde las dimensiones de la persona como un todo y ofreciendo una amplia gama de servicios, al alcance de los mismos. Según la bibliografía consultada, para evaluar la integralidad es necesario indagar acerca de los servicios que dispone las unidades de atención primaria y compararlos con los que el usuario demanda, incluye la prestación de actividades de promoción y prevención de la salud y que adicionalmente el usuario obtenga en estos lugares todo lo que requiere para estado de salud no solo física, sino también emocional, con intervención en hábitos de vida saludable, tal como lo establecen los diferentes instrumentos que la han evaluado y por tanto es un indicador a tener en cuenta para un modelo de evaluación para el prestador primario del MIAS.

En esta categoría los entrevistados coinciden en observar la integralidad desde el modelo de atención del MIAS, el cual se enfoca en la atención multidisciplinar, y en las acciones de cada disciplina y aquellas que las interrelacionan, perspectiva desde la cual observan al individuo y su entorno, enfocando en la presencia y rol del Médico Familiar en el sistema, el cual a través de la gestión del riesgo y del RIAS, aportan a una atención integral y por ende más resolutive. Con respecto a lo relacionado con la integralidad, en la literatura se refiere a la forma de evaluación de esta como la comparación entre los servicios provistos y los demandados por los usuarios y el poder obtenerlos en sus centros de atención primaria. Los estudios en los que se empleó la escala PCAT, se encontraron calificaciones en el servicio muchas veces (Elías et al, 2006; Ibáñez et al, 2006; Macinko, Almeida y de Sá, 2007; van Stralen, 2008; Berra et al, 2011; Berra et al, 2013; Fracilli et al, 2014). En este sentido la integralidad puede quedar desdibujada por las acciones conjuntas de las RIAS, por lo que evaluarla resalta el aspecto del ser humano que se puede perder en el que hacer del programa de la atención primaria y permite rescatar la consideración del ser como individuo multidimensional y centro de la atención en salud. .

El primer contacto en nuestro estudio se entiende como el puente entre el individuo y la atención en salud tanto en el servicio de puerta de entrada o atención básica, como en la atención

complementaria. Esta categoría fue la mejor definida por los entrevistados, en cuanto a que el prestador primario debe ser la puerta de entrada de la población en el nuevo modelo de atención de salud, adicional a la posibilidad de definir inicialmente el riesgo presente en la población, y de iniciar o continuar el manejo que minimiza o elimina dicho riesgo. En las investigaciones encontradas, en la escala PCAT este ítem fue evaluado como muchas veces, significando gran importancia esta categoría en la atención primaria. (Elías et al, 2006; Ibáñez et al, 2006; Macinko, Almeida y de Sá, 2007; van Stralen, 2008; Berra et al, 2011; Berra et al, 2013; Fracilli et al, 2014). Al ser los centros de APS el primer contacto entre el individuo y el servicio de salud, debe reconocerse la importancia de este vínculo entre el sistema de salud y la población, por lo que es fundamental evaluar esta categoría en nuestro país dada su relevancia, al ser el componente del prestador primario definido desde el MIAS, como el encargado de la resolución de los problemas en salud más frecuentes individuales, familiares y colectivos, encaminados a los diferentes cursos de vida además es establecido como una unidad funcional y administrativa, definido por la OMS como la asistencia sanitaria esencial y accesible, la cual debe ser integral e integrada, por lo que el prestador primario es considerado como el acceso al sistema de salud con un enfoque de gestión del riesgo.

La participación comunitaria se define como la adquisición del ser humano y su familia del rol activo dentro del proceso de la APS, involucrándolos como individuos y como colectivo influyente en la toma de decisiones del usuario acerca de su salud, así como también de ser partícipe pleno de las actividades dirigidas al bien común en el proceso salud - enfermedad. En esta categoría, ninguno de los entrevistados lo refirió como una característica del prestador primario a ser tomada en cuenta. Algo semejante ocurrió en los artículos revisados (Elías et al, 2006; Ibáñez et al, 2006; Macinko, Almeida y de Sá, 2007; van Stralen, 2008; Berra et al, 2011; Berra et al, 2013; Fracilli et al, 2014), dado que se enfoca el impacto de la APS en el individuo y familia, definición dada por nosotros previo a la búsqueda podemos evidenciar la gran relación que existe sin embargo

consideramos que la bibliografía se queda corta con respecto a este indicador pues la información suministrada es muy reducida aunque concreta.

