

Análisis comparativo del sistema de salud chileno y colombiano desde la funcionalidad de la APS y su impacto en la hospitalización evitable.

LUCIA MORA QUIÑONES

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTYRIA EN SALUD PÚBLICA.
BOGOTA
2017.**

Análisis comparativo del sistema de salud chileno y colombiano desde la funcionalidad de la APS y su impacto en la hospitalización evitable.

LUCIA MORA QUIÑONES

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA.**

**ASESOR:
LUISA FRANCO RUBIO.**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA.
BOGOTA
2017.**

INDICE

TITULO	Pg.
1. JUSTIFICACION.....	6
2. ESTADO DEL ARTE.....	8
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
3.1 Aspectos relacionados a la hospitalización evitable que se consideran vitales para la adecuada funcionalidad de los sistemas de salud.	
3.1.1 Costos relacionados con las hospitalizaciones	
3.2 Aspectos relacionados con pacientes hospitalizados por deficiencias en las APS	
3.3 Percepción de falta de atención medica especializada	
3.4 Carga de enfermedades crónicas consideradas dentro de los códigos internacionales de hospitalización evitable.	
4. OBJETIVOS	24
4.1 Objetivo General	24
4.2 Objetivo Especifico.	25
5. MARCO TEORICO	
5.1 Sistema de Salud Chileno.	
5.1.1 Atención Primaria en Chile	
5.1.2 Incentivos en APS Talento Humano	
5.1.3 Financiamiento de Aseguradores y Prestadores e Incentivos Económicos.	
5.1.4 Incentivos en la Coexistencia de dos Seguros: Estatal y privado.	
5. 2 Sistema de Salud Colombiano	38
5.2.1 Atención primaria de Salud Colombia.	
5.2.2 Evaluación de la APS.	
5.2.3 Incentivos Financieros y de Talento Humano en Colombia.	
5.3 Sistemas Complejos Adaptativos.	
6. DISEÑO METODOLOGICO	53
Metodologia Cualitativa	
Metodologia Cuantitativa	
CATEGORIZACIÓN ANALISIS CUALITATIVO	60
RESULTADOS CUANTITATIVOS	78
ANALISIS DESDE LOS SISTEMAS COMPLEJOS.....	89
CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	96
ANEXOS.....	105

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Enfoque metodológico	57
Tabla 2. Resumen trabajo de campo y codificación de entrevistas.	58
Tabla 3. Categorización análisis cualitativo.	59
Tabla 4.1 Descripción de la categorización. Misión del Sistema. Factores dependientes del sistema.	60
Tabla 4.2. Visión del Sistema. Factores dependientes del sistema	61
Tabla 4.3. Cooperación entre niveles asistenciales. Factores dependientes del sistema.	62
Tabla 4.4. Seguimiento de pacientes con complicaciones de la enfermedad. Factores dependientes del sistema.	63
Tabla 4.5. Constreñimiento del acto médico. Factores dependientes del sistema.	64
Tabla 4.6. Incentivos. Factores dependientes del sistema.	65
Tabla 4.7. Hospitalización Evitable. Factores dependientes del sistema.	66
Tabla 4.8. Accesibilidad al sistema. Factores dependientes del sistema.	67
Tabla 4.9. Programas especiales de atención en salud. Factores dependientes del sistema.	68
Tabla 4.10. Tiempos de Consulta. Factores dependientes del profesional de salud.	69
Tabla 4.11. Demanda asistencial. Factores dependientes del profesional de salud.	70
Tabla 4.12. Cumplimiento de metas. Factores dependientes del profesional de salud.	71
Tabla 4.13. Formación profesional. Factores dependientes del profesional de salud.	71
Tabla 4.14. Remisiones a otros servicios. Factores dependientes del profesional de salud.	72
Tabla 4.15. Existencia y adherencia a protocolos. Factores dependientes del profesional de salud.	73
Tabla 4.16. Compromiso, motivación y Vinculación. Factores dependientes del profesional de salud.	74
Tabla 4.17. Expectativas de los pacientes. Factores dependientes del paciente.	75
Tabla 4.18. Capacitación de los pacientes. Factores dependientes del paciente.	75
Tabla 4.19. Interés por asistir a APS. Factores dependientes del paciente.	76
Tabla 5. Lista de códigos de ACSC por carga de enfermedad Colombia-Chile.	80

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Comparativo de estadísticas generales.Colombia-Chile.	82
Cuadro 2. Tasa de Mortalidad por grupos de edad ajustada, año 2012 Colombia-Chile	83
Cuadro 3. Tasa de Mortalidad por grupos de edad ajustada, año 2013 Colombia-Chile.	84
Cuadro 4. Tasa de Mortalidad por grupos de edad ajustada, año 2014 Colombia-Chile.	85
Cuadro 5. Tasa de Letalidad por 100 hab. por grupos de patologías ajustada, año 2013 Colombia-Chile.	86
Cuadro 6. Egresos hospitalarios por diagnósticos de Hospitalización Evitable por condiciones sensibles a la Atención primaria.	87
Cuadro 7. Indicadores Económicos del Sistema de Salud Chile- Colombia.	88

Titulo

Análisis comparativo del sistema de salud chileno y colombiano desde la funcionalidad de la APS y su impacto en la hospitalización evitable.

1. Justificación

La hospitalización evitable por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (HECSAP) funciona como indicador, creado para medir de forma directa el volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos. Adicionalmente es un indicador indirecto de la capacidad resolutive del sistema de Atención Primaria en Salud (APS), de la efectividad y calidad de los servicios y de la reducción de costos hospitalarios.

En diferentes investigaciones a nivel mundial, principalmente en Europa, se han seleccionado a partir de la información de egresos hospitalarios y la aplicación de diversos métodos (Delphi, escalas de diagnóstico Weissman et al. y Ansari et al. etc.) una serie de condiciones sensibles al cuidado ambulatorio dentro de un listado de patologías CIE10, listado conocido como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) es la décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que desde 1948 está a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fue aprobada el 1989 por la OMS y entró en vigor el 1 de enero de 1993 (1). Los listados CIE10 debían cumplir condiciones que fueran modificables con acciones ambulatorias, en niños y en adultos, usados como indicadores de calidad de APS. Estos indicadores evalúan características de la APS como integralidad, continuidad, accesibilidad, cobertura ampliada, APS orientada a la familia/comunidad, cuidados preventivos apropiados, provisión de médicos y no médicos de APS, encontrando que en muchos casos se asocian, con un menor riesgo de hospitalización evitable, sin embargo varias de las investigaciones concluyen, que se necesitarían más ensayos para confirmar la eficacia de este indicador y otras

concluyen que los métodos (Delphi, escalas de diagnóstico Weissman et al. y Ansari et al. etc.) utilizados para medir las hospitalizaciones potencialmente evitables son críticos, y pudieran influir en la evaluación de la accesibilidad y el rendimiento de la atención primaria. El presente trabajo analiza los aspectos relacionados con la atención primaria, teniendo en cuenta los factores dependientes del sistema de salud, los factores dependientes del personal de salud y los factores dependientes del paciente, fase cualitativa con personal de salud y una fase cuantitativa con un estudio ecológico de corte transversal que vincula los factores relacionados con las hospitalizaciones en los países de Chile y Colombia.

El propósito de esta investigación es comparar dos sistemas de salud desde la funcionalidad de la APS, analizando variables de hospitalización, como indicador de las acciones de APS (Atención primaria en salud).

2. Estado del arte

“Hospitalización evitable por condiciones sensibles al cuidado ambulatorios en atención primaria” (ACSC) es un indicador que identifica eventos clínicos en los que una efectiva prestación del servicio en atención primaria, puede reducir de forma significativa el ingreso hospitalario. La agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) define “condiciones sensibles a cuidados ambulatorios” (ACSC) como "condiciones para las que una buena atención ambulatoria, pueden prevenir potencialmente la necesidad de hospitalización" (2,3).

En general, la definición de "hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio" se refiere a un hospital potencialmente capaz de evitar admisiones por los siguientes trastornos:

- trastornos agudos que podrían haberse evitado (por ejemplo, a través de la vacunación preventiva u otra medidas)
- trastornos agudos que podrían haberse controlado de forma adecuada (por ejemplo, neumonía)
- trastornos crónicos que podrían haberse controlado para prevenir las exacerbaciones (por ejemplo, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva) (3).

Este indicador se originó en Estados Unidos en la década de los 80, por un proyecto conjunto entre la universidad de Columbia y el United Hospital Fund de New York para analizar la accesibilidad de ciertos grupos de población a diferentes sistemas de atención en salud y que facilitó el establecimiento de los primeros listados de diagnósticos o procesos de altas hospitalarias que identificaban problemas de salud que podían haberse evitado si hubiesen sido tratados “adecuadamente” en el medio ambulatorio (3).

En la actualidad son numerosos los organismos e instituciones en el ámbito internacional que monitorizan este indicador para evaluar servicios de salud, como el sistema nacional de salud español (VPM atlas de variaciones en la práctica médica), la organización económica para el desarrollo y la cooperación, el departamento de salud y servicios sociales de estados unidos, diversas instituciones de países latinoamericanos. Las ACSC fueron propuestas por el

National Health Service del Reino Unido para el análisis de la calidad de la atención primaria en salud (APS) en la segunda mitad de los años 90. (3, 4, 5).

Se realizó una búsqueda de artículos en las principales bases de datos bibliográficas disponibles en Internet (de Abril de 2016 hasta Julio de 2017), PubMed/MEDLINE, proquest, Índice Médico Español (IME) e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS). Se utilizó el descriptor MeSH: hospitalización evitable.

Se obtuvieron diferentes fuentes de la cuales, se incluyeron 25 artículos, que incluían las dos palabras (hospitalización evitable), se realizó lectura de título y resumen, posteriormente lectura de artículo completo; se incluyeron artículos con revisión histórica acerca de los inicios del uso de este indicador y en general artículos de tipo cuantitativo con análisis de frecuencias de diversas variables relacionadas con la hospitalización evitable, de esta forma se obtuvo la siguiente información:

Del 100% de la fuentes revisadas, el 70% fueron realizados en *Europa*, de los cuales el 58% son investigaciones realizadas en España. Como hallazgo común todos los estudios realizan análisis de bases de datos de acuerdo a variables como, edad, sexo, diagnóstico de condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (ACSH), mediante la aplicación de los códigos CIE10 tanto en enfermedades crónicas como algunas agudas.

Como hallazgos específicos se encontraron estudios que incluyeron como variable el número de profesionales médicos (especialistas y generales), se encontró que, cada aumento en la densidad de los especialistas, en la práctica basada en uno por 1/100 000 habitantes se asoció con una reducción del 0,1% de la ACSH en general y con una reducción del 0,3% de la ACSH para la diabetes entre los hombres. Un aumento correspondiente en la densidad de los médicos generales se asoció con reducciones de la ACSH en hombres, en 0,1% para la insuficiencia cardíaca y de 0,5% para la hipertensión, pero también con incrementos de la ACSH para la angina de pecho (0.2% aumento) y para la diabetes (0,4% aumento). El desempleo, la residencia en una zona rural, y el número de camas

de hospital disponibles a nivel local se correlacionaron proporcionalmente con todos los pequeños aumentos de la tasa de la ACSH. Una edad de 65 años se asoció con las tasas más altas ACSH (0,7% a 3,6%), estos estudios concluyen que las hospitalizaciones evitables (AH) son los ingresos hospitalarios por enfermedades y condiciones que podrían haber sido impedidas con la atención ambulatoria apropiada. (6, 7, 8, 9).

Para Gill et al (1998), la inclusión de un amplio rango de diagnósticos como ACSC podría restar sensibilidad a este indicador para detectar diferencias en la calidad de los servicios, se encontró una asociación significativa entre cuidados de Atención primaria y las hospitalizaciones por ACSC crónicas (angina, asma, EPOC, Insuficiencia cardíaca, Diabetes Mellitus, hipertensión....) pero no aparecía esta asociación para las ACSC Agudas (neumonía, deshidratación, gastroenteritis, infección urinaria etc....)(10).

Campbell et al, 1998 y Jankowski 1993, reconocen en sus investigaciones la importancia del manejo de las enfermedades crónicas desde la atención primaria, sin embargo existe escepticismo respecto al valor de las tasas de hospitalización evitable como medida de calidad del primer nivel asistencial (10, 11, 13).

Según Bourret (2012), mediante un estudio realizado en Francia, que aplicó las escalas de diagnóstico Weissman et al. y Ansari et al. (las cuales no abarcan todas las condiciones potencialmente evitables), consideró que el método utilizado para medir las hospitalizaciones potencialmente evitables es crítico, y pudiera influir en la evaluación de la accesibilidad y el rendimiento de la atención primaria (8, 14, 15)

Como metodología de estudio, sobresale una investigación realizada en Alemania por Freund 2013, en la cual se explora la compleja causalidad de las hospitalizaciones evitables desde la perspectiva de los médicos de atención primaria, mediante la aplicación de entrevista semiestructuradas a 12 médicos de atención primaria de 10 clínicas con respecto a 104 hospitalizaciones de 81 pacientes. En los resultados se categorizaron 5 posibles causas de hospitalización: 1. **Relacionado con el sistema** (Falta de disponibilidad de

servicios ambulatorios). 2. **Relacionado con el médico** (Vigilancia subóptima de las patologías). 3. **Relacionado con el medicamento** (Efectos secundarios) 4. **Relacionado con los pacientes** (Retraso en la búsqueda de ayuda) 5. **Causa social** (falta de apoyo social) con lo anterior se concluyó, que una proporción significativa de las hospitalizaciones ACSC son potencialmente evitables. Las estrategias para evitar estas hospitalizaciones pueden dirigirse a: acceso a servicios de salud fuera del horario de atención, al uso óptimo de los servicios ambulatorios, a intensificar el seguimiento de los pacientes de alto riesgo, a las iniciativas para mejorar la buena evolución del paciente, y a la capacidad de pedir ayuda a tiempo, así como la adherencia a la medicación de los pacientes. Desde el punto de vista metodológico es el único estudio encontrado que se enfoca en métodos cualitativos, teniendo en cuenta a un grupo de actores importantes del sistema en APS. (16)

Otra investigación de tipo revisión sistemática que analizó 39 estudios en Reino Unido, Canadá y Estados Unidos, donde el objetivo principal era comparar variables geográficas internacionales y locales, tuvo como resultado que estas variables influyen sustancialmente en las tasas de ingreso y las condiciones potencialmente evitables, podrían ser un síntoma de calidad variable de la atención. Concluyen que resulta vital que los formuladores de políticas dirigidas a una reducción de los ingresos no planificados, puedan introducir iniciativas para mejorar el acceso y la calidad de la atención primaria o desarrollar alternativas a la admisión. (17)

Desde otro tipo de población, en un estudio realizado por Konstantyner 2006, se analizaron factores asociados a la hospitalización evitable con niños menores de 2 años, tomando datos de un estudio transversal con 1901 niños, donde se concluyó que para disminuir los costos asociados a hospitalizaciones evitables; gerentes y profesionales de la salud deberán concentrar sus esfuerzos en proporcionar asistencia sanitaria primaria eficaz a las familias de bajos niveles socioeconómicos, en particular atención prenatal y atención pediátrica, así como el fomento de la lactancia materna y el apoyo a las madres jóvenes. Estos estudios

con carácter estadístico dan como resultado las mismas conclusiones, considerando que las hospitalizaciones potencialmente evitables tienen una relación inversamente proporcional con el estrato socioeconómico (16).

Con base en la búsqueda realizada, se encontraron seis trabajos en Latinoamérica (México, Paraguay, Costa Rica, Chile y Colombia), denominados “Series sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria”, donde en general se concluye que un sistema de salud organizado a partir de la APS resulte más costo-efectivo que un sistema direccionado para el acceso a atención especializada. Por esa razón, parece haber un consenso generalizado de que el fortalecimiento de la APS es la estrategia más adecuada para la reforma del sector salud, especialmente teniendo en cuenta el crecimiento de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles(17,18,19).

Para el caso Colombia: “ Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud, el caso Colombia”, se hace énfasis histórico con dos grandes reformas del sistema de salud que han enmarcado la Atención Primaria en Salud, la primera, la que constituyó el antiguo Sistema Nacional de Salud, mediante el Decreto-Ley 056 de 1975 que buscó integrar funcionalmente desde el Estado central los subsistemas de asistencia pública, seguro social y medicina privada, y un ajuste posterior de este esquema orientado a su descentralización con la Ley 10 de 1990 (20, 21).

La segunda, la que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con orientación de mercado a través de la Ley 100 de 1993, y sus dos ajustes posteriores, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Con este último por primera vez en la historia del Sistema General de Seguridad en Servicio de Salud, introduce la Atención Primaria en Salud como una estrategia nacional(21, 22).

Antes de la reforma del 2011, la Atención Primaria en Salud contenía una política de prestación de servicios individuales, mientras que la Ley 1438 de 2011, define que la APS es **“la estrategia de coordinación intersectorial que permite la**

atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Y estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes a saber:

1. Los servicios de salud, el cual hace énfasis en una estrategia organizacional que busca propiciar la expansión efectiva de la cobertura de la atención en salud y contribuir a crear un modelo de atención resolutivo, integrado e integral con base en la constitución de equipos básicos de salud por territorios y con población asignada, el fortalecimiento del nivel de baja complejidad y la organización de redes integradas de atención en salud.
2. La acción intersectorial/transectorial por la salud, el cual apunta a crear los mecanismos necesarios para actuar sobre los determinantes sociales de salud a través del desarrollo de políticas públicas, planes y programas de acción intersectoriales/transectoriales mediante la coordinación y colaboración entre todos los niveles del gobierno, instituciones del Estado y de la sociedad
3. La participación social, comunitaria y ciudadana, la cual busca crear condiciones para que los procesos sociales, comunitarios y de los ciudadanos se expresen en las decisiones, la gestión, el control y el seguimiento de tales políticas, planes y programas, y en las del sistema de atención en salud y sus instituciones(21, 22).

Otra investigación realizada en Colombia, Valle del Cauca (Palmira), mostro que mediante el método Delphi (Proceso de consenso prospectivo que requiere la participación de un grupo de expertos que responden, de manera anónima y sin

interactuar entre ellos, a una serie de cuestionarios sucesivos, para llegar a definiciones sobre diferentes aspectos o temas) y un análisis bivariado, el porcentaje total de Hospitalizaciones Evitables fue del 34%, es decir, que de 2609 egresos hospitalarios, 885 fueron clasificados como Hospitalizaciones Evitables (7, 21).

Se observó que las principales causas de Hospitalizaciones Evitables eran distribuidas en IRA (Infección Respiratoria Aguda) y en EDA (Enfermedad diarreica Aguda), con el 48% de todos los casos, afectando principalmente la población menor de 18 años y con mayor incidencia en menores de 14 años (7, 21).

La medición de este indicador (hospitalización evitable por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en APS) se ha venido relacionando basado en sistemas de información, con la mala gestión en APS (22, 24).

Sin embargo hay que tener en cuenta que no todas las hospitalizaciones evitables se generan a causa de una baja calidad en la atención primaria, sino que influyen también factores exógenos (21, 23).

Estos trabajos se fundamentan en análisis cuantitativos, con medidas de frecuencia, dando por hecho que el indicador (HECSAP) realmente mide la forma en la que el sistema de salud maneja los pacientes, traduciendo con esto, que la aplicación adecuada de intervenciones habitualmente proporcionadas por atención primaria (prevención primaria, diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento), los cuidados ambulatorios especializados, el uso apropiado de la atención hospitalaria, la cooperación entre niveles asistenciales, y la coordinación con los servicios sociales, reducirían las tasas de este tipo de hospitalizaciones.

Sin embargo otros trabajos, concluyen, que se necesitarían mas ensayos para confirmar la eficacia de este indicador y que los métodos (Delphi, escalas de diagnóstico Weissman et al. y Ansari et al. etc.) utilizados para medir las hospitalizaciones potencialmente evitables son críticos, y pudieran influir en la evaluación de la accesibilidad y el rendimiento de la atención primaria.

Falta mas investigación de tipo cualitativo o cualicuantitativo, dado que los sistemas de salud no solo manejan recursos económicos e indicadores en salud, sino que se trata de un sistema complejo, donde cooperan diversos actores, de los cuales su impresión y conocimiento son fundamentales para obtener buenos resultados.

3. Problema de Investigación

Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. Con unos indicadores de desempeño en salud sobresalientes y en mejoría, contrastan con los regulares resultados obtenidos a la fecha en Colombia (25) .

En la actualidad , En Chile la esperanza de vida al nacer en años (h/m) es de 76 / 82, la probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos) es de 9, la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años h/ m (por 1000 habitantes) es de 116 / 59, la mortalidad por enfermedades no trasmisibles x 100.000 habitantes es de 458, y la mortalidad por enfermedades transmisibles x 100.000 es de 46, según estadísticas de la OMS para 2012 (26).

Como se mencionaba anteriormente los resultados para Colombia son substancialmente inferiores en comparación con Chile, por cuanto la esperanza de vida al nacer en años (h/m) es de 73/80, la probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos) es de 19, la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes) es de 166/80 y la Mortalidad por enfermedades no transmisibles x 100.000 483 según estadísticas de la OMS para 2012 (27).

El sistema de salud Chileno consta de dos sectores, publico y privado. El primero denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) cubre a 80 % de la población.; por otra parte, el sector privado esta constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que cubren a 17.5 % de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como publicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo.

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), cuenta con dos regímenes, el contributivo (RC) y el Subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con

ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS incluye a todas las personas sin capacidad de pago. La cobertura combinada de los dos regímenes se estima por encima del 90 % de la población.

Considerada la atención primaria en salud (APS) una parte esencial y nuclear del sistema de salud: la puerta de entrada través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud y según la definición de Alma –Ata es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico de la comunidad. En este orden de ideas el trabajo se enfocara en comparar los sistemas de salud de Chile y Colombia desde la perspectiva de la APS.

La APS contribuye de forma clara a mejorar la eficiencia de los procesos de atención a partir de una disminución de los costos asistenciales de cada enfermedad, evitando ingresos hospitalarios así como la realización de exploraciones y la prescripción de tratamientos innecesarios y no exentos de riesgo.

Si la hospitalización se constituye en un indicador indirecto de la capacidad resolutoria del sistema de Atención Primaria a la Salud (APS), de la efectividad y calidad de los servicios, de la reducción de costos hospitalarios y mejora de la eficiencia, este trabajo se centrará en comparar los dos sistemas de salud desde la APS, valorando los indicadores de hospitalización, para los dos países.

3.1 Existen aspectos relacionados a la hospitalización evitable que se consideran vitales para la adecuada funcionalidad de los sistemas de salud:

3.1.1 Costos relacionados con las hospitalizaciones

A nivel mundial, el crecimiento del gasto sanitario público y la demanda generalizada de las instituciones sanitarias los coloca lejos de prestar sus servicios con la eficiencia deseable, se exige un cambio en la concepción de la generación de costos (28).

El uso racional de los recursos hospitalarios comienza con evitar estancias

hospitalarias de pacientes que podrían haber recibido una atención adecuada a sus necesidades en un nivel asistencial de menor complejidad o de menor costo, como los servicios de atención domiciliaria o atención primaria.

No solo se tienen en cuenta los costos generados al sistema por la atención de un paciente, sino los costos que no se cuantifican como son: gastos de bolsillo generados a los acudientes, el costo familiar (económico y afectivo) que genera el hecho de tener un paciente hospitalizado, que en la mayoría de los casos, deja un hogar desprotegido, dado que se trata de la persona económicamente productiva. Los costos están asociados, no solo, en el sentido de lograr gestión sanitaria adecuada desde la atención primaria para evitar hospitalizaciones, sino con el hecho, que durante las hospitalizaciones se generan adicionalmente riesgos como son los eventos adversos que pueden aumentar los días de estancia hospitalaria (ocupación de camas) y congestión en los servicios de urgencias.

Estos costos por hospitalización, se asocian a las atenciones propias de cada evento, relacionadas con diagnóstico complementario y tratamiento de las patologías, para el 2011, del total de atenciones realizadas (ambulatorio y hospitalario) en EPS adscritas a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), durante estancia hospitalaria fueron: 51% ordenes de laboratorio, 44% imágenes diagnósticas, 52% ordenes de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y 44 % ordenes de terapia, esto se traduce en que casi la mitad de los estudios e intervenciones que se realizan son destinados para hospitalización(15). Y el total de atenciones para 2011 estuvo cerca de 3.500 hospitalizaciones por cada 100.000 afiliados a las EPS agremiadas en ACEMI (21, 28).

La intensidad o el número de hospitalizaciones de aquellos que efectivamente usaron la hospitalización fue: La población que utilizó el servicio de hospitalización durante el año 2011 lo hizo 1,3 veces (tanto las mujeres como los hombres), teniendo una mayor intensidad de uso la población mayor de 60 años, ya que el paciente de esta edad que utiliza el servicio de hospitalización lo hace cerca de dos veces al año (21,28).

3.2 Aspectos relacionados con pacientes hospitalizados por deficiencias en las APS

Sobrecupo de los servicios de urgencias con pacientes en condición de hospitalización.

En Chile, una publicación realizada en 2014, considera como deficiencia del sistema, que el exceso de demanda se debe en parte a la falta de capacidad de resolución de la atención primaria, por lo que la población utiliza las urgencias hospitalarias como segunda puerta de entrada al sistema (4, 28).

En Colombia, una de las problemáticas a las que se enfrenta el Sistema de Salud a diario es la insuficiencia o la no disponibilidad de camas hospitalarias, lo que ha llevado a que muchas de las clínicas y hospitales del país se declaren diariamente en emergencia funcional, puesto que los servicios de urgencias se encuentran saturados. (21,28).

Otras situaciones que explican el sobrecupo de los servicios de urgencias por hospitalización, son: consulta por falta de medicamentos o insumos médicos, consulta por falta de oportunidad de atención médica en la consulta externa y adicionalmente la demanda de consulta de urgencias por descompensación de patologías que podrían haber sido atendidas en servicios ambulatorios, de forma periódica, evitando las complicaciones de las mismas, como se evidencio en las entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

Se estima que el sobrecupo en los servicios de urgencias por hospitalización, según un estudio realizado por la Universidad del Rosario, en el cual se analizaron 16 hospitales en el Distrito identificando un porcentaje de ocupación de más del 100% en el 25% de estas instituciones y cerca de un 50% al tope de su capacidad, lo que sugiere además que frente a un evento catastrófico como un terremoto, no haría capacidad de respuesta(17, 28).

3.3 Percepción de falta de atención medica especializada

En Chile, la visión de la población, tiene que ver con la sensación de carencia en los consultorios, sumado a la percepción de las enfermedades que son importantes para sí mismos o su grupo familiar. Esto se ve intensificado en

regiones y, más aún, en territorios extremos donde la falta de ciertos especialistas causa ansiedad en las comunidades, frente al avance de las patologías. En suma, el problema de los especialistas depende del cristal con que se lo mire, y en ese mismo sentido, un ejercicio bastante útil es asumir la hipótesis contraria, es decir: no faltan especialistas; sino que sólo se trata de un problema de distribución y de falta de resolutiveidad en la atención primaria (4, 28).

En efecto existen algunos estudios que sugieren que existe escasez de médicos en la atención primaria, y que su resolutiveidad sería baja, ya que no tienen formación como generalistas o médicos familiares y no habría disponibilidad suficiente de exámenes, procedimientos simples y medicamentos. En consecuencia, más que aumentar la cantidad de especialistas, lo que habría que hacer sería fortalecer la atención primaria y disponer de más especialistas en medicina familiar o con una formación equivalente a los general practitioner del Reino Unido o los médicos generalistas de Estados Unidos (21, 28).

3.4 Carga de enfermedades crónicas consideradas dentro de los códigos internacionales de hospitalización evitable.

Para la definición de los grupos de patologías relacionadas con HECSAP, a partir de el estudio Delphi se utilizaron los criterios de selección propuestos por los autores Ansari, Solberg y Weissman y sus colaboradores. Criterios que se resumen en:

- (1) Existencia de estudios previos.
- (2) Tasa de hospitalización $\geq 1/10.000$ o “problema de salud importante”.
- (3) Claridad en la definición y codificación de los casos.
- (4) Hospitalización potencialmente evitable con los cuidados proporcionados por la APS.
- (5) Hospitalización necesaria cuando el problema de salud aparece

Estos códigos fueron propuestos a partir de este estudio. Sin embargo, se consideró que para garantizar la validez del indicador para medir la efectividad de la APS los códigos seleccionados debían cumplir los cinco criterios y

adicionalmente el listado de ACSC deberá adaptarse a cada ámbito de estudio para garantizar la validez, confiabilidad y representatividad de las tasas de hospitalización (29).

En Colombia se viene presentando el fenómeno de “morbilidad extendida” (transición epidemiológica), donde secundario al aumento progresivo de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la mortalidad, se presenta un cambio en el comportamiento de la carga de enfermedad, y tal como sucede en otros países de América Latina, se da una transición gradual desde las enfermedades infecciosas hacia las crónicas en la carga global, con el aumento de la morbilidad en los pacientes de mayor edad. En este contexto las enfermedades crónicas ocupan un importante lugar a tener en cuenta dentro de la planificación de las acciones en APS, para evitar la progresión de las patologías y su derivación a hospitalizaciones(16, 29).

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud (ENS), en su segunda versión, realizada en el período 2009-2010, fue aplicada a una muestra de la población definida a través de un proceso muestral complejo, estratificado geográficamente y de carácter probabilístico, con el propósito de aportar información epidemiológica objetiva y actualizada sobre la prevalencia de diversas condiciones de salud. En esta encuesta se mantuvo el total de 13 condiciones evaluadas en la ENS 2003, a lo que se agregó módulos que permitieran la evaluación de otros aspectos relevantes, relacionados con factores de riesgo para enfermedades crónicas no-transmisibles y nivel socio-económico de la población encuestada (4, 28).

Entre sus resultados destaca un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, persistiendo desigualdades por sexo, edad, zona urbano/rural, nivel educacional y regiones. La prevalencia de hipertensión arterial alcanza un 26,9% de la población, con cifras comparables entre hombres y mujeres; la dislipidemia un 45,4%, con predominio en el sexo femenino (52,8% versus 37,6%); el exceso de peso, entendido como un índice de masa corporal mayor o igual a 25, afecta a un 64,5% de la población y la diabetes mellitus a un 9,4%. El síndrome metabólico, definido como la presencia de tres o más de factores de riesgo previamente definidos, para la ocurrencia de

enfermedades crónicas no-transmisibles, se encontraba presente en un 35,3% de la población (4, 28).

3.5 Otras deficiencias en APS

Fortalecer los servicios ambulatorios mediante, prevención en la aparición de la enfermedad, prevención en la progresión de la enfermedad, adecuado diagnóstico y adecuado tratamiento, evitara futuras hospitalizaciones. Como también el fortalecimiento de los servicios complementarios en APS (Atención Primaria en Salud), los cuidados ambulatorios especializados, el uso apropiado de la atención hospitalaria, la cooperación entre niveles asistenciales, y la coordinación con los servicios sociales, podría reducir las tasas de hospitalización.

Basada en el estado del arte, el principal objetivo que se perseguía con el indicador, era el estudio e identificación de problemas de accesibilidad a la atención ambulatoria.

En los diferentes países donde el sistema de salud es basado en los principios de APS y cada uno desarrolla su propia estrategia, de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio Desarrollo Nacional de Salud, según el informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) 2008, reveló que, de los 57 millones de muertes que tuvieron lugar en el mundo en 2008, 36 millones, es decir el 63%, se debieron a ENT, especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Con el aumento del impacto de las ENT y el envejecimiento de la población, se prevé que el número de muertes por ENT en el mundo seguirá creciendo cada año, y que el mayor crecimiento se producirá en regiones de ingresos bajos y medios. Entonces a pesar de las diferentes acciones, dirigidas a minimizar ENT, que son las principales generadoras de hospitalización, cabe cuestionarse:

¿Es adecuado el indicador de hospitalización evitable por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio?

Para la salud pública, esta investigación, basada en factores asociados a la atención ambulatoria, puede aportar información, que conduzca posiblemente a

mejoras de la APS, a la adecuada aplicación del indicador ACSC o a invalidar el uso de este indicador.



Figura 1. Sistemas de salud basados en APS. Elementos esenciales. OPS 2008

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Comparar dos sistemas de Salud, Chile y Colombia desde el modelo de Atención primaria, analizando variables de hospitalización como indicador indirecto de la gestión en APS.

4.2 Objetivos específicos

- 1. Identificar los factores que se asocian a las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio, para evitar hospitalizaciones.**
- 2. Realizar un paralelo para la atención primaria en salud entre los sistemas de salud de Chile y Colombia.**
- 3. Analizar los indicadores de salud sobre hospitalizaciones evitables para Colombia y para Chile frente a las acciones en Atención primaria en Salud de cada país.**

5. Marco Teórico.

Para lograr profundizar en el conocimiento del indicador Hospitalización Evitable por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio y lograr evaluar su aplicabilidad como indicador de las acciones de APS, es necesario conocer los sistemas de salud y la propia Atención Primaria de salud, describiendo que objetivos y que funciones tiene, para posteriormente analizar que factores influyen en la capacidad de resolución para lo que fue diseñada, tanto en el sistema de salud colombiano como en el chileno. De esta forma accedemos al estudio y evaluación concreta del indicador objeto de estudio.

5.1 Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, esto es, funciona un subsector público con un subsector privado, tanto en la provisión de servicios de salud como en la estructura de financiamiento. En el aspecto financiero, el subsector público está representado principalmente por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, cuyos orígenes de financiamiento provienen del aporte fiscal y de las contribuciones obligatorias de los trabajadores que han optado por atenderse en el sistema público. Desde el punto de vista de la prestación de los servicios, el sector público opera a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud en todas sus modalidades (hospitales, centros de atención primaria). Adicionalmente, cada municipio financia con sus propios recursos parte del gasto operacional de los consultorios. Este monto varía considerablemente entre los municipios y depende en última instancia de la voluntad y compromiso del alcalde y del concejo municipal. Por otra parte, el subsector privado, en el aspecto financiero previsional, está representado principalmente por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y mutuales, mientras que la prestación de servicios se realiza a través de centros asistenciales privados (clínicas, hospitales y centros médicos) (30).

La función rectora del sistema corresponde a las acciones del sistema de salud que involucran el posicionamiento, implementación y monitoreo de las reglas que

aseguren la igualdad de condiciones para todos los actores y la identificación de direcciones estratégicas para el sistema como un todo (30, 31)

La rectoría es competencia característica del gobierno y es ejercida mediante la autoridad sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para garantizar la satisfacción de las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales.

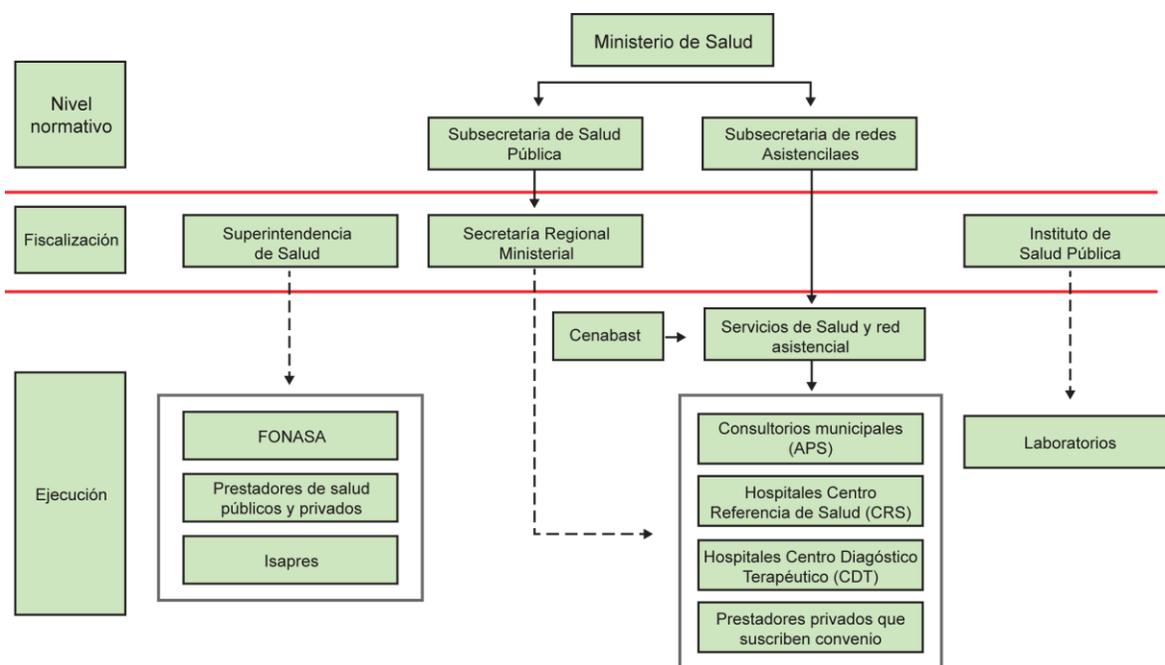


Figura 2. Sistema de Salud Chileno.

La Autoridad Sanitaria es el custodio del bien público en salud y está constituida por el conjunto de instituciones del Estado responsables de velar por el bien público en materia de salud. En Chile, la autoridad sanitaria nacional corresponde al Ministerio de Salud, quien tiene acción sobre el sector público y privado, sin perjuicio de los demás organismos creados por el DL 2763 o posteriormente (4,30).

La ley de Autoridad Sanitaria y Gestión de la reforma de salud del 2004 (Ley 19.937) reorganiza el Ministerio de Salud, creando la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública, de manera de que las funciones de provisión de servicios y de rectoría se separan.

Por otra parte, ámbitos específicos de la función rectora están contenidos en

diferentes organismos dependientes del Ministerio de Salud pero autónomos en su gestión. Así, el Instituto de Salud Pública (ISP) realiza entre otras labores la evaluación de la calidad de los laboratorios, la vigilancia de algunas enfermedades, y el control de los medicamentos y dispositivos médicos. La Superintendencia de Salud vigila el funcionamiento de los seguros de salud (FONASA e ISAPRE) y fiscaliza a los prestadores públicos y privados. FONASA, por su parte, tiene la función de recaudar las cotizaciones de salud y los administrar recursos destinados a prestaciones (4, 31).

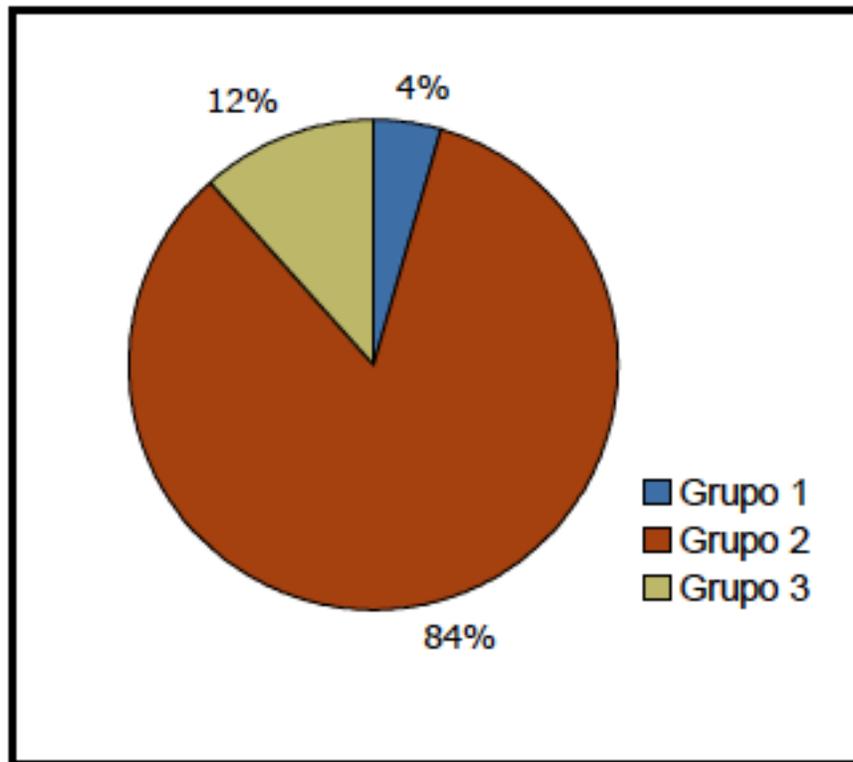
Entonces, Chile tiene una autoridad sanitaria dispersa en diferentes organismos de institucionalidad fragmentada, que muchas veces generan un problema de gobierno y obstaculiza el alcance de las metas sanitarias del Ministerio de Salud(31).

En la actualidad, los objetivos estratégicos de la Subsecretaría de Salud Pública quedan restringidos a desarrollar políticas públicas de promoción y prevención de la salud; proteger a la población frente a riesgos sanitarios, emergencias y catástrofes; fortalecer el funcionamiento de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN); optimizar la implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES); y fortalecer políticas de salud orientadas a la reducción de inequidades mediante programas focalizados en adultos mayores, mujeres y niños en situación de riesgo (31).

A nivel regional, la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión de 2004 establece la separación de las funciones de provisión de servicios de salud y de rectoría entre los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de salud respectivamente(31).

En cuanto a la carga de enfermedad en Chile, por grupo de causas, para la última medición en 2008, fue de 3.741.247 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA). De este total, el 79% está dado por AVD (años de vida perdidos por discapacidad). En hombres, la carga correspondió a 1.821.502, y en mujeres a 1.919.745 años. La mayor parte de la carga en Chile está determinada por el Grupo II de Enfermedades no Transmisibles (ENT), seguido del Grupo III de Lesiones, representando, el Grupo II, el 83,9% del total de AVISA (32).

Distribución de AVISA Chile. 2008.



Fuente: Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Chile 2008.

Para 2008, los estudios muestran que el patrón de factor de riesgo que explica la mayor carga de enfermedad en Chile, son aquellos que tienen que ver con los estilos de vida y el desarrollo de enfermedades crónicas (primeras causas: enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, cáncer y diabetes) (32).

5.1.1 Atención Primaria en Salud en Chile.

La historia de la APS chilena, tiene su origen en el movimiento de medicina social que impulsó Rudolf Virchow y Jules Guerin entre otros, a fines del siglo XIX (3,22). Sin embargo para el año 1978 con la Conferencia de Alma-Ata (1978), que buscó fortalecer la orientación de los sistemas sanitarios hacia la atención primaria de

salud, lo que fue impulsado por profesionales, instituciones, organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, para hacer frente a la situación política, social y económicamente inaceptable de desigualdad sanitaria a nivel mundial, se puso en la agenda de las distintas naciones, la necesidad de generar reformas que pusieran al centro de sus sistemas de salud, a la atención primaria, destacando con ello, sus valores de justicia social, de derecho a una mejor salud para todos, a la participación y a la solidaridad.

En Chile, en la década del ochenta se produce una reforma estructural que profundiza el sistema dual y fragmentado de la salud chilena, con la creación de las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional), la fractura del Sistema Nacional de Salud en Servicio de Salud y el traspaso de la Atención Primaria en Salud (APS) a la administración municipal. Afortunadamente, en este periodo, es el trabajo comprometido de los equipos de salud con la ayuda del surgimiento de ONG dedicadas a salud pública quienes logran mantener un esfuerzo por implementar los temas abordados en Alma Ata, y que dan cuenta de la respuesta de algunos indicadores de salud pese al debilitamiento del sistema.

En la década del 2000, se produce la “Reforma de Salud”, justificada en los cambios epidemiológicos y demográficos, la inequidad en salud y la insatisfacción usuaria. La reforma separa funciones para fortalecer la salud pública, avanzar en equidad (régimen de garantías) y enfatiza en el modelo de atención, centrado en la atención primaria; siendo los objetivos explícitos de ésta, la mejora de los logros sanitarios, el enfrentamiento de los desafíos de una población que envejece, la disminución de las desigualdades y la satisfacción de las necesidades y expectativas de las personas. En cuanto al modelo de atención, es concebido como un instrumento de la reforma ya que enfatiza la promoción, la prevención, la integración en red y el fortalecimiento de la atención primaria.

Hoy en día, la APS chilena está compuesta de establecimientos de administración municipal, en su gran mayoría; de administración de servicios de salud y administración delegada, en una minoría. Los establecimientos de APS realizan funciones asistenciales en un territorio determinado, con población a cargo, regidos bajo las normas técnicas del MINSAL, con financiamiento por aportes

según tipo de población. Se encuentra constituida por 2072 establecimientos, 277 consultorios generales urbanos (CGU), 181 consultorios generales rurales (CGR), 99 centros de salud familiar (CSF), 1175 postas de salud rural (PSR), 228 servicios de atención primaria de urgencia (SAP) y 113 servicios de urgencia rural (SUR)(4,30) .

En el año 2013, la población FONASA inscrita en APS municipalizada sería de 11.794.492 personas, es decir un 90% de la población se atiende en APS en el país. El resto de la población se distribuye en 9% que se atiende en centros de salud dependientes de los servicios de salud y 1% en establecimientos asociados a ONG. El sistema ISAPRE no considera un nivel primario de atención fuerte para la población que atiende, y una proporción importante de las acciones de salud pública hoy dependen del sistema público como lo es el programa de alimentación complementaria en que los productos alimentarios para poblaciones vulnerables como niños, embarazadas y adultos mayores son aportados y despachados desde el sistema público. En el caso del programa de inmunizaciones una proporción importante de los asegurados del sistema ISAPRE son vacunados en el sistema público.

La atención primaria de salud es dirigida principalmente por entidades administradoras de salud municipal y opera a través de la red de establecimientos: centros de salud familiar (CESFAM), centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), consultorios generales urbanos y rurales (CGU – CGR), postas rurales, servicios de atención primaria de urgencias (SAPU) urbanos y rurales. Un porcentaje menor de consultorios depende directamente de los servicios de salud.

El financiamiento de la atención primaria de salud se constituyen con:

1. Aportes del MINSAL, de los cuales un 69,7% se transfiere vía per cápita, 24,6% a programas de reforzamiento e iniciativas extraordinarias de capacitación y perfeccionamiento, y 5,8%destinado a financiar la aplicación de las leyes 19.813, 20.157 y 20.250.

2. Aporte municipal. El aporte estatal a la APS municipalizada es insuficiente para dar cobertura a todas las obligaciones del sector, incluyendo la gestión de las Garantías Explícitas en Salud GES. En su mayoría, los municipios contribuyen a

sostener el sistema con aportes del ingreso municipal (4,30).

La APS constituye la puerta de entrada al sistema de salud y está basada en teoría en un Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que permita proporcionar a los individuos, familia y comunidad, el cuidado de la salud de manera integral, continua, oportuna, eficaz, accesible y de calidad. En la actualidad, la mayoría de los establecimientos de APS tienen dependencia técnica del Ministerio de Salud pero se encuentran bajo administración municipal, lo cual ha aumentado la inequidad entre las comunas con distintos niveles de ingreso y ha permitido la existencia de condiciones dispares de remuneraciones e incentivos entre trabajadores de la salud de distintas administraciones.

Respecto a la disponibilidad de médicos en APS, desde la fragmentación del Servicio Nacional de Salud ha existido un déficit sustancial de éstos. En el año 2007 se calculó un total de 2.555 médicos generales en APS, que aportaban 2.116 jornadas completas para una población beneficiaria de 9.976.722 personas, es decir, un médico en jornada completa por cada 4.714 personas (4, 30). En el 2010 esta cifra aumentó levemente a 2.310 jornadas médicas completas, pero a la par del aumento de la población, siendo que lo necesario para alcanzar el estándar del Plan Básico de Salud se ha establecido en 1 jornada 44 horas por cada 3.300 beneficiarios (4, 30).

Sólo el 9% de los médicos en Chile se desempeñaban en la APS municipal siendo lo recomendado que lo haga sobre el 40%. Además, prácticamente la totalidad de médicos corresponde a médicos generales indiferenciados, siendo la presencia de especialistas muy escasa y marginal, en particular especialistas en medicina familiar, que se estima torno a 470 para todo el país (4, 30).

En Chile se han tenido en cuenta unas consideraciones importantes que se traducen en obstáculos para el desarrollo de la APS:

1. Fragmentación de la atención y pérdida de la integralidad.
2. Escasez de recursos y problemas de financiamiento.
3. Respuesta asistencial limitada.
4. Déficit de recurso humano.
5. Debilidad de la gestión local.

5.1.2 Incentivos en APS Talento Humano .

Los incentivos, son definidos como la promesa de compensación por realizar cierta acción que requiere quien lo ofrece definió el término incentivo como una “recompensa financiera o no financiera, explícita o implícita, por realizar un acto determinado”, la cual está encaminada a un representante particular, una área específica o un grupo determinado, e incluso puede abarcar al grupo familiar. Tales estrategias son consideradas como estímulos que se brindan a un agente para motivarlo a hacer algo e incrementar su rendimiento, en favor de un tercero. El Ministerio de Salud de Chile ha implementado, desde 1998, un Programa de Formación de Recursos Humanos, destinado a los funcionarios que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de Salud Municipalizada, comprendidos en el Artículo 5° de la Ley N°19.378 (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal).

Los objetivos del Programa están orientados a:

1. Mejorar la calidad de la atención en los establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal, como también en su gestión.
2. Establecer incentivos para los funcionarios que se desempeñan en el Nivel Primario de Atención.
3. Avanzar en la implementación del Modelo de Salud Familiar en el contexto de la Reforma de Salud

Estos incentivos académicos, se asignan en forma de concurso de acuerdo a los cupos disponibles para pasantías en programas de formación especializada, cursos o diplomados, existen convenios interinstitucionales con universidades en Costa Rica, Dinamarca, Cuba, México, no solo tiene como objeto el personal de salud, sino técnicos y auxiliares administrativos, que sean funcionarios públicos, el proceso académico, permite continuar con la vinculación laboral y se debe informar permanentemente el proceso en curso.

Un ejemplo de la oferta es:



Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión y Desarrollo de las Personas

PASANTÍAS FUNCIONARIOS ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	CARACTERÍSTICA DEL PROGRAMA ACADÉMICO
Diplomado en Salud Familiar, San José, Costa Rica. 10 Profesionales.	Contribuir a mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios de los establecimientos de atención primaria de salud municipal. Enfatizando los siguientes componentes: Modelo centrado en la persona y su familia como unidad de cuidados, Reconocimiento de competencias profesionales necesarias para el desarrollo del modelo. Integración de la APS a las redes de salud. Participación y Salud Comunitaria.
Diplomado en Salud Familiar, La Habana, Cuba. 32 Profesionales.	Caracterizar la estructura y organización del Sistema de Salud Familiar Cubano. Identificar las principales características y principios del Programa de Atención Primaria de Salud en Cuba. Analizar los diversos componentes del modelo de medicina familiar y comunitaria en Cuba. Contribuir a fomentar las habilidades y capacidades técnicas de los Profesionales para ejercer una atención de calidad y enfocada en la satisfacción de los usuarios de los establecimientos de atención primaria de salud del país. Resolutividad en Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Adulto Mayor
Diplomado Salud Familiar, Copenhague, Dinamarca. 20 Profesionales	Conocer experiencias danesas en el desarrollo de modelos de atención de salud familiar con enfoque integral. Participación y organización comunitaria. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)
Pasantías en Salud Familiar, Ciudad de México, México. 30 Técnicos, Administrativos y Auxiliares.	Dar a conocer las experiencias Mexicanas en el desarrollo de diferentes modelos de atención a la Salud Familiar, mediante la observación de las actividades cotidianas en Unidades de Primer Nivel y la convivencia con los equipos de las Instituciones de Salud y Seguridad Social en donde se practica. Salud pueblos originarios.

Fuente: Ministerio de Salud de Chile, Programa académico. Pasantías APS 2016.

5.1.3 Financiamiento de Aseguradores y Prestadores e Incentivos Económicos.

Las fuentes de financiamiento del FONASA y de las ISAPRES son diferentes. El asegurador estatal se financia con la cotización de 7% de los trabajadores y pensionados adscritos a ella y con un aporte fiscal, que para 2014 representaba casi tres quintos de su presupuesto (57%). En el caso de las ISAPRES el financiamiento esta dado con el aporte de 7% de los afiliados, más los recursos adicionales que cada afiliado voluntariamente aporta para cubrir el costo del plan elegido, que en promedio bordean el 3%. Algunas ISAPRES cerradas reciben financiamiento por parte del empleador. El valor total del plan se constituye por la suma de la prima para las prestaciones con GES (que es igual para todos los beneficiarios de una misma ISAPRE y se puede reajustar cada vez que cambie el decreto que regula las GES) y del plan complementario (33).

Los prestadores estatales reciben financiamiento principalmente del FONASA, del MINSAL y, en el caso de la atención primaria, también del propio municipio. Tanto

este nivel como los de mayor complejidad reciben además recursos directos de los usuarios por concepto de copago (porcentaje del costo de la prestación que no es cubierto por los seguros). En el caso del FONASA, el copago está determinado por el nivel de ingreso de sus beneficiarios, los que son clasificados en 4 grupos, siendo mayor el porcentaje del copago (menor la cobertura del seguro) para quienes cotizan por montos mayores. Los beneficiarios de ISAPRES, en caso de atenderse con prestadores estatales (en las excepciones permitidas), tienen un copago que depende del plan contratado por cada individuo (33).

Los prestadores pueden ser estatales o privados. Los prestadores estatales tienen centros de atención primaria, secundaria y terciaria. Los centros de atención primaria (y secundaria), en su mayoría municipales, reciben financiamiento desde el municipio, que principalmente se compone de recursos provenientes del servicio de salud respectivo y de recursos propios de cada municipio. Cada servicio de salud (que a su vez recibe financiamiento desde el FONASA) transfiere a los municipios un monto por cada persona inscrita en sus respectivos establecimientos, llamado per cápita o capitado, cuyo valor se calcula con base a un plan de salud familiar. Dicho monto base es ajustado a partir de indexadores relacionados con las características de las personas y de la comuna (edad, nivel socioeconómico, conjunto de prestaciones de cada comuna, ruralidad, dificultad para prestar atenciones y para acceder a las acciones de salud y cantidad de prestaciones efectivas).

La Ley de presupuestos del sector público (Ley 20.713 de 2013) establece que deben suscribirse convenios entre los establecimientos y los servicios de salud que deben enmarcarse en un programa aprobado por el MINSAL e incluir los objetivos, metas, prestaciones y establecimientos involucrados, actividades a realizar, indicadores y medios de verificación (33).

5.1.4 Incentivos en la Coexistencia de dos Seguros: Estatal y privado.

Los sistemas de seguros privados funcionan de manera adecuada cuando: por una parte, existe riesgo cuando la probabilidad de solicitar determinada prestación médica no es cierta (sólo algunos la requerirán, sin embargo no se sabe quién) y

por otra parte, el riesgo o dicha probabilidad y los costos asociados puede ser estimada para un individuo promedio (por ejemplo, 5% de la población femenina requerirá de una prótesis para la cadera entre los 70 y 80 años). Asimismo, la probabilidad debe ser independiente para cada persona; de lo contrario, un contagio generalizado a una parte importante de la población puede desfinanciar a dichas entidades y quebrar al sistema (33).

De lo anterior se desprende que aquellos eventos que no cumplen con las condiciones mencionadas en el párrafo anterior, como aquellos que son ciertos o casi ciertos para un grupo o para toda la población, así como las enfermedades contagiosas requieren de un tratamiento diferente si es que se quiere incentivar su cobertura por parte de los seguros. En el caso de los eventos de ocurrencia cierta, como los partos, el problema es que los costos de tomar un seguro (como los costos de administración) pueden superar a los costos de no tomarlo, dado que el evento se deberá pagar igualmente por el propio asegurado. En Chile es obligación que los seguros cubran esta prestación (33).

En el caso de las preexistencias (condición de salud), al momento de adquirirse su tratamiento se convierte en un evento cierto, por lo tanto, un seguro privado actuarial (es decir, con renovación anual o en algún otro plazo) no es adecuado, ya que cada vez que alguna persona adquiere una preexistencia, el contrato no le es renovado o la prima sube fuertemente. En Chile se ha buscado que los seguros cubran las preexistencias con variados instrumentos. Así, desde 1995 los seguros pasaron a ser contratos indefinidos. Luego, en 2005 se estableció que las ISAPRES no podrán negar la afiliación a las personas que pasan de ser beneficiarios a cotizantes (y que no les será requerido realizar una nueva declaración de salud ni aplicárseles nuevas restricciones). Junto con ello, se señala que en casos calificados quienes tengan preexistencias podrán solicitar al nuevo asegurador que les otorgue la cobertura del FONASA en la modalidad de libre elección para ese problema de salud, por 18 meses más (que corresponde al periodo de carencia). Sin embargo, la normativa permite a las aseguradoras no afiliarse a las personas o excluir hasta por dieciocho meses la cobertura de las preexistencias (periodo de carencia) (33).

En un sistema de seguros las instituciones que los ofrecen tienen bajos incentivos a la prevención, puesto que no pueden apropiarse de los beneficios de dicha inversión (menor gasto futuro en prestaciones), dado que las personas pueden cambiarse de aseguradora. Por otra parte, la prevención, al igual que un buen estado de salud, tiene externalidades; es decir, beneficia no sólo a la persona, sino que también al resto (disminuyen los costos en recursos y tiempo para todos y se evita el contagio en caso de ser una enfermedad propagable), por lo que la cantidad de prevención siempre será menor a la óptima (33).

La obligación de cotizar el 7% del salario (o pensión) en alguna aseguradora se traduce, en primer lugar, en que algunas personas terminarán contratando un seguro mayor que el que necesitan (con el consiguiente sobreuso del sistema). En segundo lugar, en el sector privado el mandato genera que las ISAPRES ofrezcan una gran multiplicidad de planes, ajustándose a la diversidad en la disponibilidad de recursos que surge de aplicar el 7% a un sinnúmero de salarios, complejizando la elección por parte de las personas. Asimismo, quienes no tienen ingresos y a quienes su 7% no les alcanza para comprar un plan en una ISAPRE no tienen otra alternativa que el FONASA. En tercer lugar, en el caso de los afiliados al FONASA el mandato genera estímulos a subdeclarar la renta, puesto que, a medida que el ingreso aumenta y por tanto también las cotizaciones, las prestaciones cubiertas son las mismas y los copagos se incrementan. Además, y debido a la coexistencia de los dos subsistemas de seguros, lo anterior incentiva a las personas de mayores ingresos a salirse del FONASA (donde subsidian a los de menos recursos) y buscar en las ISAPRES planes de mejor cobertura o calidad. Lo mismo ocurre con las personas de menor riesgo en salud, quienes pueden optar en las ISAPRES por planes más baratos y de mayor cobertura que en el FONASA (donde subsidian a los de mayor riesgo en salud). Por tanto, esta segmentación plantea la inquietud respecto de la eficiencia de establecer un sistema redistributivo al interior del seguro estatal con las cotizaciones provenientes de los salarios (a través de los mencionados subsidios cruzados), puesto que su efecto es la emigración de los contribuyentes más sanos y de mayores recursos, excluyéndolos de la redistribución (33).

	Subsistema Estatal (seguro social)	Subsistema Privado (seguro privado)
Aseguradores	Uno (FONASA).	Varios (ISAPREs).
Financiamiento	7% obligatorio, aporte estatal, copagos.	7% obligatorio, aportes suplementarios afiliados, copagos.
Determinantes prima	Nivel de ingresos.	Contenido del plan, sexo, edad, número de cargas.
Planes	Único en cuanto a prestaciones y variedad en cobertura financiera (disminuye conforme aumenta el ingreso) y prestadores (salvo para FONASA A).	Variedad en cuanto a prestaciones, cobertura financiera y prestadores.
Prestadores	Estatales y privados.	Privados (estatales en casos excepcionales).
Costo prestaciones	Determinados por el Estado.	Determinados por el mercado.
Pago a prestadores	Presupuestos históricos, por servicio retrospectivos y prospectivo), per cápita.	Por servicio retrospectivo y prospectivo.

Figura 3. Características de los sistemas de seguro estatal y privado.

Fuente: Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile. 2014.

En resumen: Se estableció el Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en Atención Primaria en 1995, en adelante, Fondo de Incentivos, que surgió en el año de 1996 y posee la forma actual de financiamiento desde el año 2000. Para el 2002, la Ley 19.813 establece incentivos económicos relacionados al cumplimiento de metas sanitarias (34).

El Fondo de Incentivos se enfoca a incentivar el “cumplimiento de elementos de mejoramiento de gestión en establecimientos de atención primaria”.

En el año 2003, éste Fondo señala que “El elemento central del programa fue la existencia de un sistema de incentivos destinado a estimular el cumplimiento de metas comprometidas por cada prestador local, asociadas a objetivos sanitarios del país. Con la promulgación de la Ley 19.813, que establece incentivos económicos ligados al cumplimiento de metas sanitarias, este programa se destinará fundamentalmente a incentivar el cumplimiento de elementos de mejoramiento de gestión en establecimientos de atención primaria”.

El programa de reforma del sector salud en Chile, generó nuevos instrumentos para fortalecer la gestión de la Red Asistencial y autorizó e incrementó el número de atribuciones para los directivos de los establecimientos, al mismo tiempo que

crearon nuevos incentivos financieros para el personal. Además, realizó cambios dirigidos al desempeño de los recursos humanos.

Los componentes en la reforma de salud relacionados con los recursos humanos que están dirigidos a la inclusión de incentivos al desempeño colectivo, buscan fortalecer la gestión del recurso humano y crear medidas que motiven a los profesionales a permanecer en el sector público (34).

Para el año 2014, se realizó una propuesta de política de incentivos para los médicos en Atención Primaria en Salud (APS), en donde se pretende, promover la permanencia de los médicos en la atención primaria, proponiendo incentivos económicos, en donde se establece que los sueldos sean más competitivos, apoyando a los estudiantes que se enfoquen a realizar su especialización para trabajar en APS; y sociales, dotando en tecnología, recursos y marketing social, con el fin de incrementar su reputación frente a la comunidad, mejorar su gestión clínica y facilitar el desarrollo de acciones intersectoriales (34).

5.2 Sistema de Salud Colombiano

El Sistema General de Seguridad Social en Salud implantado por la Ley 100 de 1993, ha sido reformado en su estructura general a través de diferentes normas, en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Así mismo, el componente de salud pública fue desarrollado mediante la Ley 9 de 1979 en cuanto a medidas sanitarias; la Ley 10 de 1990 definió el modelo de descentralización y la ley 715 de 2001 determinó las competencias y la estructura financiera descentralizada. Adicionalmente, la Ley 1164 de 2007 reguló las condiciones del talento humano en salud. A estas normas se deben agregar la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo. Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento social, con integración público--privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los

independientes con capacidad de pago (35).

Nominalmente en Colombia toda la población accede a todas las tecnologías en salud a través de dos mecanismos administrativos: el aseguramiento y lo que se ha denominado NO POS (Plan Obligatorio de Salud) (reembolso).

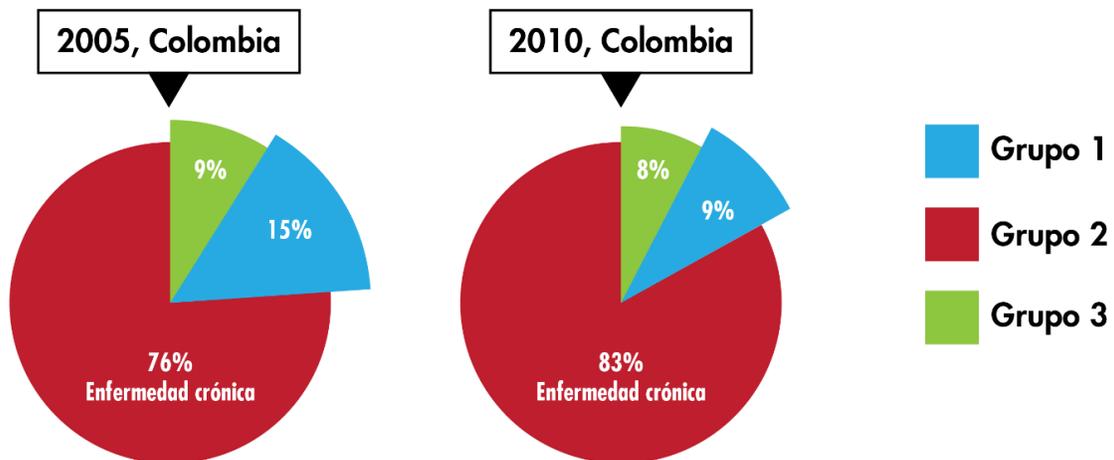
Los objetivos centrales de la reforma de 1993 hicieron énfasis en: 1. Expandir la protección financiera de las familias ante los gastos catastróficos derivados de los costos asociados a los servicios de salud y 2. Mejorar el acceso mediante la extensión del aseguramiento (35).