Los entrevistados coincidieron en la apreciación que debe ser evaluada la resolutiveidad del prestador primario (ver resultados), dado que el MIAS propone una meta cercana al 80%, sin embargo no existe unificación en la manera en la que las distintas instituciones de salud deben evaluarla, siendo expresada dicha resolutiveidad en la mayoría de las instituciones en las que se aplicó la entrevista equivalentes al número de remisiones que generan los médicos generales, y a pesar que la literatura habla que la atención en salud debe ser resolutive, los instrumentos que evalúan la APS tampoco la incluyen, por lo tanto se hace indispensable establecer un mecanismo de evaluación unificado para el prestador primario, dado al considerar el indicador de remisiones que generan los médicos generales únicamente, quedaría sesgado el impacto de la APS en términos de efectividad y eficiencia, entendidos por ejemplo como el inicio de tratamientos o mejoría de condiciones de salud.

Es importante destacar que se cuenta con diversos hallazgos en la literatura sobre mecanismos de evaluación de la atención en la APS que para nuestro caso es el prestador primario, siendo escasas las referidas por los entrevistados, y adicionalmente se evidenció en ellos el desconocimiento de instrumentos internacionales que evalúan la APS.

Varios de los funcionarios y entidades entrevistadas consideran que la implementación del prestador primario seguramente hará más eficiente al sistema, la conformación de estos requiere una inversión, para lo que se requiere tener claro que infraestructura y servicios va a tener, como van a estar organizados y la claridad acerca de cómo se dará el sostenimiento de este. Esto es de acuerdo a los servicios que presta como se asegurará un flujo de recursos para que sea sostenible. Este punto es complejo y requiere de estudios específicos y análisis profundo.

De igual forma a la fecha no se cuenta con un sistema de información unificado al no contar con indicadores básicos de calidad de implementación del prestador primario en la atención que reflejen la efectividad, eficiencia y eficacia de la APS, que puedan ser adoptados en las instituciones públicas y privadas de nuestro país, por lo que esta investigación propone desde la luz de la búsqueda de información confiable y verdadera un modelo de evaluación para dicho componente, al plantear categorías vitales en la APS, de la cual puede emanar los indicadores que den cuenta de los resultados de la APS, así como tampoco se cuenta con investigaciones sobre la aplicación de la herramienta PCAT que evalúe nuestro sistema de APS a nivel regional o nacional.

Es importante destacar que la propuesta del modelo de evaluación es realizada por residentes de Medicina Familiar, la cual debe ser revisada por entes reguladores en el caso que desee ser ejecutado, y es basada en esquemas diseñados y probados por grupos de autores de los que se requeriría su autorización en caso de quererse implementar. De otro lado hay un grupo que está buscando alinear los formatos de PCAT para que sean aplicables a toda Iberoamérica como una investigación, en el caso particular del grupo de investigación surgió el interés de explorar como se evaluará el proceso de implementación de los prestadores primarios, la forma en que lo han hecho en otros países y generar la discusión académico operativa dirigida a que algún día se pueda adoptar algún esquema oficial para realizar este tipo de evaluación y así verificar la correcta calidad de implementación de este proceso vital para tener un sistema de salud basado en la APS. Cabe aclarar que esta propuesta iría dirigida a procesos que no tenemos aún maduros en nuestro país como la implementación de las redes integrales en salud incluyan parámetros de calidad que caractericen dentro del modelo centros de atención primaria o prestadores primarios. Es importante que se implemente el esquema de evaluación de la calidad en nuestro país ya que en este momento aún no existe.

15. Conclusiones

Los centros de APS, representan el primer nivel de contacto del individuo, su familia y la comunidad hacia los sistemas de salud de una manera costo efectiva, constituyéndose como un pilar de la atención en salud, y como elemento primordial y permanente en la asistencia sanitaria. La implementación de estos dentro de las redes integrales de atención en salud requiere esquemas de evaluación de la calidad que incluya características específicas de la estrategia de APS que quiere lograr nuestro país.