En cuanto al primer objetivo, el sistema muestra avances en protección financiera y solidaridad en la contribución. Así mismo, se han logrado reducir sustancialmente las brechas de inequidad. El gasto de bolsillo en salud ha disminuido del 43% del gasto total en 1995, hasta el 14% en 2014. Los índices de gasto catastrófico, que miden la participación relativa del gasto en salud sobre el ingreso de las familias, indican que el esquema de aseguramiento social adoptado en la reforma logró reducir muy rápidamente la fracción de gasto en salud del gasto global de los hogares, posibilitando así un efecto de conservación del ingreso a las familias, derivado del menor gasto catastrófico, tanto en grandes ciudades como en regiones apartadas, la población ha valorado los efectos positivos del aseguramiento social sobre el equilibrio de la estructura financiera de las familias.

En cuanto a la cobertura de la seguridad social en salud, en 1990 solo el 15.7% de la población estaba asegurada. Transcurridos 21 años, la cobertura de la seguridad social ha alcanzado el 96,6% (2014). El régimen subsidiado cubre el 48% de la población mientras el contributivo el 43.6% y 5% está afiliada a regímenes especiales y de excepción (Fuerzas Militares, Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol, y las universidades públicas u oficiales que se acogieron a la Ley 647 de 2001).

La carga de enfermedad medida a través de AVISA (Medida estándar: años de vida ajustados por discapacidad, uno de los objetivos facilitar el establecimiento de prioridades de investigación en salud), en Colombia por última vez en 2010. Este estudio mostró una carga de enfermedad dominada por la enfermedad

crónica o enfermedad no transmisible (ENT) y con menor participación proporcional de las lesiones por causa externa y las enfermedades trasmisibles. En cinco años la participación de la enfermedad crónica (primeras causas: enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, cáncer y diabetes) creció del 76% al 83%, lo cual indica un patrón epidemiológico pos transicional.



Fuente: Progresión en Carga de Enfermedad 2005-2010, Colombia. PAIS.

Los resultados de la carga de enfermedad también evidencian crecimiento en expectativa de vida acotado por la muerte prematura y la discapacidad, que afectan los 74 años de expectativa en 21 años (16 por discapacidad y cinco por muerte prematura); este nivel de carga es el triple de la población australiana y revela el alto componente de demanda de servicios que afecta al sistema de salud; sobre todo en hospitales de segundo y tercer nivel, así mismo, contribuye a que el país tenga la más alta tasa de hospitalización de América Latina (8.7% de personas hospitalizadas a lo largo de un año) (35).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad; en paralelo se ha evidenciado una expansión en la oferta nacional de los servicios de salud con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica. El crecimiento en la oferta privada se ha concentrado en los profesionales independientes, los cuales durante el periodo 2013 – 2016, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud,

pasan de 35.107 a 35.396 (incremento del 0.823%); pese a este crecimiento, la oferta de servicios durante este periodo ha disminuido en un 0.998%.

Por su parte las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutive según el informe de la OCDE 2016 y en comparación con los otros sistemas de salud de la OCDE, Colombia tiene muy pocos médicos y enfermeras. La densidad de médicos en Colombia para 2013 es de 1,77 por 1000 habitantes, similar a Turquía pero muy por debajo del promedio de la OCDE de 3,27. La fuerza de trabajo de enfermería de Colombia causa preocupación aún mayor. En promedio, hay tres veces más enfermeras que los médicos en los sistemas de salud de la OCDE. Este no es el caso en Colombia. Allí, la densidad de enfermeras es de 1,03 por 1000 habitantes, menos que la densidad de médicos, y casi una décima parte de la densidad promedio de la OCDE de 9,09. La densidad de mano de obra es mucho menor en las zonas rurales. Algunos municipios remotos y pequeños dependen de un médico por 10000 o más habitantes., profundizando la baja respuesta institucional y generando represamiento de demandas en salud. En la mediana y alta complejidad hay utilización inadecuada de los recursos especializados, ocasionada tanto por los incentivos hacia la inducción de demanda desde la oferta, así como por debilidad para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (35).

Los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; mientras que los niveles de ocupación en el primer nivel de atención no alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con tasa de ocupación por encima de 97% en el segundo nivel y de 91% en el tercer nivel. La limitación en la respuesta ha sido creciente en los últimos años (35).

Se observa de manera global un comportamiento creciente de la oferta de servicios, este fenómeno como tal no garantiza que se cuente con las condiciones adecuadas para el sector salud, ya que los incrementos o decrecimientos no ha

estado ligado a análisis de las necesidades y las condiciones propias de la demanda, y han respondido más a incentivos hacia una mayor producción de servicios de salud en términos del número de actividades realizadas, más no en la búsqueda de los resultados en salud o de una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; esto conduce al desajuste entre los requerimientos de la demanda y la capacidad resolutoria, con atributos de calidad, integralidad y continuidad, de los servicios de baja complejidad, con limitada eficacia en las acciones individuales y colectivas cuyo objetivo sea la promoción de la salud y la gestión del riesgo (35).

Estas limitaciones han sido determinadas por el enfoque hospitalario de servicios orientados hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad. En efecto es notorio el crecimiento en la demanda de profesionales especializados. Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han consolidado como la puerta de entrada al sistema, con severa subutilización de los servicios básicos. Este efecto es consecuencia del propio diseño de un modelo de seguridad social, donde se impulsa un enfoque de prestación orientado hacia la cobertura de las contingencias financieras para las familias derivadas del costo de la enfermedad. Este objetivo posicionó la enfermedad como objetivo del sistema por encima de las ganancias en salud y la integralidad en la atención.

Todos estos resultados muestran una tendencia sostenida a la resolución hospitalaria de la enfermedad, incremento del riesgo en salud y mayor gasto médico, lo cual genera como resultado la fragmentación de la atención médica, con los consecuentes efectos deletéreos sobre la salud y calidad de vida de personas, familias y comunidades, así como los sobrecostos generados por la estructura de costos, mucho más onerosa, de los escenarios de atención en urgencias de alta complejidad (35).

5.2.1 Atención primaria de Salud Colombia.

Con la Ley 1438 de 2011 se establece como definición: “La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En Colombia, la implementación de la APS, tiene como meta, superar los persistentes desafíos, en diferentes dimensiones así:

1. Dimensión Ética: Mayor equidad en salud y solidaridad.
2. Dimensión Política: “Salud para todos”, derecho a la salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
3. Dimensión Social: Salud en todas las políticas, acción intersectorial y participación ciudadana.
4. Dimensión Técnica: Reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción de la salud, Modelos de cuidado integral, sostenibilidad financiera del sistema, etc. (35).

Con la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (Enero 2016) son cuatro las estrategias centrales a saber: 1. Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. Gestión Integral del Riesgo en salud y 4. Enfoque diferencial.

La atención primaria en salud como una estrategia integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la

comunidad (35).

“La Atención Primaria en Salud se rige por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad”(35).

Este enfoque tiene las siguientes connotaciones:

- Se orienta a fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo a la recuperación de la enfermedad.
- Privilegia la promoción de la salud sobre el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado con la acción sectorial e intersectorial de manera continua, pertinente y oportuna, para la afectación de determinantes sociales de la salud
- Deriva su acción de los principios de intersectorialidad, colaboración y participación, sobre los dominios de lo profesional y de la recepción pasiva de servicio
- Se suministra preferentemente con la participación de equipos de salud multidisciplinarios, integrales y pertinentes desde la esfera sociocultural, más que a partir de la práctica individual
- Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema, la interculturalidad y tiene en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias
- Promueve la atención integral, integrada y continua
- Fortalece la capacidad resolutoria de los servicios básicos de salud, así como la pertinencia y oportunidad con mecanismos diferenciales de prestación del servicio en zonas dispersas y alejadas.
- Fomenta la construcción intersectorial de planes y modelos territoriales de salud con orientación familiar y comunitaria, que responden a las particularidades regionales
- Requiere de la adscripción poblacional y territorial a equipos de personal de salud transdisciplinarios.

El enfoque de salud familiar y comunitaria es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población. Para su implementación requiere la gestión en tres componentes: 1. Desarrollo del talento humano en salud; 2. articulación y reorganización de servicios de salud; y 3. planeación y gestión territorial (35).

5.2.2 Evaluación de la APS.

La evaluación es una acción necesaria para lograr procesos de mejoramiento continuo y toma de decisiones, relacionadas con la calidad de la atención en APS. Valora tres elementos fundamentales: Estructura, proceso y producto.

De acuerdo a la estructura, se tiene en cuenta la oferta de servicios, la cantidad y calidad de los profesionales, el acceso y las barreras para uso de los servicios, la infraestructura de los centros, la dotación de los mismos y la población por atender.

En el proceso se tienen en cuenta, la capacidad para identificar problemas, capacidad de diagnóstico, gestión de pacientes, recursos terapéuticos, la aceptación por parte de la población de la atención recibida, la comprensión por los pacientes de su situación, el desarrollo de guías de práctica clínica se convertirían en referencia para la evaluación del proceso.

En el producto se valoran, la prevalencia de factores de riesgo modificables, enfermedades y mortalidad evitable y resolución de problemas (35).

La capacidad resolutoria de las APS, depende de múltiples factores, que no solo contemplan el nivel asistencial sino también distintos factores que influyen en la capacidad resolutoria de la APS.

1. Factores dependientes del sistema: Recursos y financiación, Herramientas de apoyo, equipamiento y acceso a pruebas diagnósticas, Dotación

tecnológica, Coordinación y cooperación entre niveles asistenciales, Otros factores (envejecimiento de la población, aumento de tareas administrativas al personal asistencial, conformación de equipos de atención primaria, etc..)

2. Factores dependientes del profesional: Organización en salud que permita la autonomía, para maximizar los resultados; Tiempos dedicado a procedimientos burocráticos, que limitan los tiempos de consulta; Demanda asistencial: al aumentar el número de consultas por medico, disminuye el tiempo de consulta y no se logra el adecuado abordaje de las situaciones de cada pacientes, aumentando la derivación a otros servicios y pruebas; Formación y gestión del conocimiento: formación continuada; Investigación en salud; Compromiso y motivación.
3. Factores dependientes del paciente: Expectativas y capacitación del paciente (27, 35, 38).

Sin embargo y para que la atención primaria maximice su contribución a la prevención y al control de las enfermedades crónicas es claro que se requieren intervenciones que vayan más allá de simplemente incrementar el acceso. La publicaciones existentes sugieren otras diversas características, entre ellas perfeccionar el diseño de las prácticas a fin de mejorar el acceso y el seguimiento y con ello facilitar el autocontrol del paciente a través de mejor comunicación y apoyo a lo largo del tratamiento; incrementar la capacidad del equipo de salud de ofrecer una atención de alta calidad a través de la capacitación y educación de los profesionales y apoyo a la toma de decisiones; fortalecer las redes de salud para facilitar el acceso a los servicios de diagnóstico y especializados; y mejorar los sistemas de información para facilitar el uso de registros clínicos, recordatorios al paciente y los proveedores, coordinación de los medicamentos prescritos y rastreo de resultados en el tiempo. Estas características no dependen únicamente del proveedor de atención primaria individual y requieren de inversiones dirigidas al sistema integral de salud sobre la base de recursos e incentivos adecuados (36, 37).

5.2.3 Incentivos Financieros y de Talento Humano en Colombia.

Los incentivos incluyen en general incluyen las formas de pago a los profesionales que prestan los servicios, el pago a los prestadores ambulatorios y hospitalarios o el pago a los aseguradores.

El diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contempló la posibilidad de contratación selectiva por parte del asegurador como mecanismo para mejorar la eficiencia y posibilitar el acceso al integrar y utilizar eficientemente la oferta pública y privada de prestación de servicios, esto permitió generar grandes ganancias en eficiencia y controlar la presión inflacionaria en el POS, lo cual posibilitó la cobertura universal del aseguramiento sin crecimiento del gasto en salud, con una cobertura de la población subsidiada a más del 50% de los colombianos (35).

Sin embargo, la regulación de la contratación, el cumplimiento de las normas adoptadas y los mecanismos de pago de servicios han sido insuficientes, lo cual ha llevado a estrategias negativas desde el asegurador para compensar los precios. Estos incluyen el racionamiento de servicios, las redes incompletas, la retención de pagos a los hospitales y el financiamiento desde los proveedores.

La no existencia de normas que hagan transparente la contratación y el precio ha llevado a la contratación incompleta, la inexistencia o parcialidad de la red que garantice el derecho y uso de la integración vertical. A ello se han sumado barreras negativas desde los prestadores como reducción de demanda, porcentajes de contratación forzada, la diferenciación selectiva de servicios y la creación de barreras a través de la captura del asegurador. Sin embargo, lo más precario ha sido la extensión de mecanismos contra cíclicos de pago, como el pago per cápita en la baja complejidad y el pago por evento en la mediana y alta complejidad, mecanismos de pago que incentivan la baja capacidad de resolución de los niveles básicos y la inducción de demanda en la alta complejidad (35, 36).

Entre los efectos de mayor impacto se encuentra la presión derivada de la innovación tecnológica y el costo asociado a la entrada de terapias innovadoras, usualmente protegidas por derechos de propiedad que permiten el monopolio e impacto en el costo médico. Los incentivos van hacia el sobrecosto en un sistema

de salud abierto con limitadas restricciones e incentivos de mercadeo muy poderosos. Intervenciones como la regulación de precios ha posibilitado ahorros importantes. Sin embargo, incentivar la disminución de la demanda desde el prestador, puede amenazar los avances obtenidos (35).

Para la implementación del MIAS se proponen una redefinición del sistema de incentivos que implica:

1. Redefinir la unidad de atención y prestación alrededor del requerimiento de integralidad, que sitúa el núcleo del derecho en la integridad del proceso de atención y no en atención individual, se redefine el concepto de prestación bajo el entendido de que “los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador.
2. Proceso regulado que se hace operativo a través de la RIAS, la cual comprende el continuo desde la promoción hasta la paliación de acuerdo a grupos de riesgo.
3. El proceso integral deberá incluir: incentivo para el usuario, al autorizar de manera integral todos los servicios, según ruta.
4. Los mecanismos de pago dentro de integrantes de la red deben proveer incentivos en forma de descuentos o sanciones que penalicen los incentivos hacia la transferencia de riesgo o selección de riesgos dentro de las redes de prestación (37).

En materia de talento humano, a partir de la implementación del modelo integral de atención (MIAS), se produce un documento denominado: “ESTRATEGIA DE INCENTIVOS AL TALENTO HUMANO EN SALUD “TAREA DE TODOS” este

documento tiene la finalidad de ayudar a las Entidades de Salud tanto del sector público como privado y a otros interesados directos a establecer estrategias para la implementación de incentivos al Talento Humano en desarrollo de la Política Integral De Atención En Salud. Este documento es solo una guía para implementar incentivos eficaces en una organización demostrando con la literatura y los resultados realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social la eficacia de implementar estrategias de gestión hacia los incentivos de una organización contribuyendo así a la Política Integral de Atención en Salud contemplada dentro de su modelo operativos MIAS, a pesar que según la Ley 1164 de 2007, que regula el Talento Humano en Salud en su Artículo 30. “Del Programa de estímulos e incentivos. El Gobierno Nacional definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de la salud”.

Por otra parte la misma Ley en su “artículo 31. Becas crédito. De este Programa de estímulos e incentivos harán parte las becas créditos definidas en el parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, las cuales serán otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación del Talento Humano”.

Sin embargo hasta el momento no existe un programa regulado y definido por el Estado, en materia de Incentivos al talento humano en salud (37, 38).

5.3 . SISTEMAS COMPLEJOS ADAPTATIVOS.

Como parte del análisis de los sistemas de salud, este trabajo lo aborda desde los sistemas complejos adaptativos (SCA), con los conceptos de John Holland en el Orden de lo oculto, de donde se toman los elementos básicos que determinan la teoría de SCA, según el autor “los SCA son sistemas compuestos por agentes interactuantes descritos en términos de reglas. Los cuales se adaptan cambiando sus reglas cuando acumulan experiencias. Además de que para los SCA la mayor parte del medio ambiente de cualquier agente adaptable está constituido por otros agentes adaptables, de manera que una porción de los esfuerzos de adaptación de cualquier agente es utilizada para adaptarse a otros agentes adaptables” (39).

Los SCA se deben entender desde un sistema multidisciplinar, donde el agente

esta mediado por un sistema de reglas, algunas no son explícitas, por medio de la observación de las reglas se pueden describir comportamientos en donde el agente se adapta y se amolda al medio ambiente. El sistema o medio ambiente es donde se mueven los agentes, el cual se ve como un todo, donde coexisten en busca de objetivos comunes, que requieren la cooperación de los agentes, los cuales no necesariamente son cercanos, sino que colaboran, dado que la colaboración muchas veces parte de la competencia. La colaboración es un mecanismo subyacente de la evolución de los agentes que les permite la adaptación, ya que las redes de interacciones entre los SCA que los lleva a la coevolución es el factor que les puede permitir la sobrevivencia, enseñar y aprender los unos de los otros al mismo tiempo, ya que se enfrentan a un ambiente de selección natural (competencia). Los sistemas complejos se caracterizan fundamentalmente porque su comportamiento es imprevisible, ya que se enfrentan a procesos de constante cambio que implican la adaptación, por lo tanto, los sistemas evolucionan conjuntamente con su medio ambiente. Los SCA poseen como característica central que, a pesar de sufrir continuas variaciones de sus componentes internos, la coherencia global del sistema frente a estos cambios se mantiene estable (39).

Existe una gran diversidad en las interacciones que surgen en los SCA, por lo cual tienen la propiedad de sufrir grandes cambios cuando se les introducen pequeñas perturbaciones (efecto multiplicador), pero para poder comprender las interacciones de grandes números de agentes es necesario entender las habilidades de los agentes individuales (39, 40).

A continuación se describen los elementos básicos de los SCA, denominados los siete básicos de todo sistema complejo adaptivo: divididos en tres mecanismos y cuatro propiedades, que son comunes a todo SCA.

Mecanismos

Marbeteado (o etiquetado):

El marbeteado o etiquetado, es un mecanismo de supervivencia para la agregación y la formación de fronteras en los SCA. Es un rasgo importante, ya que facilitan la interacción selectiva y permite a los agentes seleccionar a otros

agentes u objetos, que de otra manera serian indistinguibles. Esta es una herramienta indispensable para la especialización y la cooperación (39).

Modelos internos:

Es el mecanismo de la anticipación. Ya que el agente debe seleccionar los patrones de entre un flujo de información que recibe, y después debe convertir estos patrones en cambios en su estructura interna, los cuales le permiten al agente anticiparse a las consecuencias que se generan cuando el mismo patrón u otro similar vuelve a ser encontrado. Algo importante es que entre más fuertes sean sus modelos internos más precisa será la predicción, ampliando de esta manera sus posibilidades de supervivencia (39).

Bloques de construcción:

Cualquier agente perteneciente a algún SCA analiza una escena compleja buscando elementos reutilizables que ya han sido probados por la selección natural y el aprendizaje, generando así la capacidad de descomponer en sus partes una escena compleja (buscando de esta manera la mejor solución). Para posteriormente reagrupar las partes componentes en una gran variedad de combinaciones a los que se les llama bloques de construcción. Ya que cuando se encuentra una situación totalmente nueva, lo que se hace es combinar los bloques más relevantes y probados para modelar la situación, de manera que sugiera acciones adecuadas y sus posibles consecuencias.

Propiedades

Agregación:

Los SCA buscan la complementariedad mediante la agregación de cosas similares entre los agentes, principalmente en categorías. También se pueden agregar escenas que nunca se han presentado por medio de la recombinación de categorías familiares. Además, de que los agentes se pueden también agregar formando agentes mas complejo, que son los que Holland denomina “meta-agentes”, los cuales hacen referencia a agregados altamente adaptables y que bajo ciertas condiciones y características actúan como un solo agente (39).

No linealidad:

La linealidad significa que se puede obtener un valor para el todo, sumando los

valores de sus partes. Cosa que no funciona en los SCA, un ejemplo es el sistema que puede conformar un ecosistema integrado por presas y depredadores, los cuales dadas sus características no es posible sumar éstas.

Flujos:

Esta propiedad hace referencia a la idea de nodos y conectores. Los cuales en términos generales, los nodos son los procesadores – agentes –, mientras que los conectores son los que determinan las posibles interacciones. Para los SCA los flujos a través de estas redes varían con el paso del tiempo; además, los nodos y los conectores pueden aparecer y desaparecer, dependiendo de si los agentes tienen éxito o no en sus esfuerzos por adaptarse (39).

Diversidad:

Surge la diversidad cuando la propagación de un agente abre una nueva oportunidad para las interacciones, que puede ser explotado por las modificaciones de otros agentes. La diversidad observada en un SCA es el producto de sus continuas adaptaciones ya que un patrón en los SCA es su evolución. Si se remueve alguna clase de agente del sistema, se crea un vacío, por lo que el sistema con toda seguridad responderá con una cascada de acciones de adaptación, y el resultado será la creación de otros agentes que ocupen el nicho desocupado por los agentes removidos, inmediatamente proporcionarán al sistema las interacciones faltantes (39).

Estos principios básicos comunes a los SCA tienen puntos de apalancamiento, en donde pequeñas adiciones producen grandes cambios dirigidos. Lo importante es descubrir estos puntos de apalancamiento, para poder generar los principios generales que gobiernan la dinámica de los SCA para poder comprenderlos y analizarlos (39).

Para que el comportamiento de un sistema esté adecuadamente representado, es necesario conocer, además de sus elementos, las interacciones o relaciones entre ellos. Por lo tanto, se deben describir tanto la estructura (lo que es el sistema) como la función (lo que hace el sistema), dos enfoques complementarios de una misma realidad (39).

6. Diseño Metodológico

Necesidad de Información: Para responder la pregunta de investigación se requieren datos estadísticos sobre indicadores de hospitalización, vivencias, experiencias y conocimientos de personal de salud del sistema en los diferentes H-niveles de atención en salud, tanto de índole administrativo como de índole asistencial, para Colombia como para Chile.

Definición de términos:

Atención Primaria en Salud: Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Hospitalización evitable por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en atención primaria (ACSC) se define un indicador que identifica eventos clínicos en los que una efectiva prestación del servicio en atención primaria, puede reducir de forma significativa el ingreso hospitalario. BID 2012.

Condiciones sensibles al cuidado ambulatorio: Las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio - CSCA- son indicadores de enfermedades para las cuales la Atención Primaria de Salud - APS- tiene capacidad potencial para evitar su hospitalización innecesaria. BID 2012

Tipo de Investigación:

Esta investigación es de tipo cuali-cuantitativo (mixto), de tipo diseño incorporado con recogida y análisis de datos Cualitativo (o cuantitativo) antes, durante o después, dado que se requiere analizar conocimientos y prácticas, de los diferentes actores de los sistemas de salud, se contempla realizar un análisis, explorando las acciones dirigidas a las APS, en los sistemas de salud de Colombia y Chile, se escogieron estos dos sistemas, porque los dos cuentan con sistemas de salud mixtos con enfoque en Atención primaria en Salud, muy similares entre

de salud basados en APS (Colombia y Chile) y revisión de bases de datos estadísticas para análisis de indicadores de salud generales y los asociados a hospitalización evitable.

Entrevista Semiestructuradas:

1. ¿Cómo funciona el sistema de salud?
2. ¿Qué relación existe entre la atención primaria y las hospitalizaciones evitables por patologías sensibles a cuidados ambulatorios?
3. ¿Cómo debería ser en la práctica adecuada desde la administración en los centros de APS?
4. ¿Cómo define usted una atención primaria de mala calidad?
5. ¿Qué papel cumple la atención primaria de salud en la prevención de hospitalizaciones evitables? ¿Se diferencia por patología, por población, por sistema de salud?
6. ¿Las menores tasas de hospitalizaciones evitables reflejan un mejor acceso a la atención primaria o una mejor calidad de la atención, o ambos o ninguna? ¿Cuál es la mejor manera de entender estas diferencias?
7. ¿Cómo pueden conformarse los equipos de APS para lograr que su desempeño sea más eficaz y eficiente?
8. ¿Existen incentivos de tipo académico, económico, de reconocimiento u otro, para el personal asistencial durante el logro de metas propuestas por parte del sistema o propio de la institución en la APS?
9. ¿Qué profesionales cumplen cuáles funciones en la atención primaria?
10. ¿Y cómo deben estructurarse los programas de formación profesional y universitaria para garantizar la disponibilidad de profesionales idóneos con formación apropiada cuando se necesiten y en el futuro?

Perfil de los Entrevistados

Chile

1. Medica Internista. CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile.
2. Medica Familiarista. CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile.
3. Medico General. CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile.

4. Enfermera Administrativa. CESFAM Los Andes. Región Valparaíso. Chile.
5. Médico General. Director. CESFAM Los Andes. Región Valparaíso. Chile.

Colombia.

1. Enfermera asistencial. UPA (Unidad primaria de Atención) 30. Subred Suroccidente. Bogotá.
2. Enfermera asistencial. UPA 10. Subred Suroccidente. Bogotá.
3. Médico Administrativo. Director. USS del Sur. Subred Suroccidente. Bogotá.
4. Médico general. UPA 36. Subred Suroccidente. Bogotá.
5. Médico Internista- Nefrólogo. USS Fontibón. Subred Suroccidente. Bogotá.

Fase cuantitativa: El estudio es ecológico para analizar la variabilidad de las tasas de hospitalización y de mortalidad en los sistemas de salud Colombia-Chile. Como lista de códigos de ACSC, se utilizó la versión reducida que Caminal et al (2001) elaboraron para el entorno español, a la cual se le realizó una transformación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, de la versión CIE-9 a la versión CIE-10. Los códigos que se estudiaron se presentan en el cuadro 1 por grupo de patologías, de acuerdo a la carga de enfermedad que para los dos países son enfermedades no transmisibles ENT y de acuerdo con las ACSC (enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica y enfermedades endocrinas).

Bases de Datos: DANE, OMS, INE (Instituto Nacional de Estadística Chile), SISPRO (RIPS), DEIS.

Consideraciones sobre el trabajo de campo y Población:

El protocolo fue aprobado por el comité de investigaciones y el comité de ética en investigación de la Subred Suroccidente de Bogotá, cumpliendo con los requisitos de protección de datos (habeas data), en Chile, a través de contactos y

autorización con directivos de los CESFAM de Los Andes y Cristo Vive en Santiago de Chile, se obtuvieron las cinco entrevistas.

Análisis de datos

El análisis de la información, se realizó mediante triangulación (corroboración), para lograr convergencia, confirmación y/o correspondencia o no, de métodos cuantitativos y cualitativos. El énfasis es en el contraste de ambos tipos de datos e información. Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó Epiinfo 7.2.0.1.

Tabla 1. Enfoque metodológico.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la pertinencia del indicador en salud, hospitalización evitable por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio. METODOLOGIA: Investigación Mixta, de tipo diseño incorporado con recogida y análisis de datos Cualitativo (o cuantitativo) antes, durante o después.					
Objetivos Específicos	Preguntas	Fuentes de Información	Instrumentos	Análisis de datos	Interpretación.
1. Identificar los factores que se asocian a las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio, para evitar hospitalizaciones.	¿cuáles son los factores que se asocian a las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio, para evitar hospitalizaciones?	Secretaría de salud distrital: Subred Suroccidente Bogotá-Colombia. Secretarías municipales del FONASA-CESFAM Andes y CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile.	Cualitativo: Entrevistas Semiestructuradas.	CUALITATIVO: Creación de Dimensiones y categorías de análisis	TRIANGULACION: CUALI-CUANT.
2. Analizar un paralelo de la atención primaria en salud entre los sistemas de salud de Chile y Colombia.	¿Existen similitudes o diferencias entre el modelo de atención primaria de Colombia y el de Chile?	Secretaría de salud distrital: Subred Suroccidente Bogotá-Colombia. Secretarías municipales del FONASA-CESFAM Andes y CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile.	Cualitativo: Entrevistas Semiestructuradas. Análisis de texto, documentos del MinSal de Chile y documentos de Minsalud de Colombia.		
3. Analizar los indicadores de salud sobre hospitalizaciones evitables para Colombia y para Chile frente a las acciones en Atención primaria en Salud de cada país.	¿Los indicadores de salud sobre hospitalización evitable miden las acciones en Atención Primaria en Salud para Colombia y para Chile?	Fuentes secundarias: Bases de datos nacionales de Chile y Colombia	Estadísticas de Hospitalización para Colombia y para Chile.	CUANTITATIVO: Análisis descriptivo de las variables. Software: Epiinfo.	

FASE CUALITATIVA

Tabla 2 .RESUMEN TRABAJO DE CAMPO Y CODIFICACIÓN DE ENTREVISTAS

ENTREVISTAS CHILE				
entrevistado	CODIGO	FECHA	SITIO	Descripción
MEDICO ESPECIALISTA	MED1/ESP/CH	ABRIL 18 DE 2017	CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 17 minutos/ Pregunta abierta.
MEDICO ESPECIALISTA	MED2/ESP/CH	ABRIL 18 DE 2017	CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 30 minutos/ Pregunta abierta
MEDICO GENERAL	MED3/GEN/CH	ABRIL 19 DE 2017	CESFAM Cristo Vive. Santiago de Chile	Entrevista semiestructurada/Tiempo de entrevista 35 minutos/ Pregunta abierta
ENFERMERA	ENFERM/CH	ABRIL 20 DE 2017	CESFAM Los Andes. Región Valparaíso. Chile.	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 25 minutos/ Pregunta abierta
MEDICO GENERAL	MED4/GEN/CH	ABRIL 20 DE 2017	CESFAM Los Andes. Región Valparaíso. Chile.	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 30 minutos/ Pregunta abierta.
ENTREVISTAS COLOMBIA				
entrevistado	CODIGO	FECHA	SITIO	Descripción
MEDICO ESPECIALISTA	MED1/ESP/CO	ABRIL 24 DE 2017	USS Kennedy(Unidad servicios de salud). Subred Suroccidente. Bogotá.	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 47 minutos/ Pregunta abierta.
MEDICO GENERAL	MED2/GEN/CO	ABRIL 24 DE 2017	UPA (Unidad primaria de Atención) 36. Subred Suroccidente. Bogotá.	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 40 minutos/ Pregunta abierta
ENFERMERA	ENFERM1/CO	ABRIL 25 DE 2017	UPA (Unidad primaria de Atención) 30. Subred Suroccidente. Bogotá.	Entrevista semiestructurada/Tiempo de entrevista 35 minutos/ Pregunta abierta
ENFERMERA	ENFERM2/CO	ABRIL 25 DE 2017	UPA (Unidad primaria de Atención) 10. Subred Suroccidente. Bogotá.	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 35 minutos/ Pregunta abierta
MEDICO GENERAL	MED4/GEN/CO	ABRIL 26 DE 2017	UPA (Unidad primaria de Atención) 72. Subred Suroccidente. Bogotá.	Entrevista semiestructurada/ Tiempo de entrevista 38 minutos/ Pregunta abierta.

FASE CUALITATIVA

Tabla 3. CATEGORIZACIÓN ANALISIS CUALITATIVO

Objetivo general: Comparar dos sistemas de Salud, Chile y Colombia desde el modelo de Atención primaria, analizando variables de hospitalización como indicador indirecto de la gestión en APS.		
1. Identificar los factores que se asocian a las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio, para evitar hospitalizaciones.		
Dimensión	Variable	Fuentes de Información
Factores dependientes del Sistema de Salud	Misión del sistema	Entrevistas
	Visión del Sistema	Entrevistas
	Cooperación entre niveles asistenciales	Entrevistas
	Seguimiento de pacientes con complicaciones de la enfermedad	Entrevistas
	Programas especiales de atención en salud	Entrevistas
Factores dependientes del profesional de Salud	Tiempos para consulta	Entrevistas
	Demanda asistencial	Entrevistas
	Remisiones a otros servicios	Entrevistas
	Compromiso y motivación	Entrevistas
Factores dependientes del paciente.	Expectativas de los pacientes	Entrevistas
	Capacitación de los pacientes	Entrevistas
	Interés por asistir a APS	Entrevistas
2. Analizar el paralelo para la atención primaria en salud entre los sistemas de salud de Chile y Colombia.		
Dimensión	Variables	Fuentes de Información
Factores dependientes del Sistema de Salud	Tipo de Sistema	Entrevistas_ Revisión de fuentes
Factores dependientes del profesional de Salud	Capacidad Instalada de profesionales	Entrevistas_ Revisión de fuentes
Factores dependientes del paciente.	Compromiso Y motivación	Entrevistas_ Revisión de fuentes
3. Analizar los indicadores de salud sobre hospitalizaciones evitables para Colombia y para Chile frente a las acciones en Atención primaria en Salud de cada país.		
		Fuentes de Información.
Indicadores de Hospitalización Evitable.	Tasas de Hospitalización Evitable Ajustadas por Enfermedad Endocrina.	Revisión de fuentes- Bases de datos.
	Tasas de Hospitalización Evitable Ajustadas por Enfermedad Cardiovascular.	Revisión de fuentes- Bases de datos.
	Tasas de Hospitalización Evitable Ajustadas por Enfermedad Respiratoria	Revisión de fuentes- Bases de datos.

Tabla 4.1 DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN. Misión del Sistema. Factores dependientes del sistema.

DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN			
DIMENSIONES	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTAS COLOMBIA	ENTREVISTAS CHILE
Factores relacionados con el sistema de salud	Misión del sistema	<p>ENFER2/CO:Me parece que tienen buenos ideales, no, ideales como que... se tenga salud universal, cobertura universal, que tengan todos los mismos derechos, que conozcan los usuarios sus derechos, sus deberes, que no haya restricción por ejemplo para atender las urgencias me parece bien, que quieran aplicar por ejemplo las estrategias de atención primaria en salud, que haya promoción de la salud, prevención de la enfermedad, todo eso me parece a mi bien, que hayacom equidad cierto... tambien.ENFERM1/CO:Pues el sistema de salud, actual viene, asi cambie de nombre, de años anteriores, organizado por niveles de atención, el primer nivel de atención, el segundo, el tercer nivel, la idea pues es que, nos estamos tratando de organizar, pero en si las actividades, mas, las actividades no cambian, las actividades son las mismas, el primer nivel, como lo dice aps, es la puerta de entrada a salud, es la puerta de entrada al régimen de salud y mi me parece esa organización excelente...MED2/GEN/CO: ...coloca en dos posiciones grandes, población pobre y población rica, la población rica vamos a suponer que está dentro de un régimen que es el contributivo, y la población pobre dentro de otra parte que de ese régimen pero que es subsidiado, eso da un cambio a la oferta de servicios de salud totalmente a como venia antes "tujum" y lo bonito de este cambio, para mí, es que todo colombiano tiene acceso a servicios de salud, no hay ningún colombiano que por ninguna razón, no pueda acceder a los servicios de salud y tiene obligatoriamente estar dentro de estos dos regímenes...MED1/ESP/CO:los pacientes provienen del sistema de salud son atendidas en las unidades renales independientemente si son del régimen contributivo y régimen subsidiado el sistema de salud colombiano sabemos que está constituido por régimen contributivo y régimen subsidiado, el contributivo todas las redes de las eps y el régimen subsidiado... para el propósito de la atención en nefrología sobre todo lo que respecta a la atención de hemodiálisis indistintamente los pacientes tanto del sistema contributivo como del subsidiado pueden ingresar con las mismas características y coberturas, no hay diferencias, ni hay excepciones, ni existen limitaciones en la formulación o la prescripción de la diálisis o los medicamentos de estos pacientes, posiblemente la diferencia sea el sitio de ingreso inicialmente eso sí lo hacen a través de la vía de la urgencia de hemodiálisis, de lo contrario cuando ya son crónicos lo que reciben es exactamente igual. Nosotros aquí tenemos asignado un número de pacientes fijo para seguimiento y tratamiento tanto de diálisis como farmacológico, eso depende de la contratación que se tenga y de la capacidad logística de cada unidad renal y un número de pacientes variable, que es... el que llega con urgencia de diálisis a quien se le hace seguimiento transitorio, mientras se ubica de acuerdo a su afiliación... hay unidades como esta, con un alto número de pacientes, que se realizan cuatro turnos de hemodiálisis, hasta la madrugada...MED3/GEN/CO:el sistema de salud colombiano esta dividido en contributivo y subsidiado, creo que ahora hay buena cobertura, sin embargo no todos los pacientes que requieren atención, tienen acceso, para la muestra EPS, que captan dineros de la contribución y limitan los servicios...</p>	<p>MED1/ESP/CH: El sistema de salud chileno , porque no es solo Santiago, esto funciona al nivel nacional, está dividido como en dos partes, un sistema público y un sistema privado, donde las cotizaciones de todos los trabajadores con contrato son obligatorias y tú eliges un sistema al cual inscribirte dependiendo efectivamente , dices que tienes el dinero suficiente como para pagar un sistema particular que obviamente, tiene gastos específico y precios específico, en cambio el sistema público es para todos, está a acceso universal, pero entramos para ver definitivamente los beneficios que tienen ellos y que no, en el sistema privado tú tienes la opción como entre comillas de libre elección, donde tu eliges el lugar donde atenderte y donde hacer la prestación en sí, y con prestadores que son privados...MED3/GEN/CH:El sistema de salud en Chile funciona con el fonasa y con las isapres, el fonasa es el sistema de atención público y las isapres son las privadas, aquí todo el mundo tiene derecho a salud, si es fonasa usted puede ir a una institución pública y lo atienden nunca te van a negar la atención, tiene unos ventajas con el fonasa y es que tiene unas garantías GES. Qué son las garantías excepcionales, es decir, que el gobierno garantiza la atención en salud, garantizando todos los exámenes y todas las especialidades que pueda requerir en su momento...MED4/GEN/CH:Pues al igual que en Colombia está el fondo Nacional de salud que se llama fonasa que es como el sistben en Colombia y está las isapres que es el sistema de salud previsual que son las aseguradoras de salud, que son las mismas EPS en Colombia, entonces uno decide como trabajador a cuál de estos dos se afilia al sistema público al sistema privado. Tambien existen unas enfermedades que se llaman AUGE, la superintendencia de salud con grupo de varias enfermedades llamadas AUGE, para garantizar que la enfermedad que tenga el paciente sea atendida dentro de los tiempos comprendidos para dicha atención, porque si no lo hace Está incurriendo en un delito que pueden sancionar tanto al médico como la institución, por ejemplo un paciente con cáncer gástrico está dentro del grupo de las enfermedades AUGE, tiene que ser tratado a tiempo y diagnosticado tiempo, tiene que ser derivado al gastroenterólogo, con prioridad por encima de un paciente que de pronto tenga una gastritis, es una ley que si no se cumple puede recibir una sanción de toda índole hasta económica, desde el médico hasta la institución donde trabaje.</p>

Las categorías que se definieron para el análisis del desempeño en la Atención Primaria en Salud se asociaron a tres factores: Factores dependientes del sistema de salud, Factores dependientes del personal de salud y factores dependientes del paciente, tanto para Colombia como para Chile, se encontró que los entrevistados perciben a nivel Colombia que la misión del sistema a través de dos tipos de régimen de afiliación a saber contributivo y subsidiado, es cubrir todas las necesidades de salud, con principios de universalidad, con igualdad de derechos y deberes, algunos entrevistados piensan que el sistema es accesible y se percibe igualitario independiente de cualquier tipo de afiliación, otros consideran que la accesibilidad no esta presente en todos los casos y ejemplifican como se da la captación de recursos y la limitación en los servicios, se capta en las respuestas,

la asociación que se hace del régimen contributivo para los que tienen capacidades económicas y el subsidiado para los que tienen escasos recursos y sin embargo se hacen las atenciones igualitarias independiente del tipo de afiliación. En Chile los entrevistados reconocen dentro de la misión del sistema, independiente del tipo de afiliación público-privado, la prestación de servicios con priorización de patologías, mediante leyes (AUGE), hacen énfasis en la libertad de elección de afiliación con acceso al sistema público siendo trabajador (cotizaciones al FONASA), perciben el sistema público universal, con aseguramiento total en ciertas patologías, mientras que el sistema privado tiene la misión de prestar servicios de acuerdo al tipo de seguro y a las coberturas, manifiestan de forma explícita que en el sistema público nunca se niegan atenciones.

Tabla 4.2. Visión del Sistema. Factores dependientes del sistema.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Factores relacionados con el sistema de salud</p>	<p style="text-align: center;">Visión del Sistema</p>	<p>ENFERM/CO: ... pero a la hora de la realidad, pues uno ve... que no se nota, pues la cobertura mira algunas regiones tan solas sin atención en salud, sin centros de salud siquiera... sin un médico, sin vías para que accedan a los servicios, entonces pues esa parte nos falta mucho, de lo que es de la teoría a la práctica diría yo... pero por lo menos se tienen los ideales, que eso ya también es bueno... ENFERM/CO: sí, porque el primer nivel es el que va categorizando, el que va diciendo, para dónde va el, donde va aquel, donde va este, heee se supone que tiene que hacer todas las actividades de prevención de promoción, la parte educativa, la parte de guía que debe hacer, y así actualmente está funcionando, "jujum"... MED2/GEN/CO: ...coloca en dos posiciones grandes, población pobre y población rica, la población rica vamos a suponer que está dentro de un régimen que es el contributivo, y la población pobre dentro de otra parte que de ese régimen pero que es subsidiado, eso da un cambio, para mí, es que todo colombiano tiene acceso a servicios de salud, no hay ningún colombiano que por ninguna razón, no pueda acceder a los servicios de salud, no hay ningún colombiano que por ninguna razón, no pueda acceder a los servicios de salud y tiene obligatoriamente estar dentro de estos dos regímenes... MED1/ESP/CO: los pacientes provienen del sistema de salud son atendidos en las unidades renales independientemente si son del régimen contributivo y régimen subsidiado el sistema de salud colombiano sabemos que está constituido por régimen contributivo y régimen subsidiado, el contributivo todas las redes de las eps y el régimen subsidiado... para el propósito de la atención en nefrología sobre todo lo que respecta a la atención de hemodiálisis indistintamente los pacientes tanto del sistema contributivo como del subsidiado pueden ingresar con las mismas características y coberturas, no hay diferencias, ni hay excepciones, ni existen limitaciones en la formulación o la prescripción de la diálisis o los medicamentos de estos pacientes, posiblemente la diferencia sea el sitio de ingreso inicialmente eso sí lo hacen a través de la vía de la urgencia de hemodiálisis, de lo contrario cuando ya son crónicos lo que reciben es exactamente igual. Nosotros aquí tenemos asignado un número de pacientes fijo para seguimiento y tratamiento tanto de diálisis como farmacológico, eso depende de la contratación que se tenga y de la capacidad logística de cada unidad renal y un número de pacientes variable, que es... el que llega con urgencia de diálisis a quien se le hace seguimiento transitorio, mientras se ubica de acuerdo a su afiliación... hay unidades como esta, con un alto número de pacientes, que se realizan cuatro turnos de hemodiálisis, hasta la madrugada... MED3/GEN/CO: el sistema de salud colombiano está dividido en contributivo y subsidiado, creo que ahora hay buena cobertura, sin embargo no todos los pacientes que requieren atención, tienen acceso, para la muestra EPS, que captan dineros de la contribución y limitan los servicios...</p>
--	--	---

Tanto en uno como en otro sistema la misión se percibe con universalidad en la atención, la accesibilidad es más limitada en Colombia que en Chile y la confianza en el sistema es más alta en Chile que en Colombia. La visión que se tiene del sistema colombiano, es que falta presencia del sistema en muchas regiones apartadas, pero los entrevistados concuerdan que es un sistema igualitario para toda la población, independiente de si es público o privado. En Chile la visión del sistema público es muy diferente del privado, si bien concuerdan los entrevistados que los aportes, que los trabajadores tienen que hacer para salud, pueden ser

para el sistema publico como para el privado, de acuerdo a la capacidad de pago o sus preferencias, manifiestan que el sistema publico tiene garantías en la atención de ciertas enfermedades, que están cobijadas por ley, garantiza la atención, mientras el sistema privado atiende según lo pactado por contrato.

Tabla 4.3. Cooperación entre niveles asistenciales. Factores dependientes del sistema.

Factores relacionados con el sistema de salud.	Cooperación entre niveles asistenciales	<p>ENFER2/CO: A uno le parece que falta más comunicación entre instituciones y más si ahora como una sola red, nosotros no contamos con el apoyo como debe ser, por ejemplo en el Kennedy, donde si el paciente no esta verdaderamente enfermo o grave. No lo atienden.. ENFERM1/CO: todo el esfuerzo se enfoca al trabajo dentro sus redes "jijum", y eso ha desfortalecido un poco salud pública, supongo que más adelante ya cuando este más integrado el trabajo entre las subredes, porque es bien arduo, bien difícil "si unificando" nos está proyectado y que este unificado, ya vuelva a fortalecerse la salud pública, porque creo que la plata no alcanza para tanto "sí" y hay que invertir mucho dinero especialmente en fortalecer la parte hospitalaria que estaba podríamos decir heee un déficit grandísimo, se siente nuestros hospitales especialmente cuando hay una sobreocupación del 160, 170% "sí", entonces ahorita está enfocado a eso, pero no puede descuidarse la salud pública, porque se nos sigue llenando los hospitales de pacientes que han llegado a un estado avanzado de afectación de su salud, con diferentes patologías que, en algún momento sería prevenibles.. MED2/GEN/CO: la organización que tenemos de la prestación de servicio, no hay por ejemplo laboratorios para exámenes de alta complejidad, pero entonces ahí el concepto remitirlo, no habría limite porque lo remite al otro hospital y allá se le deben practicar los exámenes que requieran " si el limite no hay para atención" no, no, no hay, pues el limite es la complejidad no, pero por ejemplo todo paciente que nos llega hay una buen referenciación, yo podría decir que no, que no es mala, no es mala, otro problema que le dije es el aseguramiento, que es algo diferente, pero en cuanto al paciente se refiere, inmediatamente a un nivel por ejemplo nosotros que somos baja complejidad a un nivel superior pues allí el especialista le puede pedir los exámenes que necesite, no hay, quizás en la EPS privadas he escuchado que las hay, pero en lo público no, hasta ahora , no, no, no he escuchado que no le vayan hacer este examen, el problema es la capacidad que tienen las instituciones por ejemplo para hacer un tac cerebral.. MED1/ESP/CO: Pues son pacientes crónicos que tienen otras comorbilidades generalmente pues... perse a la enfermedad renal acarrear alto riesgo cardiovascular. Muchos de ellos son diabéticos y tienen complicaciones de la diabetes y otras morbilidades que son personas mayores en su mayoría, podríamos estar hablando que aproximadamente hasta un 30% de la población puede estar requiriendo hospitalización en todos los meses es decir, una población que está en una unidad renal aproximadamente 20 a 30% puede estar requiriendo hospitalización cada mes, por causas que la mayoría de las veces no son inherentes a la terapia de reemplazo renal....Se encuentra de todo, pero generalmente lo que más se observa son remisiones muy tardías del paciente a nefrología porque cuando ya lo vemos, muchas veces ya es poco lo que se puede hacer, se continúa remitiendo mucho los pacientes en estadios muy avanzados de la enfermedad renal. lo cual quiere decir por un lado que realmente el sistema de promoción y prevención no está funcionando y por otro lado lo que puede hacer el nefrólogo es prácticamente preparar el paciente para la diálisis en muchos casos continúan ingresando pacientes a diálisis con urgencia dialítica y personas que nunca tuvieron acceso o fueron remitidas al nefrólogo, hay muchas fallas en la atención primaria en los pacientes sobre todos los pacientes hipertensos, diabéticos. No se les hace un tamizaje oportuno para enfermedad renal ni se les hace seguimiento ni se les da manejo y son pacientes que terminan en diálisis cuando tuvieron de pronto la oportunidad de haber recibido un manejo que hubiese retardado la progresión de la enfermedad hubiese permitido un programa serio el nefroprotección o la posibilidad de recibir un trasplante renal.</p> <p>MED2/ESP/CH: de los pacientes que referimos al Hospital san José que es nuestro referente, para control, haciendo énfasis básicamente en esas tres patologías, no que son las patologías cardiovasculares llamense esas enfermedades cerebrovascular, heee cardiopatía isquémica, y todas las complicaciones de los pacientes con diabetes pie diabético, heee nosotros los referimos para controles y el tiempo que tarde ellos en valorarlos para justarlos, no siempre es el óptimo, heee digamos que pueden tardasen promedio desde dos a hasta 6 meses en llamar al paciente, entonces heee en ese caso pues yo pienso que es uno de los factores, que pudiera estar influyendo en las hospitalizaciones...MED3/GEN/CH: Si nosotros... llega el paciente, me consulta. le tomé todos los exámenes y consulta por cefalea requiere una atención que se envía al hospital San José que es el nivel terciario lo ve el especialista, lo ve todo el mundo y si de pronto requiriera alguna otra institución pediátrica como el hospital Roberto del Ruiz o el cancerológico, qué son cómo las redes más macro que tenemos, si contamos con esas redes, Sin embargo esas redes no son tan sólidas, cuando uno deriva un paciente lo deriva porque es un paciente que va a requerir hospitalización y muchas veces no les ponen atención, no los pescan, y los devuelven para la casa, los pacientes vuelven y reconsultan totalmente enfermos y muchas veces no hay mucho por hacer, porque a veces las oportunidades en el sistema público no son muchas y en el primer no hay hospitalización. MED4/GEN/CH: En los Cesfam que son grandes existen médicos especialistas, hay pediatras y médico familiar. Cuando el médico general tiene patologías que no puede resolver entonces se los deriva al pediatra o al médico familiar, pero la mayoría de médicos están capacitados para resolver una gran cantidad de problemas, porque precisamente para eso nos capacitán, nos dan cursos de Medicina familiar, diplomados. Hay patologías que toca derivar por ejemplo de las enfermedades cardiovasculares un infarto agudo que detectemos está dentro del grupo de las Auge, que toca remitir con prioridad a un nivel más alto sin embargo estos pacientes no ingresan por consulta externa van por urgencias de los Cesfam, en todos los Cesfam hay consulta externa cómo urgencias..ENFERMCH: Yo creo que lo que toca es hacer mejor las derivaciones en salud y contratar un mayor número de médicos en el hospital médicos y especialistas por la gran cantidad de patologías que hay.</p>
--	---	---

Cooperación entre niveles asistenciales: En Colombia, el sistema de referencia o cooperación entre niveles, según las voces entrevistadas es ineficiente, lo justifican en relación, con la reciente reestructuración de los hospitales públicos en subredes de servicios por lo menos a nivel distrito, donde falta, integración completa de las instituciones, funciona mejor la referencia hacia niveles de menor complejidad que hacia niveles de mayor complejidad, muchas veces en el sistema publico, la congestión de los servicios obedece a los procesos de autorización de servicios diagnósticos, los especialistas en los niveles superiores consideran que el proceso de cooperación entre niveles asistenciales, resulta ineficiente, por remisiones tardías y falta de tamizaje oportuno, que hacen que las patologías

progresen complicándose y requiriendo hospitalizaciones. En Chile, la cooperación entre niveles asistenciales hacia los niveles de mayor complejidad son ineficientes, por los tiempos de espera para la atención especializada, refieren que falta personal medico, para cubrir la cantidad de patologías, se tiene claridad en las enfermedades cubiertas por ley para remitir y asegurar la atención completa, dado que de no existir atención se incurriría en faltas graves y sanciones, existen patologías del grupo de No transmisibles que no están cubiertas por las AUGES, que tardan tiempos prolongados en la atención, lo que puede estar incidiendo en la necesidad de requerir hospitalización, por complicaciones de estas patologías, sin embargo los médicos consideran que existe una alta capacidad resolutive en los niveles asistenciales inferiores.

Tabla 4.4. Seguimiento de pacientes con complicaciones de la enfermedad. Factores dependientes del sistema.

Factores relacionados con el sistema de salud.	<p>Seguimiento de pacientes con complicaciones de la enfermedad</p> <p>ENFER2/CO: No todos, sobre todo le hacemos seguimiento por ejemplo a los pacientes con TBC, que algo como que impacta en salud pública, que hace su tratamiento supervisado, aquí se sigue a gestantes, las promotoras saben cuantas gestantes tenemos, cuantas fueron remitidas por ejemplo a Kennedy, para Fontibón, para Bosa, niños que salen muy malitos, por ejemplo con neumonías, a ellos también se les hace seguimiento, niños de crecimiento y desarrollo, tenemos bases de datos, donde por ejemplo se puede saber cuando le corresponde su proximo control por que no ha asistido y casos puntuales. ENFERM1/CO: En algunos, sobre todo en pacientes por ejemplo gestantes, que esta la niña de programas, pero no en todos, no en todos, por "tienen programas especiales, acá maneja programas especiales", si, por ejemplo el de hipertensión, el de crónicos, entonces por ejemplo si hay algo que requirió la hospitalización, entonces, la niña de programas, ella misma se encarga a veces de tomar los datos, de mirar que todo, de hablar o de decirle al familiar que por favor nos venga y nos informe, que le dijeron, o que venga después de que lo atendieron, eso... MED2/GEN/CO: Debería hacerse, pero no, sinceramente no, no, no se hace porque se tiene prioridad sobre gestantes y sobre niños menores de 5 años, entre eso se nos queda otro tipo de población por fuera, por ejemplo, heee este tipo de crónicos, que sería importante hacer seguimiento, si para establecer si después de que fue al umm tercer nivel, y lo dejaron, por ejemplo si era hipertenso o diabético "si" con una medicación heee digamos un poquito complicada, complicada por el paciente por su situación de persona mayor y de la familia que no pueden tener el interés suficiente que se esté tomando la medicación, entonces, si se le tendría que hacer seguimiento, y establecer si está tomando, si en la EPS le están entregando la medicación, si no se la entregan la importancia de suspenderla o no, de no dejar de tomarla ", y también de orientación porque heee si hay areas de nuestro servicios de salud donde puedan recurrir...MED1/ESP/CO: Estamos hablando esencialmente los pacientes crónicos que están en diálisis los pacientes que no están en diálisis o en prediálisis de consulta externa Es realmente muy poco el control que podemos tener nosotros sobre ellos, el paciente crónico en la mayoría de las veces no tenemos conocimiento de cuando se hospitaliza, que pasa, que sucede, se alcanza eventualmente a llevar un registro de la hospitalización pero en la mayoría de los casos no tenemos injerencia directa sobre la hospitalización y posterior la hospitalización es muy común que el paciente regrese sin las recomendaciones que se le dieron, muchas veces sin epicrisis, sin recomendaciones de manejo y pues realmente se nota con mucha frecuencia que existe una disyuntiva, entre los planteamientos dados por la unidad renal y la formulación o prescripción o recomendaciones que se le dan al paciente al salir.</p>	<p>MED2/ESP/CH: La otra cosa que ya se está implementando acá en el centro y que es muy útil, es la evaluación detallada de esos pacientes que fueron hospitalizados, se están recibiendo puesto las estadísticas precisas de quienes fueron hospitalizados, por estas causas frecuentes, tras llamarlos, entrevistarlos y evaluar que hay detrás de esa hospitalización, pienso que es la manera más correcta de tener una información objetiva del porque ese paciente necesito hospitalización, si fue por descontrol o por que no tuvo una atención preventiva a tiempo de estos centros de tercer nivel de atención, en todo caso pues el hospital san José. // MED3/GEN/CH: Aquí en Santiago se tienen nivel nivel primario y nivel Superior, atención de primer nivel que son los consultorios donde se atienden los pacientes que ingresan por primera vez al sistema si necesitamos algo más específico, nosotros hacemos la pesquisa Por ejemplo si necesitamos una biopsia nosotros la solicitamos y ya con todo, enviamos a nivel superior para concepto valoración con todos los exámenes, para ver si no lo devuelven o inician un tratamiento, en ese sentido las cosas se hacen poco a poco rápido.....Últimamente nos está llegando un récord del hospital, de los pacientes que nosotros vemos y que requirieron hospitalización, nos informan lo que requirió el paciente, nos llega el reporte al médico que usualmente ve el paciente y ya cuando el paciente sale de egreso, ya sabemos lo que le hicieron y lo que va a necesitar, y ya le podemos hacer seguimiento. // MED4/GEN/CH: Si a nosotros nos informan que pacientes hay que hacerle seguimiento, lo que uno no puede resolver en la atención primaria tiene que derivarlo, por ejemplo un paciente con coleditiásis que requiera Colectectomía, un paciente con apendicitis hay que derivarlo atención secundaria para una apendicectomía./ENFERM/CH: Hay dos estrategias digamos primero clarlos al consultorio, digamos el diabético que requieren administrarse insulina, se le cita en el consultorio, para enseñarles la administración de insulina, pero digamos si no asiste, se le hace visita una vez al mes o dos veces al mes según la necesidad. de acuerdo al deterioro que tenga el paciente.</p>
--	---	---

Seguimiento de pacientes con complicaciones de la enfermedad: En Colombia, no existen sistemas de datos efectivos que permitan tener conocimiento de los pacientes que tuvieron egresos hospitalarios por alguna causa, se hace parcial seguimientos en los casos, que hacen parte de programas especiales como gestantes, niños menores de 5 años y algunos programas de crónicos, en la consulta especializada de seguimiento se desconoce por completo los

tratamientos recibidos en fase hospitalaria, los pacientes en su mayoría desconocen su plan de tratamiento. En Chile, se tiene claridad de la población que tuvo hospitalizaciones, tienen sistemas de datos y estadística para seguimiento y adecuada toma de decisiones que permiten adecuación de manejos en el seguimiento ambulatorio, los pacientes llegan con los records de tratamiento y recomendaciones claras al egreso, el seguimiento se debe hacer inclusive incluyendo visita domiciliaria.

Tabla 4.5. Constreñimiento del acto médico. Factores dependientes del sistema.

Factores relacionados con el sistema de salud.	<p>Constreñimiento del acto médico</p> <p>MED1/ESP/CO: Pues en términos teóricos no, pero en términos prácticos si, me explico... existen ciertos procedimientos o tratamientos que están incluso evaluados por el Pos, Pero que son bastante costosos, que el nefrólogo podría bajo su criterio formularlo, resulta que muchas veces están incluidos dentro de un paquete de atención y el formular esos medicamentos se haría que el rango productividad de la unidad renal disminuyera, Entonces son susceptibles de estar bajo la mira o visión de las IPS prestadoras de diálisis, que tienen el paquete de atención, entonces existe muchas veces limitante para la atención desde ese punto de vista, pues después desde lo que genera el nefrólogo, por otra parte, siempre se siente coacción, osea me explico, hay medicamentos, para el manejo el metabolismo del calcio y fósforo que son costosos, de los cuales existe coacción para su formulación, existen medicamentos para el manejo de la anemia, que nuevamente digo, están dentro del POS, pero se se limita su formulación, precisamente por el costo, debido a que están incluidos en los paquetes, o que el asegurador no le conviene que se le incrementen los costos en la atención, derivada de la formulación de estos medicamentos, por otra parte usted quiere ampliar el tema de la hospitalización, osea la hospitalización o el indicador de hospitalización, se mide cómo reducir sencillamente la hospitalización pero, yo estoy completamente seguro que al no tener claramente estructurado un programa de promoción y prevención, osea el cual se hace sencillamente por obligación, y lo que se busca es solamente bajar el indicador de hospitalización, eh... Hay un tema que debería analizar paralelamente a la hospitalización y es la mortalidad evitable producto de la no hospitalización del paciente y eso a mi juicio se ve elevado en esos casos en los cuales las IPS prestadoras de servicios de diálisis buscan que el paciente no se hospitalice, muchos veces la hospitalización es completamente clara y necesaria y pues no se da y el paciente termina falleciendo y indicador se muestra que bajo la hospitalización pero Claramente existe un detrimento hacia el paciente hacia la vida del paciente se pone en riesgo por el hecho de que el tema disminuir la mortalidad, no va de la mano de una clara promoción y prevención, o establecer estrategias para evitar que el paciente se complique y propiamente se hospitalice.</p>	<p>MED3/GEN/CH: ...nosotros tenemos autonomía para solicitarlo laboratorios que consideremos que necesita el paciente, hay unos laboratorios básicos que están en el cesfam, y hay otros que sí necesitamos algo específico o más complejo nosotros se lo ordenamos al paciente, y a veces al paciente le toca pagar por esos estudios. MED4/GEN/CH: No, uno puede pedir lo que uno considere que requiere el paciente no existe un límite, pero si en reuniones médicas nos dicen... tal médico... está pidiendo por ejemplo... demasiada ecografía, demasiado laboratorio... si nos hacen como un seguimiento, pero no cuestionan porqué pide eso o aquello... lo hacen de pronto como para que uno sea más resolutivo con la consulta clínica y no pedir exámenes que no sean necesarios.</p>
--	--	--

Constreñimiento del acto médico: El personal de salud percibe que ha pesar que desde el punto de vista técnico (ley) no se debe dar ningún tipo de constreñimiento, en la practica existen acciones que limitan el actuar médico y por ende el manejo y seguridad de los pacientes, estas practicas se perciben porque algunas instituciones prestadoras de salud (IPS) al mismo tiempo son unidades de negocio, y requieren márgenes de productividad, limitando el uso de actividades o fármacos que a pesar de la indicación y de que están incluidos en el plan obligatorio de salud, son limitados en su uso, por el alto costo, al igual que producto de estadísticas y seguimientos permanentes al actuar médico, los entrevistados sugieren limitaciones para hospitalizar pacientes, en lo cual se enfatiza, que no se hace medición de la mortalidad evitable, que se da producto de limitar la atención hospitalaria indicada. En Chile por el contrario todos los entrevistados refieren que existe plena autonomía del acto médico, no tienen

límites en la formulación y solicitud de pruebas diagnósticas, los seguimientos que se hacen son con sentido, de mejorar los procesos resolutivos en APS y mejorar la pertinencia en la solicitud de exámenes diagnósticos.

Tabla 4.6. Incentivos. Factores dependientes del sistema.