El Médico Familiar actualmente cuenta con el apoyo gubernamental, institucional y gremial como orientador y líder en la dinámica del proceso de atención en la APS, cuyo rol se sustenta en el carácter científico suficiente y necesario para proveer atención en salud con calidad, oportunidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad, eficiencia, efectividad y eficacia, con el adecuado soporte basado en la evidencia, y apoyado en la legislación actual en salud.

La principal forma en que se evalúa la calidad de implementación de los centros de APS es a través de encuestas que miren la percepción de diferentes actores del sistema de salud (usuarios, personal de salud administrativos) con preguntas dirigidas a evaluar eso que caracteriza la estrategia de la APS. Existen múltiples cuestionarios de evaluación, de los cuales el principal y más completo es el PCAT, el cual se ha constituido como un instrumento de amplio uso que evalúa la percepción de los usuarios, profesionales del área de la salud, y los equipos de la atención primaria en salud sobre la efectividad de esta, desde la perspectiva de la atención, el trato como individuo integral, el acceso, la continuidad en la atención, y la coordinación del sistema de atención, pero no cuenta con una visión del enfoque e impacto que a nivel comunitario genera la atención. Este instrumento recientemente se ha enriquecido de una serie de modificaciones, siendo adaptado y aplicado según las diferentes características poblacionales en algunos países, gracias al enfoque universal que este posee.

En la revisión bibliográfica realizada y de acuerdo a la propuesta generada por el grupo de investigación, llama la atención que en los 6 instrumentos aplicados a nivel mundial para la evaluación de APS no es mencionada la resolutiveidad dentro de sus características psicométricas, debido a que su forma de evaluarla está dada principalmente por analizar cómo se efectúa la calidad a nivel del prestador primario, evaluando otras características que ellos consideran importantes ya mencionadas previamente. Es por ello que resaltamos la importancia de evaluar la resolutiveidad de manera amplia, consideramos como valor agregado que esta debe ser implementada y/o evaluada en un estudio a futuro que enmarque este contexto, teniendo en cuenta nuestro trabajo de base en la implementación del modelo de evaluación para el componente del prestador primario.

En conclusión la calidad es una categoría importante a tener en cuenta en un modelo de atención y en su correspondiente evaluación dado que la calidad de los servicios ofrecidos a la sociedad y de la productividad será en buena parte, reflejo de la forma y las condiciones con que se tratan los recursos humanos. De igual manera se puede establecer que a pesar de existir múltiples herramientas de valoración de indicadores instrumentos como el PCAT y el PCAS no contemplan ítems que permitan valorar este indicador.

Adicionalmente a la comparación y análisis de calidad con respecto a la bibliografía encontrada y la definición dada por nosotros previo a la búsqueda, podemos evidenciar la gran relación que existe teniendo en cuenta que el concepto varía según quien lo genere ya sea el usuario, el prestador de servicio o los profesionales, sin embargo consideramos que de ser incluido en un modelo de evaluación se deberá establecer específicamente los parámetros de evaluación según las diversas perspectivas.

En nuestro país no se cuenta con estudios relacionados con la aplicación del PCAT a nivel regional o nacional que daten sobre los resultados de la APS actualmente, ya que solo se cuenta con

dos a nivel local y una adaptación del instrumento a nuestro país, actualmente se está trabajando en una investigación para unificar la forma de aplicarlo en Iberoamérica. Se deja en firme que en el momento no se cuenta con un modelo de evaluación propio del componente del prestador primario en Colombia, por lo que se plantea un modelo basado en siete indicadores que hacen referencia a los atributos de una APS de calidad, según lo encontrado en la literatura y de acuerdo con las opiniones de los referentes en salud entrevistados.