Factores relacionados con el sistema de salud.	<p style="text-align: center;">Incentivos</p> <p>ENFERM1/CO:de pronto el único incentivo que tenemos es la calificación del desempeño, que la calificación del desempeño, pues nos miran eso, rendimiento, la calidad, la productividad, "a los que son funcionarios en carrera administrativa" en carrera administrativa pero los que no, pues no más que de pronto, el tablero semaforizado, no, quienes están en rojo, quienes en amarillo, tienen una forma de hacerles seguimiento a quien cumple todas las actividades, eso sí, es visible para todo el mundo, "todo el mundo sabe", eso si se socializa, "ósea, que es una forma de pronto de hacer un reconocimiento al que va muy bien y un llamado de atención al que no cumple. también como decir su rendimiento no está bien, o su rendimiento está muy bien, o felicitaciones, eso lo hacen....MED1/ESP/CO: Pues incentivos como tal en este momento no lo reconozco, como le decía existe la cuenta de alto costo, que audita los resultados de las clínicas renales, de acuerdo a ciertos parámetros que de hecho fueron definidos de manera un poco arbitraria sin el consenso de los gremios los nefrólogos eh, auditar entonces los niveles de hemoglobina, calcio, fósforo entre otros parámetros de diálisis, y que no cumple recibió un castigo, recibe una penalidad, pero incentivos como tal para quienes garantizan la calidad de la atención o resultados bien sea en la atención de los pacientes ya enfermos o en el proceso de los pacientes de atención primaria de salud realmente no conozco... La nefrología en Colombia continúa enfocada netamente hacia la curación y está enfocada netamente el tema de generación de ingreso para las IPS en el tema de curación; todas las actividades de promoción y prevención realmente aparecen me perdona la expresión como una "fapa", como un añadido a los programas de atención de los pacientes de diálisis y no genera ningún tipo de... digamos de incentivo económico para el nefrólogo por el contrario es un trabajo generalmente adicional y lo que se hace es... que las IPS ofrecen a las EPS digamos este plus en la contratación para que entreguen los pacientes, para suministrarles el tratamiento dialítico, y el programa de protección y prevención generalmente es un Plus para poder obtener los contratos con los pacientes que recibirán o reciben diálisis.</p>	<p>MED2/ESP/CH: Sí, es una de las maneras de motivar al personal que se encarga de hacer toda esta actividad preventiva, incentivo por prevenir hospitalizaciones, de hecho en otros países desarrollados, también es así, en estados unidos se beneficia la distinción de la hospitalización, en la medida que los pacientes no son hospitalizados, al menor porcentaje de pacientes que requieren de tercer nivel de atención, es un indicador, un indicador de efectividad, es un indicador de un buen trabajo, entonces, pienso si "estoy de acuerdo con los incentivos económicos "de alguna manera" o a través de algo que sea de interés para el profesional es de mucha ayuda, "sí"...Las opciones de capacitación siempre las hay desde que uno ingresa, Pero si uno está en el sistema público le dan a uno, unos bonos de desempeño, como \$500000 chilenos si uno no falta, si cumple metas y también le dan posibilidad después de que lleva un año trabajando en el sistema público, le sirve para postular a beca, beca para residencia, Si ya cumple con eso y tiene las horas de cesfam o horas Públicas, ya se puede postular para la beca si uno no lo tiene, no se puede postular.</p> <p>Hay algunos cesfam que no tienen esa posibilidad porque son públicos privados. en los públicos totalmente les pagan trienios es decir que después de trabajar 3 años, tiene un pago superior por ejemplo pasar de millón a millón trecientos....MED3/GEN/CH: El sistema público está dividido en el nivel de atención primaria, nivel de atención secundaria, y nivel de atención terciaria, los centros de atención familiar es el primer nivel de atención hay básicamente es donde se capacitan los médicos, en los cesfam, centro de atención familiar, hay la mayoría de médicos que salen, entran a ese sistema, con el fin de capacitarse hacer cursos diplomados, posteriormente y al seguir atendiendo pacientes en la parte pública, puedan acceder a la beca para la especialidad. Aunque en la parte pública ganan menos y les toca trabajar más, el único incentivo es la especialización, los cursos y los diplomados que ofrecen que uno los puede hacer. Son cada mes y existen diplomados que duran hasta un año, te mandan hacer cursos que pueden durar hasta un mes. Los cursos son obligatorios, al que trabaja en la parte pública le toca, es obligatorio.</p> <p>Los incentivos económicos dependen de que el programa funcione por ejemplo que el paciente sea citado cada tres meses, por ejemplo el paciente en control cardiovascular se cita aquí cada tres meses, si está descompensado es cada mes, y no sólo el médico hace control del paciente crónico, sino también la enfermera y el nutricionista....MED4/GEN/CH: Digamos en un mes tienen que atender un número x de pacientes, tantos crónicos... tantos pacientes de Salud Mental, Tantos pacientes de control de niño sano... digamos hay unas metas a nivel nacional, que el mismo sistema las tiene estandarizadas, entonces uno tiene que tratar de llegar a esa meta y cumplir esas normas y después citan a los directores de los centros de atención familiar primaria y de acuerdo a las estadísticas de todos los Cesfam, eso da un puntaje digamos al centro de atención familiar de tal zona... de tal región.... tuvo un puntaje muy bueno... Y eso da como un ranking, según el ranking también le dan un incentivo económico al cesfam, digamos a los tres primeros le dan una plata por cumplir todas las metas propuestas.</p>
--	--	--

Incentivos: En Colombia, la mayoría no reconoce algún tipo de incentivo como manifestación de premiación por metas logradas, solo existe una calificación de desempeño a los funcionarios públicos que están en carrera administrativa y en algunos centros se realiza a través de semaforización reconocimiento a metas logradas o llamadas de atención por falta de cumplimiento de metas pactadas, los especialistas manifiestan que no existe como tal incentivo, mas bien, castigo o penalidad por no lograr resultados; también manifiestan que existen incentivos de parte de las IPS (Instituciones prestadoras de salud) para asegurar contratación con las EPS (Empresas promotoras de salud) como son actividades de promoción y prevención, vendiendo la idea que querer evitar la aparición o progreso de las patologías, lo que para los entrevistados resulta con un contenido antiético en el sentido, que las metas que exigen las IPS al personal de salud van en relación con aumento de productividad relacionada con el tratamiento de la patología, por lo tanto no resulta de interés real prevenir que aparezca la patología. En Chile por el

contrario todos los médicos concluyen en que sienten como incentivo trabajar en el sector público, porque es importante la formación continuada que ofrece el estado y la posibilidad de formación especializada a la que acceden por laborar en el sector público, también reciben incentivo de tipo económico por metas logradas, a través de bonificaciones salariales, a pesar que consideran que el trabajo en el sector público es más pesado y menor pago comparativamente con el privado, sienten atracción superior por lograr metas académicas financiados por el estado.

Tabla 4.7. Hospitalización Evitable. Factores dependientes del sistema.

Factores relacionados con el sistema de salud.	Hospitalización Evitable	<p>MED1/ESP/CO: Por otra parte existen algunos programas de riesgo compartido, en el cual la eps establece un convenio con una IPS prestadora del servicio de diálisis, sencillamente le exigen en la IPS prestadora de servicio de diálisis que eviten la hospitalización del paciente por el motivo que sea, pero realmente no parte de la base de un programa serio de promoción y prevención, es decir se evita la hospitalización del paciente independientemente de lo que pueda ocurrir muchas veces lo que se hace es asumir manejos que pueden redundar incluso en temas de mortalidad, que no están siendo establecidos, es decir, puede bajarse el indicador de hospitalización pero sencillamente es eso, no se está estableciendo la mortalidad evitable relacionada con hospitalización oportuna, o con el hecho de que el paciente no se lo está prestando los debidos cuidados de promoción y prevención, y estoy hablando de los pacientes que están en diálisis, de los pacientes que no están en diálisis, Ummm.. realmente se cumple con lo que buscan las IPS, sencillamente qué es cumplir con el requisito de promoción y prevención y entonces qué hacen? entonces... hacer una negociación para recibir unos pacientes crónicos en diálisis y entonces la IPS prestadora de diálisis y encima a la negociación con la EPS La atención en nefroprotección, pero pues realmente yo creo... qué plantea un conflicto de interés, porque no tiene mucho sentido que quien presta servicio de diálisis y se lucra por facturar está diálisis, pretenda al mismo tiempo evitar que las personas entren a diálisis, es decir muchas unidades renales como tal el director médico o la gestión es evaluada por la cantidad de pacientes que ingresan a terapia de reemplazo renal; pero al mismo tiempo se le entregan unos pacientes para que teóricamente cuide o evite que ingresen a terapia de reemplazo renal, entonces me parece que existe un conflicto ético, no deberían las IPS prestadoras de servicio de Terapia de reemplazo renal, sean las mismas que presten el servicio de promoción y prevención, porque claramente existe un conflicto de interés, es un conflicto interés económico y el tema realmente nos se está haciendo cómo debería hacerse.....Yo pienso que si evitáramos hospitalizaciones, es mi pensar,... el proceso de atención primaria no está funcionando nosotros en Colombia seguimos haciendo una medicina netamente curativa, entonces todavía no se le da la importancia a lo que es la atención primaria en salud, y desde la perspectiva hospitalaria se ve mucha hospitalización que hubiera podido ser evitable, generalmente son complicaciones de enfermedades y muchas veces de pacientes que no lograron obtener una atención y terminan realmente complicados hospitalizados, con complicaciones de patologías y realmente la causa es la falta de atención oportuna.....MED3/GEN/CO: Las hospitalizaciones si pueden ser prevenibles, obvio no en todas las patologías, pero creo que si y sobre todo en la enfermedad crónica, donde con un cambio de pensamiento desde la población general hasta la población de salud, en donde el enfoque preventivo reine más que el curativo, si se disminuirá la probabilidad de sobrecargar los servicios hospitalarios, muchas veces estos servicios se saturan no tanto por descompensación de las patologías, si no porque el sistema no tiene la capacidad de resolver atenciones ambulatorias, como por ejemplo la necesidad de oxígeno de un paciente, la no dispensación de medicamentos oportunamente por ejemplo insulina lo que hace que tenga que consultar por urgencias y quedar hospitalizado....</p>	<p>MED2/ESP/CH: ...tuve la oportunidad de revisar el tema, e incluso las estadísticas para un protocolo de prevención de hospitalización en pacientes de alto riesgo. Bien, en realidad a estos centros de atención primaria de salud, tratan en lo posible de seguir al paciente para que tenga control de sus enfermedades crónicas, sin embargo y a pesar de los controles en, alrededor del 5% de los pacientes necesitan, va a necesitar ser hospitalizados y eso es más o menos lo que revelan las estadísticas de este cesfam, y alrededor del 5% en algún momento necesitan ser hospitalizados....Si, al revisar las estadísticas, la primera causa de hospitalización en Chile, son las relacionadas a la esfera materno infantil, pero obviamente son hospitalizaciones frecuentes porque son para partos, cesarías y todo, en tercer lugar tenemos como causa de hospitalización las enfermedades de las vías digestivas, para manejos de cirugías, esas tampoco pueden prevenirse ni modificarse porque para al final son patologías relacionadas a cáncer, tumores, pero las que siguen en orden de frecuencia son las hospitalizaciones por enfermedad cerebrovascular, por neumonías, por cardiopatía isquémica, entonces es este caso esas tres causa de hospitalización si son prevenibles, un paciente hipertenso, un paciente diabético, que están controlados pueden mantenerse en meta sus niveles de presión arterial, hee sus niveles de glicemia y evitar hospitalización.MED3/GEN/CH: La mayoría de las hospitalizaciones considero que tienen o pueden ser prevenibles desde la atención primaria lo que pasa es que tanto en Colombia como aquí, es difícil porque estamos con muchos pacientes, como es de tan fácil acceso para las personas es mucha gente y muy poco personal y si es que el sumamos que los centros de derivación son muy pocos son los pacientes que tienen que esperar largos periodos para que se les haga un examen, vayan a un especialista y se siguen descompensado hasta que llegan a la hospitalización por ejemplo, y en la parte de urgencias también muchas son prevenibles desde la atención que tienen con una enfermera y hasta con el médico.// Yo pienso que se podrían hacer unas pautas para cada enfermedad si usted cuenta con una enfermera que le tome los signos vitales que le haga educación qué le enseñe a tomar los medicamentos podría tener una buena prevención y evitar las complicaciones. MED4/GEN/CH.No es que sean evitables, pero si disminuyen, porque en la atención primaria a diferencia de Colombia se resuelven más cosas en el primer nivel de atención. Incluso en patologías de Salud Mental tenemos la capacidad y la capacitación para atender pacientes con enfermedades mentales, no como en Colombia que todo loco derivarlo el psiquiatra, aquí no, aquí hay que dar primero una atención, Tratarlo que lo vea el psicólogo y si ya se sale de control enviarlo a otro nivel de atención por psiquiatría. ENFERM/CH: Uy sí muchísimo... se puede evitar hospitalizaciones mientras el paciente sea adherente y sea consciente de su patología... Todas las patologías son prevenibles, que uno diga que por no haberle hecho educación haya terminado en hospitalización no, si el paciente es adherente, cumple y hace caso de las recomendaciones, el paciente va por buen camino, pero si el paciente no tiene los recursos, tiene nivel sociocultural bajo, Esos son los que terminan hospitalizados prácticamente.</p>
--	--------------------------	---	--

Hospitalización Evitable: En Colombia consideran los entrevistados que se puede prevenir la hospitalización, sobre todo en patologías crónicas, haciendo especial énfasis en el cambio del paradigma en la salud, pensar en prevención y no tanto en curación, sin embargo según algunos entrevistados, hay que tener cierto cuidado, con el hecho que a través de contratos de EPS con IPS, se solicitan indicadores donde se deben disminuir el número de hospitalizaciones, con lo cual y con miras a cumplir el objetivo, se deje de hospitalizar, sin tener en cuenta la mortalidad evitable, si se hubiera hospitalizado para evitar complicaciones, en Chile, todos los entrevistados manifiestan que las patologías, pueden llegar a

requerir hospitalización independiente del control en un 5%, las patologías más prevenibles están relacionadas con la enfermedad cardiovascular y la diabetes, consideran que si es posible prevenir las hospitalizaciones, lo cual no se logra dado que las atenciones exceden la capacidad instalada en instalaciones como en recurso humano.

Tabla 4.8. Accesibilidad al sistema. Factores dependientes del sistema.

Factores relacionados con el sistema de salud.	Accesibilidad al sistema	<p>ENFERMI/CO: Bueno en un primer nivel, como estamos ahorita, aunque ya no hay nivel, ahorita con la red cierto, con la red suroccidente, pues ya es multirelieve, pero como veníamos esta es una upa, una unidad primaria en salud, es como un centro de salud, aquí asisten los pacientes espontáneamente, sobre todo de niveles de estratos 1 y 2 del sisben, entonces atendemos usuarios de capital salud en estos momentos y alguno que otro del fondo financiero distrital, que son que pertenecen a la secretaría digamos, un régimen transitorio, ummm esos pacientes asisten espontáneamente digamos a consulta médica es lo que más se ve, vienen a la consulta médica porque tienen alguna dolencia y el médico o el odontólogo donde hayan asistido ellos remiten por ejemplo a mi servicio que es enfermería, entonces remiten para que se tomen la citología, para que empiecen el programa de planificación familiar....MED1/ESP/CO: Si de acuerdo, aun la atención primaria en salud se sigue viendo como un relleno, muchas veces se menciona digamos los resultados del sistema de salud por ejemplo el cubano y realmente es mi parecer... que lo que hace con el sistema como el cubano es enfocarse al tener tan pocos recursos, pues se enfocan netamente en la promoción y prevención y tienen unos resultados en salud excelentes con unos recursos, muchísimo menores porque se hace de manera seria y por una real necesidad de una promoción y prevención, aquí seguimos en el tema de la medicina netamente curativa cuando ya el daño está hecho y las complicaciones de las diferentes comorbilidades se van desarrollando y el proceso de atención primaria en salud sigue siendo un relleno, osea no se le da importancia que realmente tiene, no se la dan ni las EPS, ni las IPS ni el ministerio, osea no es realmente importante, no se hace seguimiento, no se exigen resultados, los programas no son serios como se lo dije con serios conflictos de interés, que no se han querido o no se han identificado, entonces para mí no se da la importancia que tiene y es la única manera de contener el recurso en salud, me parece a mí...</p>	<p>MED1/ESP/CH: si bien podrías eventualmente también, la posibilidad de particularmente tratarte en un prestador público, y pagar como si fueras un particular, en cambio los personas del servicio de salud público no tiene derecho a elección de qué servicio de prestador utilizar, si no que dependiendo de su comuna o lugar donde viva se les asigna un prestador específico y que dependiendo del tramo donde nosotros le llamamos fonasa, que es el fondo nacional de salud, está el A,B,C Y D, donde A es el que no tiene los recursos por ende es como un indigente y el D vendría hacer aquel que tiene los mayores recursos, ósea los ingresos por contrato más altos, y el servicio fondo de fonasa A que es el iniciante solamente tiene derecho a el atenderse en el servicio de salud público, y si quiere hacerlo en el servicio privado tendría que pagar completamente toda la prestación como un particular, como si no tuviera ninguna seguro salud, en cambio el Fonasa B,C y D, tienen acceso a comprar como un copago de prestaciones particulares igual, así que el acceso en Chile a la atención de salud es bastante universal a pesar de todo, todos tiene acceso en mayor o menor medida, y en mejor o menor calidad, pero todos tiene acceso, que es algo como muy bueno por lo menos del sistema de salud chileno, que no en todos lados efectivamente se da...//MED2/ESP/CH: Exactamente Si señora, eso le toca el paciente, si quiere que sea rápido porque muchas veces puede durar meses o años para que le asignen una cita y le hagan esos exámenes, eso se lo explicamos al paciente y el paciente es muy consciente de la necesidad y se hace los exámenes con costo. Eso se puede enviar al hospital pero eso puede durar mucho tiempo en recibir los resultados. Entonces el paciente dice Noooo... "yo lo hago por mi cuenta". Entonces ellos se hacen el examen nosotros lo volvemos a ver, y de una vez lo mandamos con un criterio claro al hospital, eso nos ha ayudado a agilizar la atención.. En el sistema público o FONASA, no se requiere autorización para el servicio pero si priorizan las atenciones mediante el TRIAGE, lo que es cáncer le dan prioridad 0, Y los otros pueden tener prioridad 3, los que no son urgencia pueden durar hasta dos o tres meses esperando la interconsulta. //MED3/GEN/CH: las AUGE, son las prioritarias que tienen que atender en menos de 3 meses, desde que se notifica y es patología auge, no puede pasar más de 3 meses, las que no son AUGE pueden pasar hasta un año, en Chile no hay tanta disponibilidad de médico especialista. Hay especialistas que vienen acá a hacer actualizaciones en atención médica, pero no trabajan en la parte asistencial, y hay unos familiaristas que son becarios que vienen a los CESFAM para hacer prácticas. Lo que tenemos en el Cefsam siempre son pediatras, todos los días, es resto de especialidades medicina interna o médico familiar son algunos casos puntuales...//MED4/GEN/CH: No, son pacientes conocidos y antes de poder atenderlos tienen que llenar una ficha la cual está el nombre, el sitio donde vive, el grupo familiar, se llama cartola donde se hace el familograma, si el paciente es nuevo antes se verifica de que no esté inscrito en otro cesfam o que pertenezca a otra comuna, porque sino no se puede atender hasta que no se desafilie del otro cesfam. el paciente si se puede cambiar de cesfam cuando se cambian de vivienda, generalmente son pacientes ubicados en la misma región, o en la misma comuna, realmente los pacientes que están afiliados a Cefsam son pacientes que viven ahí en el mismo sector, por ejemplo en este Cefsam se tienen aproximadamente inscritas 10000 personas, En ese grupo se encuentran todos los programas que atendemos en este cesfam, cada cesfam tiene aproximadamente esta misma población, por ejemplo en el cesfam San Felipe tienen aproximadamente 17000 personas el Cefsam es más grande, hay Cefsam que ya son como clínicas.</p>
--	--------------------------	--	---

Accesibilidad al sistema: En Colombia a través del funcionamiento en sistema de redes y particularmente a nivel distrito donde se reorganizaron los hospitales por subredes, el acceso a los servicios en APS puede ser espontaneo en consultas de medicina general, odontología y enfermería, logrando acceso a través de las unidades que conforman las subredes. En Chile los entrevistados dicen que todos los chilenos tienen acceso a salud en menor o mayor medida y en mayor o menor calidad, bien sea a través del sistema publico (FONASA) o el privado las (ISAPRES), muchas veces las atenciones en los niveles superiores son muy demoradas hasta 6 meses, haciendo que las personas tengan que asumir costos en exámenes diagnósticos para agilizar los procesos, si las enfermedades no se

encuentran en el grupo de las AUGES en donde el estado asume toda la atención, aunque en los CESFAM existe atención especializada pediatría, familiarista e internista que acuden a las consultas a necesidad, los pacientes que llegan a los CESFAM pertenecen regionalmente a las comunas y son asignados por vecindad con el CESFAM se identifican a través de la Cartola, donde tienen el familiograma, un paciente nuevo que llega al centro es atendido una vez se identifica que no pertenezca a otro CESFAM y si cambio de domicilio se hace el traslado, el acceso es universal.

Tabla 4.9. Programas especiales de atención en salud. Factores dependientes del sistema.

Factores relacionados con el sistema de salud.	<p style="text-align: center;">Programas especiales de atención en salud</p> <p>ENFER2/CO: con enfermedades crónicas no es tan abanderado, hay un médico que ve a los hipertensos, a los diabéticos, tenemos protocolos, se les lleva su historia clínica, se les da su manejo, pero que sea programa no diría yo, no tenemos programa, lo que tenemos son actividades aisladas, el médico lo ve, de hay que el valga a una charla educativa, a una nutricionista o a un internista, todo coordinado no hay programa, solo son atenciones individuales, pero que sea un programa integrado no, deberían estar los programas, por ejemplo en la prevención de cancer cervicouterino////ENFERM1/CO: de promoción y prevención, como enfermera hago todo lo referente a controles, en este caso pues es eso netamente de consultorio, asistencial, se hace control prenatal, se hace control de crecimiento y desarrollo, se hace control de planificación, se hace consejerías de VIH, la toma de citología, la entrega del reporte de la citología,////MED2/GEN/CO: en cada centro de salud una auxiliar de enfermería que se llama la auxiliar de programas, entonces ella tiene heee, su computador y ahí tiene un aplicativo y en ese aplicativo maneja esencialmente los programas para crónicos, para gestantes, para niños y algunos programas especiales por ejemplo, heee cáncer cervicouterino, de hipertensión, de diabetes, de enfermedades transmisibles y ella llama...////MED1/ESP/CO: Haber hay varias cosas, ehh... el paciente llega a diálisis, digamos el nefrólogo generalmente hace un manejo muy integral tiene la capacidad no solamente de manejar el tema de la diálisis sino de las otras comorbilidades, se identifican muchas veces riesgos, por ejemplo en el caso de los pacientes diabéticos el riesgo de pie diabético, el riesgo de complicaciones del pie diabético o los riesgos inherentes a la diabetes mal manejada, con frecuencia se requiere un soporte adicional para evitar complicaciones, pero en la mayoría de las veces, por no decir casi todas, no se tienen programas claramente estructurados de promoción y prevención ya en pacientes que han presentado alguna complicación por una patología, pero para evitar que se sigan presentando complicaciones aún más graves no existen, establecidos sobre todo con el paciente renal, para este caso hablamos de prevención secundaria o terciaria, el paciente llega a la unidad renal y la eps generalmente se desentiende de manera total con el paciente, por otra parte existen algunos programas de riesgo compartido, en el cual la eps establece un convenio con una IPS prestadora del servicio de diálisis, sencillamente le exigen en la IPS prestadora de servicio de diálisis que eviten la hospitalización del paciente por el motivo que sea, pero realmente no parte de la base de un programa serio de promoción y prevención</p>	<p>MED3/GEN/CH: Manejamos programa de diabetes, hipertensión, falla renal, de hipotiroidismo y dislipidemias... en adultos. Y en niños crecimiento y desarrollo y los pacientes con TDA (trastorno por déficit de atención) y los crónicos respiratorios. La mayoría lo hace el médicos, a enfermería le corresponde control de niño sano, y los pacientes estables que nosotros vemos, los ve enfermería a los 6 meses, así el paciente hace la espera para enfermería. Además realizamos visita domiciliaria, sobre todo a los pacientes poco adherentes, yo tengo que hacer programadas 4 o 5, más las que no están programadas por ejemplo pacientes postrados en cama y que tengan algún grado de dificultad respiratoria, entonces uno va y lo chequea y si ve, que toca enviarlo al hospital, lo manda al hospital, muchas veces estos pacientes, muchas veces muy mayores, los familiares piden que nos dejemos fallecer en casa, en cuidados paliativos////MED4/GEN/CH: Si, hay programa de enfermedad respiratoria del adulto, y respiratoria en los niños menores de 5 años, hay programa de enfermedad cardiovascular para atención de pacientes con enfermedades crónicas, el programa del adulto mayor en pacientes mayores de 65 años, está el programa respiratorio de EPOC y asma, el programa de salud del niño, hay muchos programas y a cada médico, le dejan a cargo un programa y de acuerdo al que le asignen y demuestre resultados, le dan un incentivo económico.////ENFERM/CH: atención en el embarazo control de signos vitales control de niño sano y valoraciones de pacientes, respecto a la pregunta que me está haciendo la doctora puedo decir qué en los consultorios Generalmente educamos mucho a los pacientes para poder prevenir las hospitalizaciones evitables.</p>
--	--	---

Programas especiales de Atención: Tanto en Colombia como en Chile existen diferentes programas de atención que involucran poblaciones especiales como son niños, gestantes, adultos mayores con control de patologías crónicas y programas con enfermedades de atención especial como VIH, sin embargo en Colombia existe la percepción que falta mejorar los programas, porque a pesar que existen, no tienen una adecuada estructura, que cumpla con el objeto, que es evitar las complicaciones de las patologías. Adicionalmente en Chile los programas de atención domiciliaria hacen parte de las atenciones que deben cumplir los médicos en la APS, cuyo cumplimiento conlleva importantes incentivos para los profesionales.

Tabla 4.10. Tiempos de Consulta. Factores dependientes del profesional de salud.

Factores dependientes del profesional de Salud	Tiempos para consulta	<p>ENFER2/CO: Hay centros de salud donde hay agendas llenas, con tiempos de consulta todos de 15 minutos y oportunidad a veces a 3 o días, todavía falta personal que labore en APS.//MED3/GEN/CO: Los tiempos de consulta son muy cortos, solo se tiene tiempo para examinar superficialmente al paciente, en la mayoría de los centros de salud del estado no existe nada sistematizado, uno se gasta mucho tiempo haciendo papeles, si va ha remitir el paciente otro papel, papeles de formato de medicamentos en el caso de farmacos especiales, ahora con el tema del MIPRES, tiene que tener tiempo para digitar en sistema luego imprimir, todod eso en 15 minutos, con que tiempo se cumple adecuadamente una consulta...</p>	<p>MED1/ESP/CH: los tiempos de espera de las interconsultas que deben ir en los niveles secundarios asistenciales de atención son prolongados, y muchas veces simplemente por la falta de tener los recursos para poder llegar a los diagnósticos específicos, que también van asociado un poco al poco tiempo que se le da a la atención de pacientes a lo mejor definidos con un sistema muy asistencialista, que todavía ha costado mucho como sacar al paciente de la atención, enfermedad- paciente y el concepto un poco esto, mas global de una salud biopsicosocial que aun si bien en los papeles a veces suena muy bonito en la práctica, no muchas veces se puede llevar a cabo con los tiempos que tienes que tocar el paciente, entonces es una lucha constante que efectivamente se está haciendo porque obviamente en 10 minutos, si el paciente viene por una consulta específica, no vas a lograr hacer el examen físico, pedir los exámenes, hacer las recetas y además fijarte como en todo el ámbito, biopsicosocial que puede estar afectando esa patología en sí, entonces es algo por que los médicos y familias luchamos un poco por la atención primaria, en los tiempos porque efectivamente si a lo mejor por un paciente me dan media hora, ese paciente no va tener que volver en quizás un año, venir 5, 6 veces para poder solucionar todo sus problemas.//MED2/ESP/CH: las atención son de 15 minutos para cada paciente, entonces pienso que una debilidad es el tiempo de educar a esos pacientes es corto pues, por la dinámica de las consultas, entonces, una de las maneras que pudiera ayudar para digamos suplementar esa ausencia de educación es hacer intervenciones grupales, pues hacerlas en este caso, yo estoy trabajando en eso.//MED3/GEN/CH: Pues mire qué igual el trabajo del médico eso que yo pienso que siempre si lo hacemos con la actitud yo pienso que lo podemos hacer bien lo que pasa es que muchas veces el sistema no nos permite ir más allá Entonces teníamos tiempo de consulta muy cortos en los que nos enfocamos a diagnosticar el paciente pero la... no tenemos como mucho tiempo para educarlo entonces muchos de los cuidados que también pueden ser pueden ser parte de cómo esa prevención de la hospitalización nos queda como cortó Cómo podría ayudar? Eh... yo siento realmente que el trabajo del médico es muy complicado como para cambiar alguna estrategia, tendría que ser que nos dieran un poco más de tiempo para poder hacer como una buena prevención o que seamos más médicos trabajando para tantas personas.//MED4/GEN/CH: Son unos 10 médicos en total.Si es prioritaria lo que llamamos morbilidad son cada 15 minutos y si son controles son de 30 minutos. A lo cual nos miden indicadores... de número de pacientes atendidos. Nosotros acá tenemos dividida la jornada de trabajo así: Todos los días todos los médicos atienden morbilidad de 8 a 11 de la mañana que son como las urgencias y de 11 a 5pm son las consultas programadas.</p>
--	-----------------------	--	---

Tiempos de consulta: En los dos países los entrevistados concluyen que los tiempos de atención de las consultas que oscilan entre diez y quince minutos, son muy cortos para cumplir con una adecuada valoración del paciente, muchas veces no se tiene en cuenta la esfera biopsicosocial, que muchas veces es la que perpetua la evolución de las patologías, en Colombia adicionalmente la no existencia de sistemas electrónicos adecuados para el registro de historias clínicas y generación de formulas, disminuye la calidad de la atención.

Tabla 4.11. Demanda asistencial. Factores dependientes del profesional de salud.

Factores dependientes del profesional de Salud	Demanda asistencial	<p>ENFER2/CO: es un centro de muy alta demanda, porque la zona que le corresponde es una zona muy densa, sí, es bien densa, corresponde a lo que es corabastos, patibonito, entonces, tiene un alto porcentaje de, de migración, también por todo lo que es la central de abastos, entonces todo el mundo, que llega de pueblos, que llega casi que por esta zona, y se ubican rápidamente por este centro de salud, "jijum" sí, tenemos gente ya que inclusive que ha llegado, ya tenemos gente de Venezuela, de Ecuador, que llegan por vía terrestre, y se ubican es, es por la zona.///ENFERM1/CO: este centro de atención, están adscriptos ya usuarios, sí, hay usuarios que por base de datos, están adscriptos, siendo de cápita, unicaja, o siendo del fondo financiero, ya por la base de datos el paciente está en la lista, que le corresponde a este sitio para la atención, la otra forma es el paciente que llega espontáneamente, que dice yo acabo de llegar, quiero ser de este centro, viene y se inscribe directamente por cercanía de la ubicación "jijum" geográficamente, si, esa es la forma como un, los usuarios llegan, están georeferenciados para "de acuerdo a su EPS"///MED2/GEN/CO: No se ha logrado redistribuir el profesional porque hay todavía algunos centros de salud donde no llega la alta demanda, no sé porque razón por ejemplo en población que pertenece al régimen contributivo, nosotros dentro de la red de sur occidente manejamos hospi... dentro de las localidades barrios por darle un ejemplo, aquí muy cercanos como mandalay, como castilla, que que son estrato tres, estrato cuatro y entonces no, no acceden a los servicios de salud y se pierde el profesional en el centro de salud que hay en ese barrio por ejemplo acá nosotros tenemos en todo Kennedy y en puente Aranda, "jijum", y hay algunos que están para cerrar casualmente por que están en una zona industrial "la ubicación no es estratégica entonces", la ubicación no, seguramente no, en otra época del distrito fue lo ideal, pero ya en el momento como cambio la ciudad no, y se han quedado otras áreas de Bogotá donde no se ha desarrollado una aaa, no han avanzado en los últimos 20 años en las instituciones de salud como por ejemplo, en volvemos acá en esta población objeto, que es la heee población de la rivera del río de Bogotá, "jijum", población calificada como pobre, estrato cero, estrato uno, y en determinado momento ellos si tienen que acudir al centro de salud y se encuentra con que la oportunidad está a 4, 5 o 6 días, cuando la oportunidad que tendríamos manejar es máximo a 2 día...</p> <p>MED1/ESP/CH: Obviamente, yo trabajo en un servicio público, el público en Chile atiende al 80% de la población chilena, por lo menos así se valía que sustentara en el servicio público y dependiendo de la zona, la cantidad de promedio que tiene asignada como la atención primaria que va desde los 20 mil inscritos en un centro hasta los 50 mil inscritos más o menos, el promedio de pacientes por día aproximado debe ser de 40 pacientes tal vez, en jornada 44 horas aproximadamente dependiendo un poco de las funciones que ha designado cada centro.///MED3/GEN/CH: por paciente aquí en Santiago el control médico de paciente crónico se hace cada año y cada 6 meses con enfermera. Si en ese periodo 6 meses el paciente se siente mal puede ir al médico y nosotros lo evaluamos si consideramos pedir hemoglobina glicosilada la pedimos y si no, no... a nuestra demanda Y si lo vemos muy descompensado lo valoramos cada tres meses...esos descompensados son máximo dos o tres al mes... Si los pacientes van y se inscriben al cesfam y así sabemos el número de población, de ahí lo van a dividir en 4 zonas o sectores. Qué son amarillo, Celeste rojo y Rosado, son los 4 sectores. Entonces digamos mi sector es el amarillo, en mi sector contamos con psicólogo, con nutricionista, el staff de médicos, tens (tecnico en enfermería) y enfermera, Y a cada sector nos asignan un grupo de población, y nosotros atendemos esa población...</p>
--	----------------------------	---

Demanda asistencial: Los entrevistados en Colombia manifiestan que la demanda de estos centros de salud es alta por ubicación donde se encuentra dado que es una zona vulnerable con ubicación de gran cantidad de población migratoria, de zonas del país como de países vecinos como Venezuela, la zona donde se encuentran los centros de salud de los entrevistados, también tiene centros donde la demanda asistencial es baja, por el tipo de habitantes que rodean el centro muchos del régimen contributivo, que asisten a otro tipo de atenciones, por lo cual los profesiones de estos centros son subutilizados. En general la demanda asistencial es alta teniendo tiempo de agenda a 6 días para atención de medicina general, lo cual no es adecuado, las consultas se dan por demanda espontánea, como programada, de acuerdo al número de inscritos (o capitados) en cada centro. En Chile la población asiste de forma coordinada, esta asignada por georreferenciación a cada CESFAM de 20 mil a 50 mil inscritos, hay centros grandes y hay centros pequeños, los controles de enfermedades crónicas compensadas, son cada 6 meses por médico o cada 2 a 3 meses si requiere un seguimiento más estricto. Cada CESFAM divide la población por zonas y cada zona es asignada en cabeza de un medico, y cada centro realiza el seguimiento necesario para asegurar el cumplimiento de las agendas.

Tabla 4.12. Cumplimiento de metas. Factores dependientes del profesional de salud.

Factores dependientes del profesional de Salud	Cumplimiento de metas	<p>MED1/ESP/CO: Bueno... generalmente las unidades renales tiene sus propios indicadores clínicos de gestión, sin embargo a nivel macro o nivel nacional, los pacientes... o para los que están en terapia reemplazo renal osea en diálisis, se llevan unos indicadores que son auditados cada 6 meses por la cuenta de alto costo de indicadores como calidad de diálisis, tiene indicadores como los niveles de calcio o niveles de fósforo, o albúmina ehh... niveles hemoglobina qué es lo que exencialmente mes a mes se lleva en la unidad renal y es lo que el Ministerio a través de la cuenta de alto costo la hace auditoría con la regularidad que ya mencioné. // MED3/GEN/CO: Una forma de medir el cumplimiento de metas para el personal de planta es la evaluación del desempeño, con dos avances al año una parcial y otra final, hay miran si los compromisos fueron cumplidos, de acuerdo al tipo de trabajo, sin embargo metas netas,claras solo relacionado con numero de consultas realizadas sobre numero de consultas dadas por agenda es el indicador si uno cumple esta bien, pero de calidad nada...ahh la otra es que no existan quejas de pacientes, con eso se da por cumplidas las metas...</p>	<p>MED3/GEN/CH: Que cumplamos con los exámenes preventivos del adulto qué son los EMPA, los controles cardiovasculares, los diabéticos, que tengan digamos la hemoglobina glicosilada por debajo de 7, que la LDL cumpla metas, que no tengamos tantos pacientes con falla renal, que tengamos la tensión arterial dentro de metas, que todo lo de promoción y prevención esté dentro de las metas esos son los resultados, las metas se miden cada mes. Aproximadamente un 2% de los pacientes que yo manejo se hospitalizan, qué en metas de gestión es muy bueno... es muy bueno para nosotros. Digamos nos dicen 15 pacientes de EMPA al mes tenemos que cumplir con esos 15 pacientes que nos ponen, los cardiovasculares que los hagamos en tanto tiempo.. tenemos que cumplir esos tiempos, pacientes compensados, que nos piden visitas domiciliarias... que las hayamos realizado, que hagamos estudio de familia todo eso lo tenemos que ir cumpliendo mensualmente, todo eso representa una mayor cantidad de dinero qué le va a dar la municipalidad al cesfam. Y eso, evalúa cada médico, por resultados.</p>
--	-----------------------	--	--

Cumplimiento de Metas: En los dos países los entrevistados manifiestan que el cumplimiento de metas es verificable con diferentes formas de seguimiento: indicadores clínicos y de gestión. En Colombia los seguimientos clínicos son especialmente para patologías de alto costo, porque el seguimiento es desde el ministerio y a nivel distrito los indicadores son más de gestión, uno de estos son, para el personal de carrera administrativa que cada 6 meses cumple con la evaluación del desempeño, en Chile a nivel local el seguimiento es tanto de gestión como clínico, se verifica por indicadores sino manages la compensación de las patologías de forma mensual, lo que a nivel municipal, genera ganancias y reconocimiento tanto para el centro como para el profesional.

Tabla 4.13. Formación profesional. Factores dependientes del profesional de salud.

Factores dependientes del profesional de Salud	Formación profesional.	<p>MED1/ESP/CO: Empezando que existe un vacío muy grande, la mayoría de facultades de Medicina no tienen rotaciones de los médicos generales por el servicio de nefrología escasamente ven algunos temas relacionados con nefrología, y realmente en el gremio no solamente los médicos generales sino muchos especialistas también existe un vacío en los temas incluso básicos de nefrología, entonces por ende el núcleo principal del tratamiento y el manejo del paciente que del médico general y del médico familiar. Y cómo le digo existen vacíos muy grandes incluso los mismos internistas tienen vacíos bastante grandes en el tema de nefrología realmente es necesario que el gobierno se apersona de ese tema y haga un seguimiento en los pensum de las universidades para lograr una cátedra estructurada de nefrología para garantizar la formación de los futuros médicos, por lo menos en las actividades de promoción y prevención en nefrología. No pretendo que se conozcan cosas muy complejas Pero al menos lo básico incluso los criterios para remitir oportunamente los pacientes o aprender a manejar ciertas circunstancias básicas mientras el paciente tiene acceso a la consulta especializada nefrología.//MED3/GEN/CO: Se supone que en todas las instituciones publicas que son las que yo conozco, existen dos formas para uno capacitarse a través del área de talento humano, que dicta capacitaciones del índole administrativo tanto para personal de vinculación en planta como para personal de contrato prestación de servicios, y otra área que es la de docencia e investigación que a través de convenios con universidades facilita la asistencia a cursos, sin embargo en los dos casos uno nunca sabe, es para los que logran tener el tiempo y la información, ademas depende si el jefe del área permite ir de tal forma que nose alteren las prestaciones de servicios, en conclusión yo solamente en lo que llevo trabajando acá hace 4 años pude ir a un curso de ecografía.</p>	<p>MED3/GEN/CH: En los cesfam hay especialistas, no como tal para la atención permanente, pero se manejan unas consultorias, va un especialista o un residente, una vez a la semana o al mes mira dos o tres pacientes, los más complejos los mira y nos dice que tenemos que hacer, si amerita lo envía a nivel Superior y si no lo dejan el consultorio para que lo sigamos valorando. Si nos capacitan permanentemente, nos están informando sobre capacitación para diabetes, Sobre falla renal, inclusive a enviar a cursos gratuitos en otra parte de Chile, Si uno quiere puede cuadrar los horarios a ir a los cursos.//MED4/GEN/CH: En los Cesfam que son grandes existen médicos especialistas, hay pediatras y médico familiar. Cuando el médico general tiene patologías que no puede resolver entonces se los deriva al pediatra o al médico familiar, pero la mayoría de médicos están capacitados para resolver una gran cantidad de problemas, porque precisamente para eso nos capacitan, nos dan cursos de Medicina familiar, diplomados. Adicionalmente hay una carrera que existe, como matron, que dura 4 años. Ellos detectan enfermedades ginecológicas junto con el médico familiar y el médico general, si ya se sale de las manos lo envían a ginecología, hay matrones que hacen ecografías, los capacitan para hacer ecografía ginecológica u obstétrica y todo eso para la atención primaria.</p>
--	------------------------	---	--

Formación profesional: En Colombia existe la percepción que falta competencias en la formación profesional de los médicos para tener una capacidad resolutive y sobre todo con un enfoque preventivo, lo cual debe iniciarse desde los programas

de formación universitarios; en los diferentes hospitales y centros a nivel distrito, los entrevistados expresan que no hay muchas posibilidades de capacitación ni de formación continuada, porque la prioridad es asistencial y no formativa. En Chile el 100% de los entrevistados expresa con satisfacción, los diferentes programas y cursos a los que deben asistir en ocasiones de carácter obligatorio, con el propósito de ser cada vez mas resolutivos, manifiestan que en los CESFAM, laboran médicos especialistas pediatras y familiaristas, que resuelven y valoran pacientes con casos complejos , además profesionales llamados matrones que atienden prioritariamente gestantes con conocimiento en ecografía obstétrica, que facilitan los procesos previos a valoración por ginecobstetra.

Tabla 4.14. Remisiones a otros servicios. Factores dependientes del profesional de salud.

Factores dependientes del profesional de Salud	<p>Remisiones a otros servicios</p> <p>ENFERMI/CO: Pues yo creo haber, ese dato exacto si se puede, pero es alto, le digo que es alto, porque la niña de atención al usuario, vive congestionando, ósea, por que le salen remisiones de todos los tres, cuatro médicos que estén atendiendo les salen remisiones, si, entonces las tiene que, las, heee el porcentaje es alto, digamos de la consulta, de la consulta de los médicos que puedan tener, sus 24 pacientes, yo creo que por poquito el 50% requieren una remisión, o requieren atención de tercer nivel.////MED3/GEN/CO: Nosotros ahora, que tenemos reconfirmada la estructura de atención en el distrito en 4 subredes, si desde primer nivel necesitamos, una atención por especialista urgente, enviamos el paciente en ambulancia, al nivel superior que corresponde a esta subred, que para nosotros puede ser Bosa, Fontibon o Kennedy, si son prioritarias enviamos a los CAPS, pero si son controles por especialista ambulatorio tiene que ir con la orden a pedir autorización y pedir cita que en ocasiones puede tardar hasta 1-2 meses, a pesar que los entes de controles dicen no mas de 15 días....</p>	<p>ENFERM/CH: Si nosotros detectamos algún paciente respiratorio sea asmático, sea EPOC nosotros hacemos la delegación correspondiente al profesional que corresponda de forma rápida y diligente.</p>
--	--	--

Remisiones a otros servicios: En Colombia manifiestan los entrevistados que el porcentaje de remisión aproximado de medico general a medico especialista es de 50%, ahora con el nuevo programa de salud a nivel distrito, las atenciones tienen la posibilidad de ser atendidas de forma prioritaria en sitio denominados CAPS por especialistas, si son por urgencias se envían al hospital de mayor nivel que se requiera según su subred correspondiente.

Tabla 4.15. Existencia y adherencia a protocolos. Factores dependientes del profesional de salud.

Factores dependientes del profesional de Salud	Existencia y adherencia a protocolos.	ENFER2/CO: Nosotros tenemos nuestros protocolos de manejo de las patologías más frecuentes, a los cuales los médicos deben adherirse, sin embargo uno encuentra que hay poca adherencia a protocolos.....//MED3/GEN/CO: Cada centro de salud tiene sus protocolos, que por habilitación tienen que estar actualizados, sin embargo eso queda en el papel, cada médico hace su consulta de acuerdo a su conocimiento y experiencia, yo no conozco nuevos protocolos, nada se adhiere a protocolos...	MED3/GEN/CH: Bueno en cuanto a la atención primaria, porque realmente puede trabajar en atención primaria en Colombia encuentro que aquí en Chile hay algunos protocolos que están un poco mejor diseñados que en Colombia, en cuanto a la patología mental, en el resto de las enfermedades considero que es muy parecido la promoción y la prevención se hace igual. Nosotros manejamos los protocolos del Ministerio de salud, en caso de una auditoría por un efecto adverso ellos miran que uno se haya ceñido al protocolo nacional, o las guías del ministerio.//MED4/GEN/CH: Si hay protocolos de manejo las patologías que manejamos pero mucho depende de la experiencia de cada médico, Si por ejemplo pacientes diabéticos que tenemos que tener claro el protocolo de manejo en los cuales ya toca pasar de medicamentos orales a insulina nosotros iniciamos el manejo con insulina y ya si no se compensa el nivel de hemoglobina glicosilada, nosotros lo enviamos a un nivel a que lo vea medicina interna, para eso nos entrenan a nosotros para hacer todos los cursos tanto en medicina familiar y mucho de Medicina interna, precisamente el sistema de salud Busca eso que el médico de la atención primaria se quede en la atención Primaria con toda la capacitación a los médicos familiares les pagan más para que trabajen en el sector público, a los médicos familiares que hagan la beca especialidad les pagan más, para que se queden en el sector público, que por ejemplo al que haga otro tipo de especialidad Cómo ginecólogo pediatra le pagan más al médico familiar no me toca hacer turnos solo consulta externa.
--	---------------------------------------	---	---

Existencia y adherencia a protocolos: Tanto en Colombia como en Chile existen protocolos de atención, que son requisitos de los centros para habilitación, en Colombia hay muy poca adherencia y existe desconocimiento de las actualizaciones. En Chile las percepciones son diversas unos expresan que encuentran protocolos muy organizados y guiados por el ministerio de salud, a los cuales se deben adherir para evitar inconsistencias en caso de auditorías, otros entrevistados dicen que en general cada médico hace sus atenciones de acuerdo a la experiencia y no a los protocolos de manejo.

Tabla 4.16. Compromiso, motivación y Vinculación. Factores dependientes del profesional de salud.

<p>Factores dependientes del profesional de Salud</p>	<p>Compromiso, motivación y vinculación.</p>	<p>ENFERM1/CO... yo a veces pienso que le problema no es la organización, problema es muy personal no de la organización, porque nosotros, ósea no mira "la organización mirando el sistema de salud", excelente, "sí" para mí es excelente y la organización, está bien organizado, el problema es quienes está haciendo eso y con qué convencimiento, es por ejemplo, miremos los grupos de APS, si, los grupos de APS si hubiesen hecho lo que tenía que haber hecho, si, porque por ejemplo en el caso de las gestante, yo tengo 50 gestantes, y yo voy y me preocupo que por esas 50 gestantes, estén en control prenatal, que estén controladas no importa si es allí, allí, yo como APS, digo tengo 50 mireme el seguimiento, me dice que julano, que julana de tal está en el control prenatal es cápital, allá tiene su control ha llevado tres controles, decir está bien, no han dicho nada, le mire el carnet, respondo por mis 50 gestantes en mi territorio, sí, estoy respondiendo, pero que sea verídico, ósea, que sea verídico que sea un seguimiento con todas las de la ley, yo no, voy hacer controles, eso sí está claro, yo no, soy la que hago los controles en casa, que eso era lo que se creía, que yo como enfermera, como médico, tenían que llegar hacer "en la casa", controles prenatales en casa, como no me daba, ambulancia, carro, y demás cosas, yo, y un fonendo, yo no podía hacer nada, no es así, yo puedo hacer mucho revisando un carnet, dando unas indicaciones, diciendo como va, como esta, que puede tener, sí, porque estoy mirando cómo va eso, cómo va el control, como va todo eso, desde ese punto de vista yo sí creo que sí ///MED2/GENCO: la formación es más para trabajar en hospitales de nivel 3 y 4, es decir el medico se prepara y sueña con ser cirujano, internista, neurólogo, tal vez así no le guste mucho patólogo, pero es una formación que hace con ese enfoque, y si se debería incentivar bastante, yo creo que Colombia es aun de los pocos países de Latinoamérica, no se cual es más pero sé que es de los pocos, porque en los donde yo he tenido oportunidad ir, para ser un médico de un centro de salud como los que hay acá, se necesita que sea médico especializado en medicina familiar "sí" es el requisito mínimo, y en Colombia no existe ese requisito, por eso es de los pocos países donde todavía hay médicos generales.</p>	<p>MED3/GENCH: Inicialmente uno comienza con un contrato por honorarios, que dura aproximadamente 3 meses, luego uno pasa un contrato a término fijo, que dura 3 meses y luego la ley chilena dice que después de que has tenido 3 meses por honorarios y 3 meses por término fijo pasas a un contrato a término indefinido.///MED4/GENCH: Tienen un contrato a término fijo y cada año se va renovando automáticamente. Actualmente los médicos que están trabajando en la parte pública después de un año ya pueden postularse para acceder a la beca, antes no, antes, tenían que trabajar durante 3 años. Ahora sólo con un año ya pueden postularse para la beca, antes tengo que trabajar 3 años o más para postularse a la beca. Si los chilenos, a los médicos extranjeros nos toca diferente, tenemos que presentar un examen, qué se llama el examen médico nacional, y si lo pasas tienes que presentar 3 exámenes que son prácticos.</p> <p>El primer examen es de conocimiento teórico y luego práctico que creo son para ginecología cirugía y pediatría, eso lo han venido modificando a medida que han pasado los años.</p> <p>A mí no me tocó esa parte porque antes Chile tenía un convenio con Colombia a través del convenio de la haya, Y no ponían problema y uno podía homologar el título con el pensul académico y las notas, entonces, yo alcancé a homologar el título antes de que eso se acabará, después del 2009 ya todos los médicos extranjeros Colombia, Ecuador, Venezuela, Perú, tienen que presentar el examen teórico y si lo pasa presentar los exámenes prácticos, para poderle homologar el título y darle permiso a que pueden trabajar como médico en la parte pública.</p> <p>En la parte privada algunas instituciones si ponen esa limitación ya la mayoría, pero algunos no.</p> <p>Los médicos que aplican a las becas tienen que cumplir aparte de los tiempos de trabajar en el sector público, tienen unos puntajes, de acuerdo al número de diplomados y cursos que hayan realizado, así tiene la posibilidad de escoger entre las especialidades que ofrecen, dos especialidades accediendo sólo una de acuerdo al puntaje, la entrevista con los directores de programas y hay lo llaman si pasó o no, la posibilidad se da con universidades de Chile a nivel nacional, por ejemplo la Universidad Católica, La universidad de Valparaíso, Existen convenios con universidades extranjeras, porque en el cesfam donde yo estoy ofrecen cursos con universidades en otros lados, Incluso en Colombia con Universidad Javeriana, no solo es para Médicos sino para nutricionistas y otras profesiones de salud también en convenios con universidades en España, no tanto para hacer especialidad pero sí para realizar cursos o diplomados.</p> <p>Si el programa es financiado por el estado, el tiempo que dure la formación por ejemplo si son 3 años, tiempo durante el cual te financiaron la beca, le pagaron un salario durante ese tiempo, para que te mantuvieras, después tienes que devolver el tiempo al sistema público, al doble de lo que dure la beca, si por ejemplo son 3 años tienes que durar 6 años trabajando en el sistema público, pero no es todo el tiempo, hay médicos que están pagando beca y trabajan 6 horas en el día, y un turno fin de semana, el resto del día les queda para trabajar en el sector privado de completar su salario, esos 6 años de trabajo ya son salarios de acuerdo a la especialidad que si hayas cogido la beca.</p> <p>Uno tiene la posibilidad de congelar la beca hasta un año, durante ese tiempo uno puede ir a trabajar al sistema privado o no trabajar pero uno tiene que seguir pagando su salud y su pensión, hay Instituciones de la parte privada que también financian becas no todas.</p>
--	---	--	---

Compromiso motivación y vinculación: La formación de las universidades en salud en Colombia tiende a incentivar las especialidades curativas, la percepción es que los médicos de los centros de salud deberían como mínimo ser médicos familiaristas, que dieran el sentido que se requiere en APS, por otro lado manifiestan que el compromiso y motivación a la hora de realizar el trabajo, es de cada persona, es tener la verdadera intención de cumplir a cabalidad con un trabajo concertado y que sea de utilidad y solución para los pacientes. En Chile los médicos se vinculan con el sector publico a través de un contrato a termino indefinido, con el conocimiento de la ventaja formativa que ofrece el sector, con la posibilidad de acceder a becas para especialización después del primer año, si presentado los respectivos exámenes de conocimientos, el profesional médico pasa, se va a formar, en las universidades donde exista el convenio, con el compromiso de regresar a compensar por un termino igual al periodo de formación, el tiempo con trabajo en el sector público, a los médicos familiaristas les pagan mejor que a las otras especialidades.

Tabla 4.17. Expectativas de los pacientes. Factores dependientes del paciente.

Factores dependientes del paciente.	Expectativas de los pacientes	<p>ENFER2/CO: No, todas las, todas las que vienen acá no, porque es que trabajan, porque a mí me remitieron entonces voy a ir Kennedy al control, al curso, cierto, o, o todas no pasan por mí, entonces toca a la, a la esperanza que cuando ella paso con el médico, nunca paso conmigo, esa que empezó con el médico, el médico le haya dado la información del curso, "jijum" haber, porque no todas vienen, si todas vinieran, pero no, no todas vienen cierto, entonces heee ese el único grupo que hay, pero, pero si haría falta también aunque sea, unas charlas mínimas que hiciera la auxiliar, la de atención del usuario de las cosas básicas, ahorita con ese pico de gripa, decir, "sí", mira lo básico, cierto, o repartir aunque sea folleticos, que la gente se vaya con algo///ENFERM1/CO: los usuarios se sientían que eran escuchados..., era como el espacio que ellos sentían que eran escuchados, les ponían atención a lo que ellos venían, a solicitar, ósea, se les habría un espacio a ellos, y ellos lo manifestaba, que era bueno, mucha gente lo a dicho no volvieron a hacer las charlas, no, no volvieron hacer las charlas.///MED2/GENCO: la cultura de nuestra población, que hasta que no está bastante enferma no, no va al médico, otra que hay es el que, la negación del servicio, entonces la vecina le dice, ese centro de salud no vaya porque es malo, yo lleve al niño y allá no me lo quisieron atender, entonces hay que hacer lo más asequible a la población y cambiar esa imagen de "centro no amigo del usuario" llamémoslo, si no amigo de la población, cuando que tenemos que cambiar esa imagen y al revés decir no, allá sí, allí fui, allá me llamaron incluso a la casa, allá la enfermera jefe es diferente, porque es linda como persona, es bella, es una persona increíble, siempre me saluda por mi nombre y conoce el nombre de mis hijos, siempre llama a ver si le pusieron la vacuna o no, heee eso tiene que darse, y el seguimiento que haga el estado como en los países ricos donde APS funcionan así, es decir heee la preocupación de un niño asmático, que está en la casa, no es solo de la mamá, el papa si no es una obligación del estado,</p>	<p>MED2/ESP/CH: Reforzar la educación, estamos geográficamente, en un sector, en una comuna es de bajos recursos económicos y de bajo nivel, acá entonces está establecido ya que a menor nivel académico, menor adherencia, los tratamientos por desconocimiento, entonces digamos que reforzar una vez más lo que es la educación de los pacientes sería una garantía, afortunadamente aquí los medicamentos por lo menos los básicos los tienen de manera gratuita, entonces esto es una garantía de control, pero muchas veces aun teniendo la gratuidad de los medicamentos pues no se los toman, entonces todo eso está relacionado a la educación y al autocuidado, a fomentar el empoderamiento en sus enfermedades crónicas, la importancia que el mismo paciente este pendiente de que este en metas, es lo que hay que estimular, los pacientes esperan educación de nosotros.....</p>
-------------------------------------	-------------------------------	--	---

Expectativas de los pacientes: Los entrevistados en Colombia manifiesta que una de las expectativas de los pacientes es ser atendido donde es escuchado, donde perciben que el centro es amigo de los usuarios, que existe pertenencia, piensan que es importante, llamar los pacientes por su nombre y conocer su entorno. Es importante la confianza que el paciente logre depositar en el personal de salud, para obtener resultados satisfactorios. En Chile consideran que las expectativas dependen de la educación que los pacientes reciban en el centro.

Tabla 4.18. Capacitación de los pacientes. Factores dependientes del paciente.

Factores dependientes del paciente.	Capacitación de los pacientes	<p>ENFER2/CO: si desde ahí se van con un niño que tiene una gripa, y aprenden como manejar esa gripa desde su casa, para que no llegue a una neumonía, o, o que a esa enfermedad se expanda por toda la familia, por todo el barrio, como aislar el virus, como lograra atender ese niño desde la casa y no congestionar los servicios de urgencias.///ENFERM1/CO: ...el jueves en la mañana era hipertensos, entonces ese jueves el médico, un médico exclusivo se destinaba para que atendiera los pacientes, la auxiliar de enfermería por ejemplo, le tomaba el peso, y la presión arterial, le alistaba el carnet, tenía todo listo, solicitaba las historias clínicas, y después pasábamos el paciente a una charla, en esa charla participaba la nutricionista, la enfermera, la auxiliar, en las charlas entonces se les hablaba, se les explicaba un poquito, pues como era el proceso de la hipertensión, como era el proceso de la diabetes, porque debían tomarse el medicamento, como era la forma adecuada de tomarse el medicamento, se dejaban preguntas abiertas, "sí" entonces los usuarios preguntaban sus dudas, así fueran individuales, porque la mañana daba para eso, y el medico iba llamando mientras tanto al usuario, entonces el usuario se, entraba a la consulta, se le entregaba la formula al paciente y se le explicaba la formula, se le explicaban todos los trámites administrativos, donde debe reclamar el medicamento....</p>	<p>MED1/ESP/CH:respiratorias y todos los cuadros infecciosos, Chile tiene la gracia de que su sistema sanitario funciona bastante bien hasta los lugares más rurales, hay organización de los sistemas sanitarios, acceso a agua potable, entonces ya en los años 40, acá la prevención de enfermedades infecciosas gastrointestinales ya es como cosa de otra y parásito no se ve, osea ahorita ver parásitos o enfermedades infecciosas gastrointestinales simplemente son casos aislados, intoxicaciones, brotes en algunos casos, pero eso es algo que de lo efectivamente se ha prevenido a sido más que nada por ayudar a los determinantes sociales que influyen en la salud, eso es una de las cosas de prevenir hospitalizaciones, niño, hospitalizaciones por diarrea, hasta muy poca y un poco también de educación de que los pacientes aprendieron del lavado de manos y de cosas a lo mejor básicas de promoción de salud que se hicieron en los años 40, en lo respiratorio yo creo que esa es como la lucha que se está dando por lo menos en Chile actualmente, educar a la población con campañas de las vacunaciones, el lavado de manos, de prevenir por ejemplo bronquitis, de que se tiene que tapan la boca, más que nada desde ese punto de vista y otras enfermedades prevenibles, osea todas las cardiovasculares que estamos en debe, yo creo en todo el mundo, entonces, ahí yo creo que es un desafío que no solo para Chile es como para todo el mundo también empezar a enfocarse más ahí en enfermedades prevenibles no trasmisibles.///MED2/ESP/CH: Una atención del primer nivel, de atención primaria de salud, es completa siempre y cuando incluya educación, digamos una inversión educativa, de esas enfermedades crónicas, en el fondo eso es lo que me garantiza la adherencia al tratamiento, un paciente bien educado en su diabetes, que sepa cuáles son las consecuencias, cual es la importancia de tener los niveles en meta, un paciente hipertenso que conozca por que debe tomar un antihipertensivo, esa educación es fundamental para, la, digamos la adherencia al tratamiento...las atención son de 15 minutos para cada paciente, entonces pienso que una debilidad es el tiempo de educar a esos pacientes es corto pues, por la dinámica de las consultas, entonces, una de las maneras que pudiera ayudar para digamos complementar esa ausencia de educación es hacer intervenciones grupales, pues hacerlas en este caso, yo estoy trabajando en eso.///MED3/GENCH: Es que la mayoría de pacientes que están descompensados, es por el nivel de analfabetismo que hay acá porque las personas se toman cualquier pastilla para mejorar a pesar de la educación que le hacemos respecto a su enfermedad, pero eso no /// ENFERM/CH: Aquí hay talleres de actividad física que lo hace kinesiólogo y que vigila todas estas actividades digamos nosotros como técnicos Tratamos de educar en la mayor parte del paciente para que se pueda adherir a su tratamiento y que tengan sus controles siempre el día.</p>
-------------------------------------	-------------------------------	---	---

Capacitación de los pacientes: En Colombia y a nivel distrito los entrevistados manifiestan que los procesos de educación con los pacientes se realizaban mas exhaustivamente antes, porque se tenían grupos con un equipo interdisciplinario donde el paciente recibía toda la educación en un día de asistencia de asistencia a consulta: se educaba en prevención primaria, control de la patología con adherencia a tratamientos, signos de empeoramiento de la patologías y de acuerdo a esto cuando consultar por urgencias, se educaba en temas administrativos, actualmente no se realiza igual, por los tiempos para cumplir con la demanda asistencial. En Chile tanto el personal medico como el de enfermería realiza durante consulta o con programación en tiempos adicionales, educación en temas relacionados con prevención primaria, secundaria y terciaria, desde niños, gestantes y adultos.

Tabla 4.19. Interés por asistir a APS. Factores dependientes del paciente.

Factores dependientes del paciente.	<p>Interes por asistir a APS</p> <p>ENFERMI/CO: yo creo que era uno de los programas que no se tenía que estar llamando al usuario mire por ejemplo el de tuberculosis, que tienen que llamar al usuario, venga que no se ha tomado la medicación, el paciente de tuberculosis, deserta muy fácilmente, el paciente del VIH, desertan fácilmente, en cambio el paciente diabético y el hipertenso, todo lo contrario, es que, vengo a preguntar cuando es el día de la actividad, vengo a preguntar, tal cosa, cuando me pueden ver, es que no sé cuándo me toca, antes son más insistentes, entonces yo pienso que la acogida por parte del usuario y la necesidad del usuario, del paciente, entonces se veía que tenía digamos como impacto.//IMED2/GEN/CO: /algo que no se ha logrado disminuir, que es el embarazo en adolescentes, es triste que en nuestra población pobre siga todavía sufriendo y padeciendo el embarazo en adolescentes, cuando existen los programas y que son bandera de nosotros de planificación familiar, pues son gratuitos y a veces por falta de información al adolescente no se entera y no planifica, heee yo pienso que es muy importante llevar no, no solo el centro de salud que está aaa en la rivera del río Bogotá, heee en el barrio que la gente sabe que está ahí, pero a veces por falta de información, cree que es pagando o que como es del choco "sí" o de la costa atlántica, no tiene derecho a la prestación del servicio..</p>	<p>MED3/GEN/CH: si el paciente no consulta nosotros lo buscamos, osea hacemos rescate de pacientes, sabemos cómo está lo captamos, cuando sabemos que son casos complejos que el paciente no se adhiere o con problema familiar hay que hacerle seguimiento y los buscamos, vamos hasta la casa del paciente, valoramos todo del paciente el modo de vivienda el tipo de vivienda, verificamos todo en la visita, miramos si hay disfunción familiar, si hay apoyo por parte de la familia, si es un adulto mayor abandonado, si en precarias condiciones, que ni siquiera tiene para la alimentación, nosotros miramos todo eso y si es necesario informamos.... hay algunas instituciones que se dedican al cuidado del adulto mayor y se lo llevan para hogares geriátricos..o se maneja por la municipalidad unas cuidadoras que van a la casa del adulto mayor durante la semana...</p> <p>Estos casos nosotros reportamos a la trabajadora social está a su vez va a chequear y a verificar lo que encontramos y de acuerdo a lo que encuentra deriva el paciente según la necesidad.</p>
-------------------------------------	---	---

Interés por asistir a APS: En Colombia se notaba mayor interés por asistir a los centros por parte de los pacientes cuando las actividades de educación, control medico, entrega de medicamentos se realizaban en un día, actividad que se dejo por nuevas disposiciones, otros programas como seguimiento de patologías de interés en salud publica (TBC, VIH etc..) los pacientes abandonan los seguimientos y tratamientos, haciendo que el personal de salud haga búsqueda y rescate activo. En otras ocasiones no es falta de interés de los pacientes, sino desconocimiento de la existencia de algunos programas. Otros pacientes asisten por beneficios particulares como son algunos económicos (ejemplo: Subsidios a la infancia), donde el requisito previo a la entrega del bono es presentar el control

medico, en el caso particular control de niño sano en población menor de 5 años. En Chile la población sabe por distribución geográfica que tiene asignado un CESFAM, al cual debe asistir según programación, cuando esta programación no se cumple, el equipo de salud se desplaza a la vivienda del paciente, para verificar condiciones generales y tomar las medidas adicionales de apoyo a que haya lugar.

FASE CUANTITATIVA

Las patologías sensibles a la atención primaria son enfermedades que pueden ser manejadas en el primer, segundo o tercer nivel de atención de forma ambulatoria, que con un adecuado seguimiento desde la prevención evitarían las hospitalizaciones; en países desarrollados las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención primaria HECSAP son consideradas indicador indirecto de efectividad de atención primaria y son vistas como un síntoma de mala gestión integral de la enfermedad a nivel ambulatorio (prevención primaria, secundaria y terciaria), para el desarrollo de la presente fase cuantitativa, se tomaron a partes del diseño del estudio realizado sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud El caso de Colombia.

A continuación se presenta el proceso analítico cuantitativo y comparativo de medidas asociadas a este indicador para Colombia y Chile, teniendo en cuenta los códigos de HECSAP definidos por metodología Delphi y el análisis de carga de enfermedad para los dos países (Tabla 2).

Evaluación de Fuentes de datos.