16. Lista de referencias

- Alba ND, Natal S, Marino, M.C. A experiência da avaliação da gestão da atenção básica em santa catarina: construção, desenvolvimento e quatro anos de aplicação. Rev. APS. 2015 abr/jun;18(2): 180 - 190.
- Da Silva A, Nogueira A, Da Silva C. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. Revista Escuela de Enfermería USP. 2014;2(48)122-8. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600018
- Airton Tetelbom Stein Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre-RS, Brasil Curso de Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil, Canoas-RS, Brasil. Health service evaluation requires the use of validated instruments 10.5123/S1679-49742013000100019
- Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. 2014. Recuperado de: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
- Batista R, González E, Feal P. Evaluación de la vigilancia en salud en algunas unidades de atención primaria en cuba. Revista Española De Salud Pública. 2001;75(5), 443-458. Doi:10.1590/S1135-57272001000500005
- Benachi N, Castillo A, Vilaseca JM, Torres S, Risco E. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(1):32–9
- Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, de Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. 2013;33(1):30–9

- Berra S, Audisio Y, Mantaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación al contexto argentino del conjunto instrumentos PCAT para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Revista Argentina de Salud pública*. 2011. Retrieved from https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Berra_Adaptacion_2011.pdf
- Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt, A. The norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: Data quality, reliability and construct validity. *Family Practice*. 2011;28(3), 342-349. Doi: 0.1093/fampra/cm9098
- Brandão, A, Giovanella, L, Campos C. Evaluation of primary care from the perspective of users: Adaptation of the EUROPEP instrument for major brazilian urban centers. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(1), 103.
- Bresick GF, Sayed A, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western cape primary care assessment tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the western cape province, south africa (2013). *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2016; 8(1), e12. 10.4102/phcfmv8i1.1057
- Browne AJ, Varcoe C Ford-Gilboe M, athen C. EQUIP healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal for Equity in Health*. 2051;14:152.
- Campos R, Ferrer A, Gama C, Campos G, Trapé T, Dantas D. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Em Debate*. 2104;38 (special)
- Carrer A, Toso B, Guimarães A, Conterno J, Minosso, K. Effectiveness of the family health strategy in units with, and without, the mais médicos (more doctors) program in a

- municipality in the west of paraná state, brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(9), 2849
- Chung, Vincent CH. Yip, Benjamin HK. Griffiths, Sian M. Yu, Ellen LM. Ho, Robin ST. Wu, Xinyin. Leung, Albert WN. Sit, Regina WS. Liu, Siya. Wu, Justin CY , Wong Samuel YS. Patients' experience of Chinese Medicine Primary Care Services: Implications on Improving Coordination and Continuity of Care. 2015. *Scientific Reports* | 5:18853 | DOI: 10.1038/srep18853
- Comisión Econ mica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Observatorio Demogr fico, 2016 (LC/PUB.2017/3-P), Santiago, 2016.
- Contandriopoulos D, Duhoux, A, Roy B, Amar M, Bonin J, Borges Da Silva, R., . . . Cockenpot, A. Integrated primary care teams (IPCT) pilot project in quebec: A protocol paper. *BMJ*. 2015;5(12), e010559. 10.1136/bmjopen-2015-010559
- Costa F, Calvo M. Evaluation of the family health strategy implementation in santa catarina in 2004 and 2008. *Revista Brasileira De Epidemiologia*. 2014;17(2), 557-570.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Cuba, la salud en la revolución. Cuba. 1975. Retrieved from <http://catalog.hathitrust.org/Record/006258376>
- Da Silva S, Baitelo T, Fracolli LA. Primary health care evaluation: The view of clients and professionals about the family health strategy. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2015;23(5):979-987. Doi:10.1590/0104-1169.0489.2639
- Dos Santos T, Barbosa F. Avaliação da gestão do trabalho com enfoque na atua  o dos profissionais da atenção primária   saúde. *Revista Ciência Plural*. 2016; 2(2): 99-113