En Colombia las bases normativas para el registro de datos tienen como soporte el Decreto Ley 1260 de 1970, por el cual se expide el Estatuto del Registro del Estado Civil de las personas, que estableció el certificado médico para el registro de la defunción en Colombia. La estructura del certificado actual está vigente desde el año 1997 y a partir de 1998, la resolución DANE 0761 ordenó la codificación de las causas de muerte mediante la CIE 10. Estas fuentes son procesadas por el DANE (Departamento Nacional de Estadística), de donde se logra una adecuado, libre acceso y confiable toma de datos demográficos y estadísticas vitales.

Decreto Ley 702 de 1974, por el cual se estableció el Subsistema Nacional de Información del Sistema Nacional de Salud Presidencia de la República, la estructura del registro fue modificada por la resolución 3374 del 2000 Ministerio de Salud.

Resolución 1895 del 2001 estableció la adopción de la CIE 10 para la codificación

de los diagnósticos Ministerio de Salud conocidos como Registro Individual de Prestaciones en Salud RIPS.

Solo a partir de la Resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Protección Social, por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, se determina la obligatoriedad de las instituciones para el reporte de la información del RIPS, por lo tanto y según estudios previos, no existe adecuado registro de datos previos a esta resolución, considerando esto limitantes en la cantidad y en calidad de los datos. Para obtener los datos de registros individuales de prestación de servicios (RIPS) se accede por el Sistema Integral de Información de la Protección Social, para los cuales el acceso presento diversas dificultades, dado que para acceder a la información, los usuarios se deben conectan al cubo de información de RIPS en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) que requiere contar con usuario y contraseña que son asignados una vez se participa de la respectiva inducción técnica.

La programación de las inducciones son acordes con la disponibilidad de la plataforma, que por esta época, debido a cambios de proveedor de servicios y la migración de la Bodega de Datos de SISPRO al nuevo proveedor no hay acceso a este mecanismo de consulta. Por lo tanto y por la disponibilidad de datos se realizó el análisis teniendo en cuenta las estadísticas vitales para ajuste de el volumen de egreso hospitalario y análisis de egreso hospitalario por diagnóstico, los datos disponibles se encuentran hasta el 2016.

En Chile se dispone con libre acceso a la información a través del Instituto nacional de Estadísticas de Chile (INE) (Ley n° 17.374 del Instituto Nacional de Estadísticas que fija el nuevo texto refundido, coordinado y actualizado número 313 de 1980, que aprueba la Ley Orgánica Dirección Estadística y Censos y crea el Instituto Nacional de Estadísticas. A partir de 2012 se suscribió un convenio entre el Ministerio de Salud, el INS y el Servicio de Registro Civil e Identificación que mejora los procesos de registro y confiabilidad de las estadísticas vitales) y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), las bases de datos están disponibles en formato Excel, con datos completos hasta el 2014.

Por lo anterior y con fines de comparación, se analizaron datos de 2012, 2013 y 2014, para los dos países. Actualmente la confiabilidad de los datos, a partir de la

Tabla 5. LISTA DE CODIGOS DE ACSC POR CARGA DE ENFERMEDAD COLOMBIA-CHILE.		
GRUPO	CIE 10	SUBGRUPOS
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO J00-J99	J20- J22	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
	J30- J39	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES
	J40- J47	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
	J60- J70	ENFERMEDADES DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS
	J80- J84	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO
	J95- J99	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO I00-I99	I10- I15	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS
	I20- I25	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON
	I30- I52	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON
	I60- I69	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES
	I95- I99	OTROS TRASTORNOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO.
ENFERMEDADES ENDOCRINAS E00- E90	E00- E07	TRASTORNOS DE LA GLANDULA TIROIDES
	E10- E14	DIABETES MELLITUS
	E40- E46	DESNUTRICION
	E50- E64	OTRAS DEFICIENCIAS NUTRCIONALES
	E65- E68	OBESIDAD Y OTROS TIPOS DE HIPERALIMENTACION.
	E70- E90	TRASTORNOS METABOLICOS.

cobertura y calidad del mismo, según estudios registrados sobre este análisis cada vez es superior, con la creación de herramientas electrónicas y disposiciones normativas gubernamentales (42).

Método de Ajuste

Dado que los diagnósticos de hospitalización evitable, contemplan patologías, que mediante prevención primaria, secundaria o terciaria, son manejables en el ámbito ambulatorio, se realizó un ajuste, para el cálculo del volumen de egresos hospitalarios, teniendo en cuenta la mortalidad procedente de las estadísticas vitales y la letalidad hospitalaria calculada con los datos RIPS (SISPRO) Colombia y DEIS en Chile.

$$\text{Letalidad hospitalaria} = \frac{\text{Número de fallecidos en el hospital por una causa (RIPS/DEIS)}}{\text{Número prevalentes de egresos por esa causa (RIPS/DEIS)}}$$

$$\text{No. de egresos hosp. por una causa (ajustados)} = \frac{\text{Número de fallecidos en el hospital por una causa (registro de defunciones)}}{\text{Letalidad hospitalaria (RIPS/DEIS)}}$$

CUADRO COMPARATIVO DE ESTADISTICAS GENERALES													
		COLOMBIA						CHILE					
		2012		2013		2014		2012		2013		2014	
		NUMERO	VALOR RELATIVO										
POBLACION	TOTAL	46.581.823		47.121.089		47.661.787		17.402.630		17.631.579		17.819.054	
ESPERANZA DE VIDA	TOTAL	73,63		73,81		73,99		79,1		79		79,1	
PORCENTAJE DE POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS	TOTAL	3.259.546	6,99	3.370.143	7,15	3.487.015	7,31	1.659.670	10	1.724.362	10	1.777.582	10
ASEGURAMIENTO	CONTRIBUTIVO/ ISAPRES	42,80%		42,80%		43,60%		18		18		19	
	SUBSIDIADO/ FONASA	48,50%		48,10%		48%		76		76		75	
	EXCEPCION	5%		5%		5%		6		6		6	
	NO ASEGURADO	3,60%		4,10%		3,40%		3		2		2	
ATENCIONES EN HOSPITALIZACION SECTOR PUBLICO Y PRIVADO	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN RAZON POR 1000 HAB	71561		72913		75.855		34.716		34.446		34.502	
	NUMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS	1.810.362		1.711.999		2.348.243		1.670.447		1.676.930		1.660.151	
CONSULTAS MEDICAS	TOTAL	46.521.714		47.971.946		49.555.511		42.985.305		41.721.791		41.839.048	
	ATENCIÓN PRIMARIA	29.663.620		30.490.981		30.804.743		16.155.319		15.293.792		15.315.474	
TASA DE MORTALIDAD 20-44 AÑOS (100.000 HAB)		28,423	61	27657	58,6	26.225	55	6.503	37	6.504	37	6.539	36,6
TASA DE MORTALIDAD 45-64 AÑOS (100.000 HAB)		39,037	84	39765	84	40450	85	19.155	110	20.011	113	19.872	111
TASA DE MORTALIDAD 65-79 AÑOS (100.000 HAB)		55,588	119	56960	121	59252	124	31.320	180	31.354	178	32.135	180
TASA DE MORTALIDAD 80 Y MAS AÑOS (100.000 HAB)		60,012	129	62694	133	68523	144	38.611	210	38.897	220	40.352	226
		DEFUNCIONES	TASA POR 100000 HAB										
TASA DE MORTALIDAD TODAS LAS CAUSAS	AMBOS SEXOS	199,756	428,83	203.071	430,95	210051	440,71	98.711	567,22	99.770	565,86	101.960	572,2
TASA DE MORTALIDAD ENFERMEDADES ENDOCRINAS E00-E90	AMBOS SEXOS	9542	20,48	9280	19,69	9475	19,87	4.930	28,33	4.876	27,65	5.188	29,11
TASA MORTALIDAD SISTEMA CIRCULATORIO I00-I99	AMBOS SEXOS	61,034	131,03	62525	132,69	66099	138,68	27.179	156,18	27.660	156,88	28.064	157,49
TASA DE MORTALIDAD SISTEMA RESPIRATORIO J00-J99	AMBOS SEXOS	21,067	45,22	22527	47,8	24037	50,43	10.118	58,14	10.269	58,24	10.448	58,63

Fuente: Datos tomados de DANE, SISPRO (Colombia), DEIS (Chile), y cálculos de la autora

En la anterior tabla se presentan los resultados generales para los dos países, donde se evidencia que la población total de Colombia supera en aproximadamente un 130% la población chilena, por lo cual es imprescindible a la hora de realizar el análisis comparativo tener en cuenta el ajuste de tasa correspondiente. En el presente estudio se realizó énfasis en el comportamiento de patologías crónicas tanto de egresos como de mortalidad, por lo cual la tabla muestra especialmente la población mayor de 65 años, donde es llamativo que para Colombia representa aproximadamente el 7% mientras de para Chile representa el 10%, lo que esta en relación con: La esperanza de vida en Chile es superior que para Colombia 79 y 73 años respectivamente y en promedio para los

tres años analizados. Se evidencia adicionalmente que en proporción la mortalidad por patologías, como en grupos de edad en general es superior para Chile que para Colombia. En Colombia comparativamente en el único grupo donde es superior la mortalidad proporcionalmente es el de 20 a 44 años.

Cuadro 2. Tasa de Mortalidad por grupos de edad ajustada, año 2012 Colombia-Chile

Edad (Años)	Población Colombia Total 2012					Población Chile Total 2012					Población Estándar Combinada	Población Referencia OMS
	Población	Fallecidos	Tasa por Edad 10 ⁵	Fallecidos Esperados	Fallecidos Esperados	Población	Fallecidos	Tasa por Edad 10 ⁵	Fallecidos Esperados	Fallecidos Esperados		
Total	46.581.823	199.336	428	459	468	17.444.799	98.711	566	472	491	64.026.622	100.000
0-4	4.291.149	9.823	229	12.657	20	1.238.021	2.108	170	9.415	15	5.529.170	8.860
5-9	4.272.011	905	21	1.155	2	1.177.887	177	15	819	1	5.449.898	8.690
10-14	4.359.830	1.221	28	1.576	2	1.269.026	222	17	985	2	5.628.856	8.600
15-19	4.401.418	4.327	98	5.697	8	1.393.450	615	44	2.558	4	5.794.868	8.470
20-24	4.169.560	6.066	145	8.242	12	1.495.698	940	63	3.560	5	5.665.258	8.220
25-29	3.746.936	5.983	160	8.230	13	1.407.070	1.012	72	3.707	6	5.154.006	7.930
30-34	3.375.368	5.567	165	7.642	13	1.257.936	1.131	90	4.166	7	4.633.304	7.610
35-39	3.007.266	5.116	170	7.219	12	1.236.460	1.381	112	4.740	8	4.243.726	7.150
40-44	2.903.042	5.691	196	8.142	13	1.250.489	2.039	163	6.773	11	4.153.531	6.590
45-49	2.832.007	6.833	241	9.865	15	1.256.675	2.958	235	9.624	14	4.088.682	6.040
50-54	2.460.771	8.513	346	12.477	19	1.145.967	4.209	367	13.247	20	3.606.738	5.370
55-59	1.969.508	10.978	557	16.132	25	924.627	5.341	578	16.718	26	2.894.135	4.550
60-64	1.533.411	12.713	829	18.761	31	729.451	6.647	911	20.620	34	2.262.862	3.720
65-69	1.139.440	14.487	1.271	21.856	38	579.587	31.320	5.404	92.894	160	1.719.027	2.960
70-74	848.094	18.881	2.226	28.457	49	430.145	6.688	1.555	19.874	34	1.278.239	2.210
75-79	641.029	22.220	3.466	32.983	53	310.495	7.408	2.386	22.702	36	951.524	1.520
80 Y MÁS	630.983	60.012	9.511	92.522	144	341.815	24.515	7.172	69.769	108	972.798	1.510

Fuente: Datos tomados de DANE, SISPRO (Colombia), DEIS (Chile), y cálculos de la autora.

En el cuadro 2, se presentan las tasas de mortalidad brutas y las tasas ajustadas para los dos países, por edades en el año 2012, de donde es llamativo que según datos tomados de fuentes confiables la mortalidad es mayor en Chile que en Colombia, a nivel total, por grupos de edad entre los 65 a 69 años supera la mortalidad Chile a Colombia en aproximadamente en un 200%, que comparado con el cuadro anterior se relaciona también con una tasa de mortalidad superior en Chile de 156 por 100000 hab. y en Colombia de 131 por 100000 hab. como causa relacionada con el sistema circulatorio.

**Cuadro 3. Tasa de Mortalidad por grupos de edad ajustada, año 2013
Colombia-Chile.**

Edad (Años)	Población Colombia Total 2013					Población Chile Total 2013					Población Estándar Combinada	Población Referencia OMS
	Población	Fallecidos	Tasa por Edad $\times 10^5$	Fallecidos Esperados	Fallecidos Esperados	Población	Fallecidos	Tasa por Edad $\times 10^5$	Fallecidos Esperados	Fallecidos Esperados		
Total	47.121.089	202.751	430	462	464	17.631.579	99.770	566	468	470	64.752.668	100.000
0-4	4.299.725	9.301	216	11.983	19	1.239.740	1.977	159	8.834	14	5.539.465	8.860
5-9	4.264.594	974	23	1.245	2	1.184.937	169	14	777	1	5.449.531	8.690
10-14	4.327.970	1.168	27	1.505	2	1.246.982	233	19	1.042	2	5.574.952	8.600
15-19	4.387.955	4.232	96	5.553	8	1.369.839	625	46	2.627	4	5.757.794	8.470
20-24	4.222.511	5.917	140	8.009	12	1.493.040	924	62	3.537	5	5.715.551	8.220
25-29	3.818.440	5.735	150	7.900	12	1.441.324	982	68	3.584	5	5.259.764	7.930
30-34	3.425.261	5.506	161	7.572	12	1.285.343	1.119	87	4.101	7	4.710.604	7.610
35-39	3.073.074	4.929	160	6.914	11	1.237.562	1.400	113	4.876	8	4.310.636	7.150
40-44	2.880.514	5.570	193	7.981	13	1.247.009	2.079	167	6.881	11	4.127.523	6.590
45-49	2.862.194	6.770	237	9.754	14	1.261.505	3.163	251	10.339	15	4.123.699	6.040
50-54	2.542.977	8.813	347	12.889	19	1.176.060	4.458	379	14.097	20	3.719.037	5.370
55-59	2.051.081	11.095	541	16.318	25	965.470	5.473	567	17.100	26	3.016.551	4.550
60-64	1.594.650	13.087	821	19.311	31	758.406	6.917	912	21.461	34	2.353.056	3.720
65-69	1.194.296	15.016	1.257	22.566	37	600.489	8.820	1.469	26.362	43	1.794.785	2.960
70-74	865.218	19.226	2.222	29.174	49	447.701	10.676	2.385	31.308	53	1.312.919	2.210
75-79	660.523	22.718	3.439	33.758	52	320.994	11.858	3.694	36.259	56	981.517	1.520
80 Y MÁS	650.106	62.694	9.644	96.946	146	355.178	38.897	10.951	110.093	165	1.005.284	1.510

Fuente: Datos tomados de DANE, SISPRO (Colombia), DEIS (Chile), y cálculos de la autora.

En el cuadro 3, se presentan las tasas de mortalidad brutas y las tasas ajustadas para los dos países, por edades en el año 2013, donde continúan siendo superiores las tasas de mortalidad general en Chile que en Colombia, donde a diferencia del años anterior las tasas aumentan a partir de los 45 años en adelante, con un máximo de superioridad a partir de los 80 años no mayor del 56%, esto a pesar que según las estadísticas Chile tiene una esperanza de vida superior alrededor de los 79 años.

Cuadro 4. Tasa de Mortalidad por grupos de edad ajustada, año 2014 Colombia-Chile.

Edad (Años)	Población Colombia Total 2014					Población Chile Total 2014					Población Estándar Combinada	Población Referencia OMS
	Población	Fallecidos	Tasa por Edad 10 ⁵	Fallecidos Esperados	Fallecidos Esperados	Población	Fallecidos	Tasa por Edad 10 ⁵	Fallecidos Esperados	Fallecidos Esperados		
Total	47.661.787	209.770	440	475	468	17.819.054	101.952	572	472	465	65.480.841	100.000
0-4	4.310.123	9.149	212	11.777	19	1.238.097	2.108	170	9.446	15	5.548.220	8.860
5-9	4.260.992	861	20	1.104	2	1.201.816	166	14	755	1	5.462.808	8.690
10-14	4.301.474	1.222	28	1.570	2	1.225.673	202	16	911	1	5.527.147	8.600
15-19	4.367.653	4.088	94	5.348	8	1.346.539	578	43	2.453	4	5.714.192	8.470
20-24	4.264.257	5.601	131	7.546	11	1.480.522	961	65	3.729	5	5.744.779	8.220
25-29	3.889.676	5.231	134	7.212	11	1.472.719	1.048	71	3.816	6	5.362.395	7.930
30-34	3.478.846	5.257	151	7.251	11	1.319.539	1.149	87	4.178	7	4.798.385	7.610
35-39	3.141.854	4.854	154	6.769	11	1.239.763	1.370	111	4.842	8	4.381.617	7.150
40-44	2.869.549	5.282	184	7.573	12	1.244.802	2.011	162	6.647	11	4.114.351	6.590
45-49	2.879.512	6.754	235	9.713	14	1.261.612	2.995	237	9.831	14	4.141.124	6.040
50-54	2.617.116	8.799	336	12.837	18	1.201.108	4.305	358	13.685	19	3.818.224	5.370
55-59	2.134.484	11.321	530	16.668	24	1.008.041	5.649	560	17.611	25	3.142.525	4.550
60-64	1.659.236	13.576	818	20.035	30	789.354	6.923	877	21.475	33	2.448.590	3.720
65-69	1.250.825	15.755	1.260	23.577	37	621.043	9.101	1.465	27.431	43	1.871.868	2.960
70-74	891.781	19.543	2.191	29.779	48	467.091	10.944	2.343	31.839	52	1.358.872	2.210
75-79	674.766	23.954	3.550	35.729	54	331.705	12.090	3.645	36.684	55	1.006.471	1.520
80 Y MÁS	669.643	68.523	10.233	106.346	155	369.630	40.352	10.917	113.456	165	1.039.273	1.510

Fuente: Datos tomados de DANE, SISPRO (Colombia), DEIS (Chile), y cálculos de la autora.

En el cuadro 4, se presentan las tasas de mortalidad brutas y las tasas mortalidad ajustadas para los dos países, por edades en el año 2014, donde a diferencia de los años anteriores la tasa general es superior en Colombia que en Chile y las tasas por edades son superiores en Chile que en Colombia a partir de los 50 años, no superando el 46%, en el cuadro general la estadística muestra, para el año 2014, hay un aumento de las tasas de mortalidad para los tres grupos de enfermedades analizadas en este trabajo: Enfermedades Endocrinas, Enfermedades Cardiovasculares y Enfermedades Pulmonares. Estos datos llaman la atención a pesar que el mayor porcentaje de la población se encuentra en el sistema público, donde el nivel de organización en las atenciones ambulatorias es alto, con protocolos vigentes y con indicadores de gestión y de calidad altos, según comentan los entrevistados y la realidad legislativa vigente en Chile al día de hoy.

Cuadro 5. Tasa de Letalidad por 100 hab. por grupos de patologías ajustada, año 2013 Colombia-Chile.

		LETALIDAD HOSPITALARIA POR CAUSAS DE HECSAP							
		COLOMBIA				CHILE			
		NUMERO DE FALLECIDOS EN HOSPITAL POR CAUSA	NUMERO DE EGRESOS POR CAUSA	LETALIDAD HOSPITALARIA X 100	EGRESOS HOSPITALARIOS AJUSTADOS	NUMERO DE FALLECIDOS EN HOSPITAL POR CAUSA	NUMERO DE EGRESOS POR CAUSA	LETALIDAD HOSPITALARIA X 100	EGRESOS HOSPITALARIOS AJUSTADOS
2012	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90) TOTAL	6202	34253	18	344	3.204	48.391	6,6	485
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99) TOTAL	39672	112406	35,2	1127	17666	126.976	13,9	1270
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99) TOTAL	13693	184429	7,4	1850	6576	166.392	3,9	1686
2013	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90) TOTAL	6032	33758	17,8	338	3169	49109	6,4	495
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99) TOTAL	40641	110025	37	1098	17979	130165	13,8	1303
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99) TOTAL	14642	177440	8,2	1785	6674	165663	4	1668
2014	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90) TOTAL	6158	50599	12	513	3372	49472	6,8	495
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99) TOTAL	42964	154178	28	1534	18241	128470	14,1	1293
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99) TOTAL	15624	242086	6,4	2441	6791	155877	4,3	1579

Fuente: Datos tomados de DANE, SISPRO (Colombia), DEIS (Chile), y cálculos de la autora.

En el cuadro 5 se encuentran los datos relacionados con la letalidad hospitalaria, donde se evidencia en los tres años consecutivos, una letalidad superior para Colombia que para Chile, a pesar que no hay una población estándar para realizar el ajuste poblacional de esta tasa, de manera aislada en cada población y en tres años, se observa que posiblemente el grado de complicación de las patologías

que se hospitalizan son superiores en Colombia, también se podría decir que la indicación de la hospitalización es adecuada, según las entrevistas el acceso de la población de los servicios ambulatorios continua siendo a muy largo plazo, lo puede empeorar la condición o estadio de la enfermedad, sobre todo lo que tiene ver con la enfermedad cardiovascular.

Cuadro 6. Egresos hospitalarios por diagnósticos de Hospitalización Evitable por condiciones sensibles a la Atención primaria.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR HECSAP												
	2012		2013		2014		2012		2013		2014	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	34253	73,5	33758	71,6	50599	106	48.391	278	49.109	279	49.472	278
Trastornos de la glándula tiroidea (E00-E07)	3.066	6,5	2651	5,6	4529	9,5	4.291	25	4.153	24	3.678	22
Diabetes mellitus (E10-E14)	17.808	38,2	18301	39	25029	52,5	19.965	115	19.940	113	19.751	111
Desnutrición (E40-E46)	1193	2,5	1451	3	1910	4	568	3	601	3,4	570	3,19
Otras deficiencias nutricionales (E50-E64)	114	0,2	102	0,2	149	0,3	125	1	119	0,674	149	0,8
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación (E65-E69)	3564	7,6	2357	5	5513	11,5	11.483	66	11.673	66	10.671	60
Trastornos metabólicos (E70-E90)	5340	11,4	5940	13	9479	20	6.742	39	7411	42	8.829	50
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99) TOTAL	112.406	241	110.025	236	154.178	323	126.976	730	130.165	738	128.470	721
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	17.974	38,5	18810	40	27.367	57,4	6.150	35	5.746	33	5.199	29
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	25.787	55,3	25.223	53,5	32.453	68	22.833	131	22.752	129	22.149	124
Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	26.008	55,8	26.285	55,7	35.544	74,5	33.151	190	34.305	195	34.391	193
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	20.453	43,9	20.995	44,5	26.553	55,7	28.371	163	29.341	166	28.766	161
Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio (I95-I99)	671	1,4	693	1,4	979	2	1.437	8	1.541	9	1.581	9
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	184429	395,92	177440	376	242.086	508	166.392	956	165.663	940	155.877	875
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (J20-J22)	34047	73	32891	70	46.021	96,5	18.247	105	18.389	104	18.172	102
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (J30-J39)	7476	16	5135	11	12.652	26,5	34.296	197	34.993	198	33.876	190
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	45126	96,8	44298	94	58.891	123,5	21.563	124	21.688	123	20.351	114
Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos (J50-J70)	495	1	494	1	602	1,2	2.540	15	2.486	14	2.412	14
Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio (J80-J84)	5079	10,9	5547	12	7.735	16	3.917	23	3.961	22	3.802	21
Otras enfermedades del sistema respiratorio (J85-J99)	8724	19	9406	20	12.223	25,6	7.324	42	8.202	47	7954	44,6

Fuente: Datos tomados de DANE, SISPRO (Colombia), DEIS (Chile), y cálculos de la autora.

El anterior cuadro presenta las estadísticas disponibles, en los sistemas de información, para los años 2012, 2013 y 2014, sobre egresos relacionados con enfermedad endocrina, mas específicamente diabetes y obesidad donde Chile supera por encima del 100% las tasas de hospitalización comparativamente, para enfermedad cardiovascular las tasas superan el 100% en Chile que para Colombia con énfasis en enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades pulmonares específicamente, enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas, como se planteo en la fase cualitativa, aquí se puede estar ante el registro inadecuado o insuficiente de datos, pues llama la atención, que los registros de atenciones de urgencias superan mas de 5000.000 y en la practica, el número de camas de hospitalización es insuficiente, lo que congestiona el servicio de

urgencias muchos pacientes pasan la hospitalización completa en camillas de urgencias y este dato puede estar quedando en subregistro.

Cuadro 7. Indicadores Económicos del Sistema de Salud Chile- Colombia.

INDICADORES ECONOMICOS DEL SISTEMA DE SALUD: CHILE/ COLOMBIA (2013)							
	GASTO EN SALUD PER CAPITA, PPP(US\$2011)	GASTO EN SALUD (%PIB)	GASTO PUBLICO EN SALUD (% GASTO TOTAL EN SALUD)	GASTO PUBLICO EN SALUD (% GASTO DE GOBIERNO)	GASTO DE BOLSILLO (% GASTO TOTAL EN SALUD)	% DE POBLACION CUBIERTA POR SEGUROS DE SALUD	RANKING DE DESEMPEÑO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD (2000)
CHILE	1749,4	7,8	49,50%	15,9	31,5	98,2	33
COLOMBIA	864	7,2	76%	16,10%	14%	96,60%	22
OCDE	4708,3	12,4	62,20%		13,6		
MUNDO	1275,2	10	60,10%		18,3		

Fuente: OMS. OCDE.

El gasto total en salud en Colombia alcanzó el 7,2 % del PIB en 2013, situando al país muy por debajo de la media de la OCDE del 8,9%, al igual que Chile, que alcanzo el 7.8% , por debajo, pero mas cerca de la media de la OCDE. El gasto en salud per cápita en Colombia fue de USD 864 en 2013, cuatro veces más bajo que el promedio de la OCDE de USD 3453, y 1 vez por debajo para Chile con 1749 USD en 2013. Aunque es probable que las diferencias en los precios locales expliquen una proporción significativa de esta diferencia. Sin embargo, el gasto en salud ha aumentado en los últimos años, habiendo aumentado del 5,4% del PIB en 2004. Gran parte de este aumento se debió al gasto en el CR. El crecimiento de los gastos en la RS fue menos de la mitad del aumento total, aunque tiene un mayor número de afiliados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una clasificación de los mejores y peores sistemas de salud en el mundo, que se elaboró a partir de variables como la desigualdad, el nivel global de salud de la población, la capacidad de respuesta del sistema, la percepción de la gente –de diferentes niveles económicos– sobre qué tan bien son atendidos y quiénes son los encargados de pagar los costos del sistema de salud (40, 41).

Colombia, actualmente ocupa el puesto número 22 en el grupo de 191 Estados miembros de la OMS, por encima de otros latinoamericanos como Chile, Costa Rica y Cuba.

ANALISIS DE RESULTADOS A LA LUZ DE LOS SISTEMAS COMPLEJOS ADAPTATIVOS

Si se parte del concepto lineal que la Atención Primaria en Salud efectiva puede ser medida de forma indirecta con la disminución efectiva de ingresos y egresos hospitalarios estaríamos encaminados a continuar en un concepto de características positivista, por los resultados del presente estudio es probable que a pesar de la organización muy superior, mucho más sólida, según las voces de los agentes (entrevistados profesionales de la salud) y la revisión teórica de la implementación de la APS, en el sistema de salud chileno, los datos numéricos estadísticos mostraron en general un aumento proporcional del número de egresos hospitalarios y la mortalidad, como la letalidad, en Chile.

Si bien estos resultados pueden ser el producto de un inadecuado registro como datos de mala calidad, si es de notar que la única manera de comprender estas contradicciones es mediante el análisis basado en la complejidad de los Sistemas Complejos Adaptativos.

En el diseño cualitativo se determinaron tres grandes categorías, que fueron: **Factores relacionados con el sistema de salud**, cuyas subcategorías fueron, Misión del sistema, Visión del Sistema, Cooperación entre niveles asistenciales, Seguimiento de pacientes con complicaciones de la enfermedad, Programas especiales de atención en salud, Constreñimiento del acto médico, Hospitalización Evitable, Incentivos, Accesibilidad al Sistema.

Factores dependientes de los profesionales de salud, cuyas subcategorías fueron, Tiempos para consulta, Demanda asistencial, Cumplimiento de metas, Remisiones a otros servicios, Existencia y adherencia a otros Protocolos, Formación Profesional, Compromiso, motivación y Vinculación.

Factores dependientes de los pacientes: cuyas subcategorías fueron, Expectativas de los pacientes, Capacitación de los pacientes, Interés por asistir a APS. De acuerdo con la aspectos relacionados con los sistemas complejos adaptativos (SCA) propuestos por Holland, donde se tienen en cuenta los siete

básicos de los SCA: cuatro propiedades y tres mecanismos, se realiza el análisis por categorías.

Factores relacionados con el sistema de salud, tanto en Chile como en Colombia la misión del sistema busca asegurar los servicios de salud en toda y para toda la población, a través de dos características la universalidad y la accesibilidad, sin embargo según lo referido por los entrevistados en Colombia, no se logra al 100%, dado que existe población que no accede por múltiples causas, (geográficas, económicas, congestión de servicios, número limitado de profesionales para atender la demanda etc.) y en Chile más asociado a congestión de servicios sobre todo de alta complejidad, a pesar que los datos refieran un alto porcentaje de cobertura para los dos sistemas de salud, el acceso para muchos es limitado, el fenómeno observado muestra que la población que requiere la atención acude por el servicio de urgencias en varias circunstancias (complicación de la patología, necesidad de atención para autorización de tratamientos o procedimientos o patologías agudas) logrando así el acceso y la cobertura, dado que los servicios de urgencia no tienen costo y la urgencia tiene que ser atendida, aquí se observan tanto mecanismos como propiedades de los SCA (Sistemas Complejos Adaptativos) en todo proceso existe **agregación** de varios agentes 1. Sistema como tal Chile-Colombia como meta-agentes, porque son agregados muy adaptables y que bajo ciertas condiciones y características actúan como un solo agente, 2. La población que es atendida, se encuentra agregadas por mecanismos iniciales de cobertura en salud que tanto para Chile como para Colombia son público y privado, adicionalmente la población busca o emerge, agregándose en busca de beneficios, coincidiendo con características similares entre si, para acceder al sistema ejemplo las garantías AUGE en Chile.

Es clara la presencia de Nodos y conectores como parte de redes, que para los SCA los flujos a través de estas redes varían con el paso del tiempo; además, los nodos y los conectores pueden aparecer y desaparecer, dependiendo de si los agentes tienen éxito o no en sus esfuerzos por adaptarse, aquí van y vienen diversos programas existentes en APS, que en los dos sistemas hacen énfasis en atender patologías de las gestantes, de los niños y de los adultos mayores, unos

con buenos resultados en cuanto a que lograr permanecer en el tiempo y otras que desaparecen porque no se percibe beneficio, que se traduce en la ausencia o ineficiencia adecuada de nodos y conectores, los propios sistemas de salud en si representan macro redes con múltiple nodos y conectores.

Existen múltiples formas de etiquetado o marbeteado dentro de cada uno de los sistemas como mecanismo de supervivencia para la agregación y la formación de fronteras en los SCA. Contributivo-Subsidiado en el caso Colombia, Fonasa-Isapres en el caso Chile, presencia o ausencia de incentivos económicos dentro de cada sistema, estos corresponden a rasgos importantes, ya que facilitan la interacción selectiva y permite a los agentes seleccionar a otros agentes u objetos, que de otra manera serian indistinguibles, facilita la cooperación.

En los dos sistemas están presentes modelos internos como mecanismos de anticipación, muchos en beneficio o en satisfacción de la atención a la población y otros en beneficio de los privados que hacen parte del sistema. En el caso de Colombia existe el plan obligatorio de salud, del cual hacen parte muchas atenciones, procedimientos y tratamientos, algunos denominados de alto costo para el sistema, que a través de subcontrataciones con Instituciones crean modelos internos, obligando por diferentes mecanismos al personal medico a contenerse de formular o usar algunos de estos tratamientos de tal forma que genere ganancias para estas instituciones, otros modelos internos como Chile tienen personal de salud médicos generales. Especialistas, psicólogos, trabajadores sociales etc.... en un modelo interno, de grupo interdisciplinar que atiende de forma integral cada paciente que ingresa a los CESFAM, garantizado como mínimo satisfacción de la persona de recibe dicha atención.