- Pereira D, DaSilva L, Hauser L, Rodríguez M, Harzheim E. The use of the primary care assessment tool (PCAT): An integrative review and proposed update. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(3). Doi:10.1590/1413-81232017223.03312016
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44(3):166-203, publicado nuevamente en junio 2005;83(4):691-729
- Donabedian A. La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 1990
- El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. en C. Roberto Coronado-Zarco, M. en C. Eva Cruz-Medina,** M. en C. Salvador Israel Macías
- Eisen G. La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. *Rev Cubana Salud Pública*. 1966;22(2).
- Elias P, Whitaker C, Góis M, Cohn A, Kishima V, Escrivã, A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41.
- Fracolli LA, Gomes MP, Nabão FZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida A. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(12).
- Fausto MR, Giovanella L, Mendonça M, Fonseca H, Lima JG. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde Em Debate*. 2014;38(special)
- Fontana K, Telino J, De Oliveira P. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. 2016;110:64-80

- Fracolli, LA, Gomes M, Nabão FZ, Santo, M, Cappellini V, de Almeida A. Primary health care assessment tools: A literature review and metasynthesis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(12), 4851-4860. 10.1590/1413-812320141912.00572014
- Franco-Giraldo Á. The latest reform of the Colombian healthcare-related social security system. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)*. 2012;14(5):865
- Gelb D, Kosinski M, Tarlov A, Rogers W, Taira D, Lieberman N, Ware J. The Primary Care Assessment Survey: Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Medical Care*. 1998;36(5):728-739
- Giraldo A, Vélez C, Ponzo J, Pasarín I, Berr, S. Proceso colaborativo internacional para la adaptación al contexto colombiano de los cuestionarios PCAT para usuarios. *Revista de Salud Pública*. 2017. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42255435018>> ISSN 0124-0064
- Gomes J, Vega R, Acosta N. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Documento Autoral de APS en los países de Suramérica. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2014.
- Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/Family practice. The EUROPEP instrument. The Task Force on patient evaluations of general practice care. University Medical Centre.2000.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez C, Stein A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos De Saúde Pública*. 2006;2(8):1649-1659.

Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: A study of characteristics and experiences of chinese patients in guangdong province, china. BMC Health Services Research. 2016;16:335.

Hernández, Dra. Aurelia Arellano Hernández, Dra. Tania Inés Nava Bringas.

<http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/atributos.html>

<http://www.calidadsaludandalucia.es/es/coordinacion.html>

<http://infocalser.blogspot.com.co/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html>

Ibañe, N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. 2006;11(3):683-703.

Indicadores. Retrieved from <http://catalog.crl.edu/record=b1537624>

Informe OMS sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Vitae: Academia Biomédica Digital. 2009;(37) Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3219030>

Jaramillo A, Ruales J. Desempeño y resultados del sistema de salud. Curso virtual Funciones Esenciales de Salud Pública. 2018.

Kennedy A, Chew-Graham C, Blakeman T, Bowen A, Gardner C, Protheroe, J., . . . Gask, L. Delivering the WISE (whole systems informing self-management engagement) training package in primary care: Learning from formative evaluation. Implementation Science. 2010;5(1):7. Doi: 10.1186/1748-5908-5-7

- Klees B, Wolfe C, Curtis C. Brief summaries of Medicare & Medicaid. 2010. Recuperado de <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareProgramRatesStats/downloads/MedicareMedicaidSummaries2010.pdf>
- Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados. Revista de salud pública. 2002;4(3). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/18572/19470>
- Lacerda A, Bezerra L, Dos Santos L, Gondim A. User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(6):1829-1844, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.26472015
- Lacerda A, Bezerra L, Dos Santos L, Gondim A. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cadernos De Saúde Pública*. 2017;33(2)10.1590/0102-311x00184715
- Lawless A, Freeman T, Bentley M, Baum F, Jolley G. Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities. *BMC Family Practice*. 2014;15(1), 99. 10.1186/1471-2296-15-99
- Levesque J, Breton M, Senn N, Levesque P, Bergeron P, Roy D. The interaction of public health and primary care: Functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Reviews*. 2013;35(1), 1.
- Lima E, Sousa AI, Leite FMC, Lima R, Nascimento M, Primo C. Evaluation of the family healthcare strategy from the perspective of health professionals. *Escola Anna Nery - Revista De Enfermagem*. 2016;20(2)10.5935/1414-8145.20160037

- López R Rocamora P, Aguilar JM, Vargas, M, Díaz M, Padilla D. Evaluation in primary care professionals: the patient's safety culture. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2017; 237:1272 – 1276
- Louzada M, Costa J, Saraiva L, Silva P, Louzada L, Toledo E, . . . Mitre R. Performance of primary health care according to PCATool instrument: A systematic review. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva.2017. 10.1590/1413-81232017226.14282016
- Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22(3):167-77.
- Martín A, Jodar G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. *Atención familiar y salud comunitaria*. 2011;1-16) doi:10.1016/B978-84-8086-728-3.00001-6
- Mei J, Liang Y, Sh, L, Zhao J, Wang Y, Kuang L. The development and validation of a rapid assessment tool of primary care in china. *BioMed Research International*. 2016, 6019603.
- Miclos PV, Calvo M, Coluss, C. Avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saúde Em Debate*. 2015;39(107): 984-996
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España. 2012. Recuperado de: www.msssi.gob.es
- Ministerio de salud y protección social en Colombia. Analisis de situacion de salud. 2013. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>

Ministerio de salud y protección social en Colombia. Política integral de atención en salud. 2013.

Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais->

2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Política de atención integral en salud (PAIS).

2016.

Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para la elaboración e

implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS). 2016.

Ministerio de Salud y Protección Social. Gran paso para el modelo integral de atención en salud y

la formación de médicos familiares. 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud “Un sistema de

salud al servicio de la gente”. 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-MSSSI. Sistema Nacional de Salud. España.

2012. Recuperado de: www.msssi.gob.es

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2016.

Pesquisa de satisfação do usuário da atenção básica no Brasil (versão preliminar) Programa

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) . Biblioteca

virtual em Saúde do Ministério da Saúde. www.saude.gov.br/bvs

Modelo de atención integral de salud (MAI). Documento de arranque. Subsecretaria de integración

y desarrollo del sector salud. Dirección general de planeación y desarrollo en salud.

Secretaria de salud. 2015. México.

- Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud pública Méx. 2011;53(2):120-31.
- Moraes P, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: Uma análise do PMAQ-AB. Saúde Em Debate. 2013;37(98), 416-426.
- Moraes V, Campos C, Brandão A. Estudo sobre dimensões da avaliação da estratégia saúde da família pela perspectiva do usuário. Physis: Revista De Saúde Coletiva. 2014;24(1), 127-146.
- Muench J, Hoffman K, Ponce J, Calderón M, Meenan R, Fiestas F. La atención primaria en los estados unidos y la experiencia peruana en perspectiva. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(2):299-302.
- Carvalho N, Gonçalves B, da Silva A. Family-centeredness and community orientation according to three child health care models/orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. Acta Paulista De Enfermagem. 2016;29(6):610.
- Ocampo M, Betancourt V, Montoya J, Bautista D. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá. 2013.
- Oliveira V, Veríssimo M. Children's health care assistance according to their families: A comparison between models of primary care. Revista Da Escola De Enfermagem Da U S. 2015;49(1):30.
- OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata. 2006.

- Orueta J, Polo C, Nuño R, Alonso E, Cordero J, Del Río M. Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013. *Gaceta Sanitaria*. 2016;30(30):104-109
- Pasarín M, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Atención Primaria*. 2007;39(8):395-401. doi:10.1157/13108612
- Pasarin MI. Evaluación de la atención primaria: Aproximación mediante el Primary Care Assessment Tools (PCAT). Tesis Doctoral UAB. 2015.
- Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, García A, . . . Starfield B. Evaluation of primary care: The “Primary care assessment tools - facility version” for the spanish health system. *Gaceta Sanitaria*. 2011;27(1):12-18.
- Pasio KS, Mash R, Naledi T. Development of a family physician impact assessment tool in the district health system of the western cape province, south africa. *BMC Family Practice*. 2014;5(1):204. 10.1186/s12875-014-0204-7
- Pelone F, Kringos DS, Romaniello A, Archibugi M, Salsiri C, Ricciardi W. Primary care efficiency measurement using data envelopment analysis: A systematic review. *Journal of Medical Systems*. 2015;39(1):1-14. 10.1007/s10916-014-0156-4
- Pereira M, Abrahão P, Fortuna CM, Coutinho S, Queluz M, Campos L, . . . Santos C. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde. *Revista Gaúcha De Enfermagem*. 2011;32(1):48-55.
- Pérez M, Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2013;53(4):233-240

- Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez, A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. Rev Med Urug. 2011;27(3):187-189.
- Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria-PNSMFC. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Grupo de Formación. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 2015.
- Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, Agosto 2005
- Renovacion atencion primaria salud americas OPS. 2007.
- Rizzotto M Gil C, Carvalho M, Santos, M. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: Revelações da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica no paraná. Saúde Em Debate. 2014;38 (special)10.5935/0103-1104.2014S018
- Rodríguez M, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Oru  E, Velázquez S. Evaluación de la atención primaria de salud en un contexto urbano: Percepción de actores involucrados - ba ado sur - paraguay, 2011. Saúde Em Debate. 2012;36(94):449-460.
- Rodríguez L, Ruiz M, Acosta N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en santander, colombia. Revista Facultad Nacional De Salud Pública. 2016;34(1):88-95.
- Romano J, Choi, . Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. Gaceta Sanitaria. 2016;30(30):359-365.
- Roque H, Veloso A, Ferreira P. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: Contributions to the psychometric validation. Revista De Saúde Pública. 2016. 5010.1590/S1518-8787.2016050006259

- De Oliveira R, Policena M, Carvalho F, De Sousa I. Training and Qualification of Health Professionals: Factors Associated to the Quality of Primary Care. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016;40(4):547-559. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>
- Rosas A, Zarate N, Cuba M. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd. peruana*. 2013;30(1):42-47
- Ruiz M, Acosta N, Rodriguez LA, Uribe LM, Leon M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Revista de Salud Pública*. 2011;13(6): 885.
- Sánchez T. La atención primaria en Francia. La atención primaria fuera de nuestras fronteras. *Semergen*. 2016;42(1):58-62.
- Sánchez T. La atención primaria en el Reino Unido. *Semergen - Medicina de Familia*. 2016;42(2):110-113. doi:10.1016/j.semerg.2015.07.013
- Seidl H, Vieira S, Fausto M, Lima R, Gagno JL. 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(special)10.5935/0103-1104.2014S008
- Shaw R, Lowe H, Holland C, Pattison H, Cooke R. GPs' perspectives on managing the NHS health check in primary care: A qualitative evaluation of implementation in one area of england. *BMJ*. 2016;6(7):010951. 10.1136/bmjopen-2015-010951
- Seguí M, Toledo E, Jiménez J. Sistemas de salud. Modelos. 2013. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-3.3.1.pdf>.

- Sapag J, Rush B, Ferris L. Collaborative mental health services in primary care systems in latin america: Contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expectations*. 2016;19(1):152-169.
- Souza M, Carvalho I, Machado F, Ferro D. Análise do acesso e acolhimento entre os resultados do PMAQ-AB e a satisfação dos usuários do pronto atendimento: semelhanças e diferenças. *Medicina*. 2017;50(1): 29-38
- Teixeira MB, Casanova A, Oliveira C, Engstrom EM, Bodstein R. Avaliação das práticas de promoção da saúde: Um olhar das equipes participantes do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica – PMAQ-AB. *Saúde Em Debate*. 2014; 38(special)
- University of Cambridge. General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ). Department of Public Health and Primary Care / General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) / Home / Downloading GPAQ. 2014. Recuperado de: <http://www.phpc.cam.ac.uk/gpaq/files/2014/08/GPAQ-R2.pdf>
- Vázquez F, Harzheim E, Terrasa S, Berra S. Validación psicométrica en español de la versión corta brasileña del cuestionario Primary Care Assessment Tools: usuarios para la evaluación de la orientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria. *Atención Primaria*. 2106;49(2):69-76. doi:10.1016/j.aprim.2016.04.007
- Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria* 2003;31(6):382-385
- van Stralen C, Belisário S, van Stralen T, Lima Â, Massot, A, Oliveira C. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 20089;24(1):148-58.