Un modelo interno hace que el agente deba seleccionar los patrones de entre un torrente de información que recibe, y después debe convertir estos patrones en cambios en su estructura interna, los cuales le permiten al agente anticiparse a las consecuencias que se generan cuando el mismo patrón u otro similar vuelve a ser encontrado.

Factores relacionados con los profesionales: En los dos sistemas de salud Chile y Colombia los profesionales entrevistados manifestaron en general que los

tiempos de consulta son escasos para lograr una adecuada atención integral de los pacientes, sin embargo y de acuerdo con el tipo de atención o necesidad del paciente existen alternativas para lograr que el paciente pueda ser visto de manera más regular y complementaria a través de la coexistencia de atención en medicina, enfermería y odontología, con diferencias en Chile que tiene médicos especialistas y otras profesiones que complementan la atención, esta diversidad mejora los flujos de atención, existe comunicación entre redes asistenciales de baja a alta complejidad, que se hace mucho más efectiva cuando el médico del CESFAM, remite de forma clara y precisa un atención contemplada dentro de las garantías AUGES.

En los grupos profesionales de atención de Colombia como de Chile, los médicos en general concluyen que un adecuado seguimiento de muchas patologías por ejemplo cardiovasculares, endocrinas son prevenibles, evitando la hospitalización, a pesar que los resultados estadísticos no lograron demostrar de forma contundente estas precepciones, lo que si es claro es que cada individuo constituye un sistema único y por lo tanto cada patología, tiene una respuesta diferente, donde se deja evidente la no linealidad característica de los SCA. Sin embargo el hecho que existan protocolos de manejo a los cuales el grupo profesional chileno es mucho más adherente, encasilla las patologías en una especie de etiquetado en el cual el pensamiento positivista pretende incluir a la mayoría de la población, es evidente que los SCA buscan su reorganización agregándose con cosas similares entre los agentes, formando principalmente categorías.

Los bloques de construcción que se reagrupan en una gran cantidad de combinaciones, después de que cada agente analiza una escena compleja buscando elementos reutilizables que ya han sido probados por la selección natural y el aprendizaje, generando así la capacidad de descomponer en sus partes una escena compleja (buscando de esta manera la mejor solución), son previsible cada vez que el personal de salud busca alternativas autónomas que permitan agilizar los procesos de atención diagnósticos y tratamientos, muchos de los profesionales entrevistados refieren que dado que los procesos de remisión

son tan demorados, cada vez más buscan estrategias de ayuda diagnóstica.

Factores relacionados con los pacientes, A nivel macro la población en cada país esta dividida para hacer uso de los servicios de salud de acuerdo a la capacidad de pago, así las personas de bajos recursos o sin empleo son subsidiados por el estado, con unos mínimos excedentes de pago de acuerdo a unas subcategorías y si las personas poseen empleo generan unos aportes al sistema, que se conoce como contributivo esto para Colombia; en el caso Chile el al sector público se pueden afiliarse desde población vulnerable y sin recursos, hasta personal que labora y con capacidad de pago, según la percepción de los profesionales de la salud en Chile, la distribución y asignación del CESFAM a cada individuo del sector público, está dado por vecindad geográfica a la vivienda, cada CESFAM tiene distribuido por zonas de atención, una asignación a cada grupo asistencial para asegurar cobertura general de tal forma, que según cronograma, los pacientes asistan o se les visite al domicilio, tienen protocolos de atención y la mayoría de la población asiste de forma voluntaria, hasta aquí se cumple con la primera propiedad de los SCA existe agregación porque cada uno de los agentes (individuos, población) busca la complementariedad uniendo cosas similares entre los sí, formando categorías.

Adicionalmente cada individuo que asiste al CESFAM se constituye por sí solo en un sistema complejo, donde la coexistencia de varios sistemas orgánicos en sumatoria no identifican 100% al individuo, se puede determinar la segunda propiedad de los SCA, la No linealidad.

Ahora bien la población colombiana asiste a los centros de salud, a demanda según necesidad o interés particular, no se tienen seguimientos por cronograma a la población o por visita domiciliaria, por parte del grupo de salud, a pesar que la mayoría de los equipos de salud, observan a los individuos desde la linealidad, el cambio de paradigma, debe orientar a comprender un poco más desde la complejidad, el hecho que a pesar que se controlen desde protocolos las patologías en general y específicamente las crónicas, nada limita la posibilidad de requerir una hospitalización.

Las múltiples causas por las que una población se adhiere a un tratamiento o asisten a un control depende de otros mecanismos propios de los SCA que son los modelos internos donde el agente debe seleccionar los patrones de entre un torrente de información que recibe, y después debe convertir estos patrones en cambios en su estructura interna, los cuales le permiten al agente anticiparse a las consecuencias que se generan cuando el mismo patrón u otro similar vuelve a ser encontrado (39). Por ejemplo un diabético o un hipertenso se enmarcan dentro de un modelo interno, adaptándose con cada momento en que percibe la enfermedad, a los cambios que sobrevienen y a la manera como debe después de este aprendizaje sobrevivir.

El individuo desde la no linealidad y a través de su capacidad de analizar una escena compleja en busca elementos reutilizables (que ya han sido probados por la selección natural y el aprendizaje), genera la capacidad de descomponer en sus partes esta escena (buscando de esta manera la mejor solución), para posteriormente reagrupar las partes componentes en una gran variedad de combinaciones a lo que se les llama bloques de construcción (39). Así cuando se encuentra una situación totalmente nueva, lo que se hace, es combinar los bloques más relevantes y probados para modelar la situación, de manera que, en este contexto patológico cuando el individuo posiblemente después de varias recaídas logra construir sus propios bloques de construcción, es cuando la adherencia al tratamiento es efectiva, sin embargo si se piensa en el individuo como SCA es probable que este tratamiento actúe de forma esperada y a su vez el grupo de salud responsable debe tener en cuenta otras dimensiones complejas del individuo (estudio, trabajo, familia, etc..) a las cuales puede no estar dándose la importancia necesaria y que si se tratan en conjunto podrían evitar futuras recaídas.

Muchas personas asisten a los controles porque dentro de su ritmo de vida crean modelos internos que facilitan la adaptabilidad al medio árido que los rodea; por ejemplo las personas que reciben subsidios económicos por cada uno de los hijos menores de cinco años asisten al control periódico de niño sano porque requieren la certificación que el estado exige para asignar el subsidio.

CONCLUSIONES

1. Es importante decir que a pesar que la investigación desde el punto de vista cualitativo fue realizada dentro de un grupo muy específico de actores del sistema los hallazgos pueden no ser generalizables a un contexto más amplio (como lo es un sistema de salud), pues ante todo pueden representar situaciones locales, la mayoría de los entrevistados entre médicos y enfermeras en el presente estudio están de acuerdo que una adecuada APS, disminuiría sustancialmente el número de hospitalizaciones, haciendo énfasis en disminuir el número de estas más no evitarla.
2. A pesar de observar y escuchar que existe mayor organización en Chile que en Colombia en lo que tiene que ver con APS, los datos estadísticos sugieren, tanto la mortalidad como las tasas de egreso hospitalario a nivel general son mayores en Chile que en Colombia, con especial aclaración que: 1. El reporte por parte de las IPS para generar datos en SISPRO Colombia, son obligatorios desde 2016, los datos del presente análisis son de 2012-2013 y 2014. 2. En la práctica muchos de los pacientes que se encuentran en los servicios de urgencias, pasan su hospitalización, sin ocupar camas de hospitalización y salen con egresos por urgencias, pasando muchas veces más de 1 semana en urgencias, los registros del SISPRO por atenciones de urgencias superan las cinco millones de atenciones, puede existir la posibilidad con esto, que exista un importante subregistro de las atenciones en hospitalización.
3. Si se considerara que, existe un registro de datos adecuado para los dos países y que según los entrevistados y los datos teóricos, existe una mejor organización y adecuación en general en las actividades de APS en Chile, los datos numéricos se muestran más favorables para Colombia que para Chile, lo que posiblemente dejaría concluir que el indicador de hospitalización evitable no es adecuado como indicador de las acciones de

APS. Sin embargo es importante tener en cuenta que en la presente investigación solo se efectuaron análisis descriptivos sin comparación estadística.

4. Desde los sistemas complejos adaptativos el indicador de Hospitalización Evitable por condiciones sensibles al cuidado en APS, es visto desde un concepto puramente positivista, si se analiza a la luz de la complejidad, es probable que no sea útil como indicador indirecto de las acciones de APS, según los datos analizados en el presente estudio (Aunque en la APS existen múltiples factores que podrían haber estado por fuera del alcance del presente estudio y que tiene influencia directa e indirecta en las ACSC).

BIBLIOGRAFIA.

1. AJ. Ramos Martín-Vegue, JL. Vázquez-Barquero. CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander. Pápeles Médicos 2002;11(1):24-35. Consultada Junio17 de 2017.
2. Freund Tobias. Campbell, Stephen M. Geissle, Stefan. Kunz, Comelia. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care– Sensitive Conditions. Annals of Family Medicine. Vol. 11, no. 4 Jul 2013. doi:10.1370/afm.1498.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704497/pdf/0110363.pdf>
3. Orueta, Juan, MD, García Arturo. Grandes, Gonzalo. The Origin of Variation in Primary Care Process and Outcome Indicators Patients, Professionals, Centers, and Health Districts. Medicine journal. Volume 94, Number 31, August 2015. Consultada el 26 de Mayo de 2016. DOI: 10.1097/MD.0000000000001314.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616568/pdf/medi-94-e1314.pdf>
4. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría. La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. Hacia una Nueva Salud Libro Blanco. Marzo 2014.
5. Burgdorf F, Sundmacher L: Potentially avoidable hospital admissions in Germany an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(13): 215–23. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215. Consultada el 24 de Mayo de 2016.
<http://www.aerzteblatt.de/pdf/DI/111/13/m215.pdf>

6. Alfonso José. Villalta, Joan. Blasco Sergio. Martínez Isabel. Características de la hospitalización evitable en España. Medicina Clínica (Barcelona 2004;122(17):653-8). Consultada 28 de mayo de 2016. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-caracteristicas-hospitalizacion-evitable-espana-13061386>
7. Arias. Cesar. El Análisis de las Hospitalizaciones Evitables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como Fuente para mejorar la articulación en la intervención de riesgos y priorización de las acciones. Universidad ICESI. Cali 2009. Consultada el 24 de Septiembre https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/78175/1/091286.pdf
8. Berlin, C. Busato, A. Rosemann, T. Djalali, S. Avoidable hospitalizations in Switzerland: a small area analysis on regional variation, density of physicians, hospital supply and rurality . Berlin et al. BMC Health Services Research 2014, 14:289. Consultada el 28 de Mayo de 2016. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/289>
9. Loenen, Tessa, Van den Berg, Michael. Westert Gert. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. August 4 2014. Family Practice, 2014, Vol. 31, No. 5, 502–516. Doi:10.1093/fampra/cmu053. <http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/5/502.full.pdf+html>
10. Segal, Misha. Rollins, Eric. Hodges, Kevin. Roozeboom, Michelle. Medicare-Medicaid Eligible Beneficiaries and Potentially Avoidable Hospitalizations. Medicare & Medicaid Research Review. 2014: Volume 4, Number 1. Consultada el 24 de Mayo de 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.5600/mmrr.004.01.b01>

11. Konstantyner Tulio. Amaral Lais. Factors associated with avoidable hospitalization of children younger than 2 years old: the 2006 Brazilian National Demographic Health Survey. Konstantyner et al. International Journal for Equity in Health (2015) 14:69. DOI 10.1186/s12939-015-0204-9. Consultada 29 de Mayo de 2016.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546099/pdf/12939_2015_Article_204.pdf

12. Busby John. Purdy Sarah. Hollingworth William. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. BMC Health Services Research (2015) 15:324. DOI 10.1186/s12913-015-0964-3. Consultada el 26 de Mayo de 2016.

[http://download.springer.com/static/pdf/853/art%253A10.1186%252Fs12913-015-0964-](http://download.springer.com/static/pdf/853/art%253A10.1186%252Fs12913-015-0964-0964-)

[8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12913-015-0964-](http://download.springer.com/static/pdf/853/art%253A10.1186%252Fs12913-015-0964-0964-8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12913-015-0964-)

[3&token2=exp=1470316427~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F853%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12913-015-0964-](http://download.springer.com/static/pdf/853/art%253A10.1186%252Fs12913-015-0964-0964-8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12913-015-0964-8&token2=exp=1470316427~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F853%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12913-015-0964-)

[3.pdf*~hmac=9dc3af9a9ee58dbaf97fd09155a2802748cab206d1511c6b88c2ceac2e3efef4](http://download.springer.com/static/pdf/853/art%253A10.1186%252Fs12913-015-0964-0964-8.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmchealthservres.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12913-015-0964-8&token2=exp=1470316427~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F853%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12913-015-0964-3.pdf*~hmac=9dc3af9a9ee58dbaf97fd09155a2802748cab206d1511c6b88c2ceac2e3efef4)

13. Bourret Rodolphe. Mercier Gregoire. Jonquet Olivier. Comparison of two methods to report potentially avoidable hospitalizations in France in 2012: a cross-sectional study. Bourret et al. BMC Health Services Research (2015) 15:4. DOI 10.1186/s12913-014-0661-7. Consultada el 24 De Mayo de 2016.

- 14.** Moreno V, Alberquilla Ángel, Camacho Ana. Lora David, R. Análisis de la influencia del proceso asistencial de la atención primaria de salud sobre la ocurrencia de hospitalizaciones evitables por insuficiencia cardíaca. Atención primaria. 2016; 48(2): 102-109 España ELSEVIER. http://ac.els-cdn.com/S0212656715001213/1-s2.0-S0212656715001213-main.pdf?_tid=ae54a006-5a73-11e6-9f7a-0000aacb35e&acdnat=1470336537_913a8c76ca07eb9ff0d740cd5037cce1
- 15.** Flórez Carmen Eliza. Castañeda Jorge Luis. Colombia en movimiento. Un Análisis descriptivo basado en la encuesta longitudinal colombiana de la Universidad de los Andes ELCA. Capítulo 4 Acceso y uso de servicios de salud y estado de salud. Agosto de 2011. Consultada 08 de Marzo 2016. <http://elca-colombiaenmovimiento.uniandes.edu.co/libro/ColombiaEnMovimiento-Cap4.pdf>.
- 16.** Cáliz. Oswaldo. Prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en cinco hospitales de la red pública de Bogotá 2006-2008. Revista EAN (Escuela de administración de negocios) núm. 67, septiembre-diciembre, 2009, pp. 95-106. ISSN: 0120-8160. Consultada 26 Septiembre. <http://www.redalyc.org/pdf/206/20612971007.pdf>
- 17.** Ospina J. El hospital como organización. Fundamentos de salud publica. Administración de servicios de salud. Tomo II. Pg. 96. 2005.
- 18.** Aparicio LI. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. El caso Costa Rica. Banco Interamericano de Desarrollo. BID. Sector social División de protección Social y Salud. Dic 2012. Consultada 15 de Octubre de 2016. <https://publications.iadb.org/handle/11319/5735>
- 19.** Arrieta. A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. El caso Perú. Banco Interamericano de Desarrollo. BID. Sector social División de protección Social y Salud. Dic 2012. Consultada 15 de Octubre de 2016. https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5734/HECSAP_Peru%20FINA%20L.pdf?sequence=1

20. Ciapote A. serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. Revisión exploratoria de la evidencia de eficacia de la atención primaria en salud en la prevención de hospitalizaciones evitables Banco Interamericano de Desarrollo. BID. Sector social División de protección Social y Salud. Dic 2012.

Consultada 15 de Octubre de 2016.

<https://publications.iadb.org/handle/11319/5740#sthash.rWyUrajv.dpuf>

21. Moreno Del Saz Vicente. Análisis de la influencia del proceso asistencial de la atención primaria de salud sobre la ocurrencia de hospitalizaciones evitables por enfermedad cardiovascular aterosclerótica e insuficiencia cardíaca. (Tesis doctoral, Universidad de Complutense de Madrid, 2010); 23-27. Revisado el 22 de Mayo de 2016. <http://eprints.sim.ucm.es/10559/1/T31905.pdf>.

22. Hernández, M. Salud Pública. Teoría y practica. Edit. Manual Moderno. Pg. 509. México 2013. Instituto Nacional de Salud Publica.

23. Valenzuela, M. Isabel. Evaluación de las intervenciones sanitarias a nivel de la Atención Primaria que reducen las hospitalizaciones por patologías sensibles a cuidados ambulatorios en mayores de 60 años. Universidad de Granada. Tesis Doctoral. 2007.

24. Morales Gómez Andrea. Actuación en atención primaria para prevenir la hospitalización evitable. pg. 3. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Almería. 2013. Consultada 15 de Mayo de 2016.

<http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2504/1/Trabajo.pdf>

25. Castro c. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. Friedrich Ebert Stiftung. Fescol. Análisis 8. Pg. 4. 2012.

Consultada 01 de Agosto.

<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf>

26. Becerril- Montekio. V. Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud en Chile. Artículo de revisión. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S132-S143.

Consultada 02 de Agosto de 2017.

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>

27. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S144-S155.

Consultada 02 de Agosto de 2017.

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>

28. Ronald Gómez. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. El caso Paraguay. Banco Interamericano de Desarrollo. BID. Sector social División de protección Social y Salud. Dic 2012.

Consultada 15 de Octubre de 2016.

https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5732/HECSAP_Paraguay_financial_06-11-13.pdf?sequence=1

29. Caminal J, Navarro, J. La evaluación de la capacidad de resolución de la atención primaria y su contribución a la efectividad del sistema de salud. La hospitalización por ambulatory care sensitive conditions como medida. Revista clínica electrónica en atención primaria. España. 2008.

https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m6n7/rceap_a2005m6n7a2.pdf.

Consultado el 28 Septiembre 2016.

30. Benavides. P. Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050. Dirección de presupuestos. Gobierno de Chile. Diciembre de 2013. Chile.

http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf

31. Caviedes. R. 35 años de desarrollo del sistema privado de salud de Chile. 1981-2016. ISAPRES. Consultada 13 de Agosto de 2017.

http://www.isapre.cl/PDF/35isapres_v4.pdf

32. Bedregal P. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Chile 2008.

Consultada 13 de Agosto de 2017.

<http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadimg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>

33. Velasco C. Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile. CEP. Centro de Estudios Públicos. Número 3 / octubre 2014.

Consultada: 04 de Septiembre de 2017.

https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160304/asocfile/20160304100905/PPP_003_CVelasco.pdf

34. Camargo-García S. Incentives and actors of Health Systems in Costa Rica, The United States of America, Canadá, Chile and Ecuador – 2015. Rev. Univ. salud. 2016;18(2):385-406. Consultado 21 de Septiembre de 2017.

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a18.pdf>

35. Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Enero de 2016.

36. Macinko. J. Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud Diagnóstico, herramientas e intervenciones. Banco Interamericano de Desarrollo Sector Social División de Protección Social y Salud. DOCUMENTO DE DEBATE # IDB-DP-189. 2011. Consultada 12 de Septiembre de 2017.

https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5759/Nota_Conceptual_Seminario_Enfermedades_Cronicas_SSA.pdf?sequence=3

37. Cruz, M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Documento OPS 2011. Consultada Abril 2017.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/APS.pdf>

38. Urrego Angel. P. Incentivos al Talento Humano en Salud. Dirección de Desarrollo y Talento Humano en Salud. Coordinación Grupo Ejercicio y Desempeño de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud. Diciembre 2016. Consultado Septiembre 17 de 2017.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/1.estrategia-tarea-todos-incentivos-minsalud.pdf>

39. Alvarado López R. Primer Seminario Nacional de Economía Institucional “Fronteras de Análisis Económico de las Instituciones” Ponencia: Sistemas Complejos Adaptables y Cooperación. 2010. Consultada 12 de Octubre 2017.

<http://www.laisumedu.org/desin/fronteras/Alvarado.pdf>

40. Silva G. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Sistemas Complejos Adaptativos: hacia al análisis de la cooperación entre Guardavidas Costeros. Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2008. Consultado Octubre 12 de 2017.

<http://cdsa.aacademica.org/000-080/370.pdf>

41. Vega Romero Roman. Acosta Ramírez Naydú. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del sur. Mapeo de las APS en Colombia. Documento Autoral de APS en los países de Suramérica. (Rio de Janeiro. Junio de 2014). Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. ISAGS. UNASUR. Recuperado el 16 de Nov. de 2015, de www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb%5B160%5Dling%5B2%5Danx%5B521%5D.pdf

f

41. Santamaría Benhumea A., Herrera Villalobos J. Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Unidad de Investigación, Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, Toluca, Estado de México, México. Revista de medicina e investigación. Volumen 3. Núm. 2. July-December 2015. <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-estructura-sistemas-analisis-costos-atencion-S2214310615000394>. Consultada 24 de Septiembre 2016.

42. Rodríguez García Jesús. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. El caso de Colombia. pg 2. Banco Interamericano de Desarrollo. BID. Sector social División de protección Social y Salud. Dic 2012. Consultada 15 de Abril de 2016. https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5739/HECSAP_Colombia%20FINAL.pdf?sequence=1

43. Rodríguez G. serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud el caso de México. Banco Interamericano de Desarrollo. BID. Sector social División de protección Social y Salud. Dic 2012. Consultada 15 de Abril de 2016. https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5743/HECSAP_Mexico_FINAL.pdf?sequence=1

	<p>Tempos para consulta</p>	<p>Hay centros de salud donde hay agendas llenas, con tiempos de consulta todos de 15 minutos y oportunidad a veces a 2 o días, todavía falta personal que labore en APS.</p>				<p>Los tiempos de consulta son muy cortos, solo se tiene tiempo para examinar superficialmente al paciente, en la mayoría de los centros de salud del estado no están nada sistemático, uno se gasta mucho tiempo haciendo papeles, si va a recibir el paciente otro papel, papeles de forma de medicamentos en el caso de farmacias especiales, ahora con el tema del MPRES, tiene que tener tiempo para digitar en sistema luego imprimir, todo eso en 15 minutos, con que tiempo se cumple adecuadamente una consulta...</p>
	<p>Demanda asistencial</p>	<p>es un centro de muy alta demanda, porque la zona que le corresponde es una zona muy densa, si es bien dentro corresponde lo que es combatozo, sabidozo, entonces, tiene un alto porcentaje de, de migración, también por todo lo que es la fuerza de abuelos, entonces todo el mundo, que llega de puertos, que llega casi que por esta zona, y se ubican rápidamente por esta parte de salud, "juani" si tenemos gente se que inclusive que ha llegado, los hermanos gente de Venezuela, de Ecuador, que llegan ya sin tener, y se ubican es, es por la zona.</p>	<p>este centro de atención, están adscritos ya usuarios, si hay usuarios que por bases de datos, están adscritos, siendo de cierta, única, o cuando del fondo financiero, ya por la base de datos el paciente está en la lista, que le corresponde a este sitio para la atención, la cita forma es el paciente que llega espontáneamente, que dice yo acabo de llegar, quiero ser de este centro, viene y se inscribe directamente por decencia de la atención "juani" geográficamente, es, esa es la forma como un, los usuarios llegan, están geográficamente para "la acuerdo a su EPS",</p>	<p>No, se ha logrado reducir el profesional porque hay todavía algunos centros de salud donde no llega la alta demanda, no sé porque están por ejemplo en población que pertenece al régimen contributivo, muchos dentro de la red de su accidente materno hospital, dentro de las localidades barrios por dar un ejemplo, aquí muy cercanos como manday, como cañal, que que son estratos tres, estrato cuatro y entonces no, no acceden a los servicios de salud y se pierde el profesional en el centro de salud que hay que ese barrio por ejemplo está adscrito entonces en todo Kennedy, y en punta Arenas, "juani", y hay algunos que están para correr casualmente por que están en una zona rural "la ubicación no es estratégica entonces", la ubicación no, seguramente no, en otra época del sitio fue la ideal, pero ya es el momento como cambia la ciudad, y se han quedado atrás desde Bogotá donde no se ha desarrollado una zona, no han avanzado en los últimos 20 años en las instituciones de salud como por ejemplo, en Colombia está en esta población objeto, que está la zona población de la finca del río de Bogotá, "juani", población calificada como pobre, entonces eso, entonces uno, y en determinado momento ellos se fueron que acudir el centro de salud y se encuentra con que la oportunidad está a 1, 5 o 2 días, cuando la oportunidad que tendríamos manejar es máximo a 2 días</p>		
	<p>Cumplimiento de metas</p>					<p>Una forma de medir el cumplimiento de metas para el personal de planta es la evaluación del desempeño, con dos avances al año una parca y otra final, hay miras de los compromisos fueron cumplidos, de acuerdo al flujo de trabajo, los entregables metas, cosas solo relacionadas con número de consultas realizadas sobre número de consultas dadas por agenda de atención a una consulta está bien, pero en calidad nada, ahí la cosa es que no están quejas de pacientes, con eso se da por cumplidas las metas...</p>
<p>Factores dependientes del profesional de Salud</p>	<p>Formación profesional</p>			<p>Bueno, generalmente las unidades crean temas sus propios indicadores éticos de gestión, sin embargo a nivel macro o nivel nacional, los pacientes, o para los que están en tiempo promedio real en esas de citas, se venían unos indicadores que son auditados cada 6 meses por el comité de indicadores como calidad de citas, tiene indicadores como los niveles de acceso o niveles de flujo, o algunos ahí, niveles homogéneos que es lo que generalmente mes a mes se lleva en la unidad real y es lo que el Ministerio a través de la cuenta de alto costo la hace auditar con la regularidad que ya mencioné.</p>	<p>Empezando que existe un vacío muy grande, la mayoría de facultades de Medicina no tienen rotaciones de los médicos generales por el servicio de nefrología específicamente, ven algunos temas relacionados con nefrología, y realmente en el género no solamente los médicos generales sino muchos especialistas también están un vacío en los temas incluso básicos de nefrología, entonces por ende el núcleo principal del tratamiento y el manejo del paciente que del médico general y del médico familiar, y como le digo existen vacíos muy grandes incluso los mismos internistas tienen vacíos bastante grandes en el tema de nefrología realmente es necesario que el gobierno se apropiere de ese tema y haga un requerimiento en los currículos de las universidades para lograr una cátedra estructurada de nefrología para garantizar la formación de los futuros médicos, por lo menos en las actividades de promoción y prevención en nefrología. Hay planteo que se concatan estas muy complejas Pero al menos lo básico incluso los centros para remitir oportunamente los pacientes o aprender a manejar ciertas circunstancias básicas mientras el paciente tiene acceso a la consulta especializada nefrología.</p>	<p>Se supone que en todas las instituciones públicas que son las que yo conozco, existen dos formas para uno capacitarse a través del área de talento humano, que dicta capacitaciones del nivel administrativo tanto para personal de vinculación en planta como para personal de contrato prestación de servicios, y otra área que es la de docencia e investigación que a través de convenios con universidades facilita la asistencia a cursos, en el embargo en los dos casos uno nunca sabe, es para los que logran tener el tiempo y la información, además depende si el jefe del área permite o si el tema que uno quiere hacer se relaciona con el presupuesto, pero en general lo importante es lo que he trabajado los pacientes o aprender a manejar ciertas circunstancias básicas mientras el paciente tiene acceso a la consulta especializada nefrología.</p>
	<p>Remisiones a otros servicios</p>	<p>Pues yo creo haber ese dato exacto si se puede, pero es alto, le digo que es alto, porque la meta de atención al usuario, viene contemplando, está por que le salen remisiones de todos los tres, cuatro médicos que están atendiendo las salidas remisiones, si entonces las metas, que las, hace el porcentaje es alto, digamos de la consulta, de la consulta los médicos que pueden tener, así 24 pacientes, yo creo que por ejemplo el 50% requieren una remisión, o requieren atención de tercer nivel...</p>				<p>Nosotros ahora, que tenemos reestructurada la estructura de atención en el distrito en 4 subdistritos, si desde primer nivel necesitamos, una atención por especialista urgente, enviamos al paciente ambulante, al nivel superior que corresponde a esta salud, que para nosotros puede ser Rosa, Fortbom o Kennedy, si son prioritarios enviamos a los CAPS, pero si son contratos por especialista ambulante hasta que el con la orden de perfil autorización y perfil que en ocasiones puede hacer hasta 7 meses, a pesar que los entes de control dicen no más de 10 días...</p>
	<p>Existencia y adherencia a protocolos</p>	<p>Nuestros tenemos nuestros protocolos de manejo de las patologías más frecuentes, a los cuáles los médicos deben adherirse, sin embargo uno encuentra que hay poca adherencia a protocolos...</p>				<p>Cada centro de salud tiene sus protocolos, que por habilitación tienen que estar actualizados, sin embargo eso queda en el papel, cada médico hace su consulta de acuerdo a su conocimiento y experiencia, yo no conozco nuevos protocolos, nada se adhieren a protocolos...</p>
<p>Compromiso, motivación y vinculación</p>		<p>...yo a veces pienso que el problema no es la organización, problema es más personal no de la organización, porque nosotros, cada uno mira "la organización mirando el sistema de salud", excelente, "o para mí es excelente y la organización, está bien organizada, el problema es cuando está haciendo eso y con qué conocimiento, es por ejemplo, miramos los grupos de APS, si, los grupos de APS si hubiese hecho lo que he hecho que haber hecho, si yo voy y me preocupé por esas 50 gestantes, yo tengo 40 gestantes, y yo voy y me preocupé por esas 50 gestantes, están en control prenatal, que están controladas no importa si es allí, yo como APS, digo tengo 50 mirando el seguimiento, me dice que jalara, que jalara de la está en control prenatal es capital, allí tiene su control ha llevado tres controles, decir está bien, no ha dicho nada, le mire el carnet, respondí por mis 50 gestantes en mi territorio, y estoy respondiendo, pero que sea verídico, cosa, que sea verídico que sea un seguimiento con todas las de la ley, yo no, voy hacer controles, eso si está claro, yo no, yo no que hago los controles en casa, como sea que sea que sea, que yo como enfermera, como médico, vanian que llegar hacer "en la casa" controles prenatal en casa, como no en casa, ambulancia, carro, y demás cosas, yo, y un forense, yo no podía hacer nada, no es así, yo puedo hacer mucho revisando un carnet, dando unos indicadores, diciendo como va, como está, que puede tener, si, porque estoy mirando cómo va eso, cómo va el control, como va todo eso, desde ese punto de vista yo sí creo que sí sí.</p>	<p>la formación es más para trabajar en hospitales de nivel 3 y 4, se dice al médico se prepara y suelta con ser cirujano, internista, neurólogo, se me así no le gasta mucho patólogo, pero una formación que hace son esas entes, y si se debería mejorar bastante, yo creo que Colombia es aun de los pocos países de Latinoamérica, no se cuál es más para que de los de los países, porque en los donos yo he tenido oportunidad y, para ser un médico en un centro de salud como lo que he así, sea necesario que sea médico especializado en medicina familiar es el requisito mínimo, y en Colombia no existe ese requisito, por eso es de los pocos países donde todavía hay médicos generales.</p>			

Factores dependientes del paciente.	Expectativas de los pacientes	No, todas las, todas las que vienen acá no, porque es que trabajan, porque a mí me remieron entonces voy a Kennedy al control, al curso, cierto, o a todos no pasan por mí, entonces toca a la, a la esperanza que cuando ella paso con el médico, nunca paso contigo, esa que empecé con el médico, el médico le haya dado la información del curso, "juntá" haber, porque no todas vienen, si todas vinieran, pero no, no todas vienen cierto, entonces hee ese el único grupo que hay, pero, pero si haría falta también aunque sea, unas charlas mínimas que hiciera la auxiliar, la de atención del usuario de las cosas básicas, ahorita con ese tipo de gripa, decir, "sí", mira lo básico, cierto, o reparar aunque sea toilets, que la gente se vaya con algo	los usuarios se sentían que eran escuchados... era como el espejo que ellos sentían que eran escuchados, les ponían atención a lo que ellos venían, a solicitar, ísaa, se les habría un espacio a ellos, y ellos lo manifestaba, que era bueno, mucha gente lo dicho no volvieron a hacer las charlas, no volvieron hacer las charlas.	la cultura de nuestra población, que hasta que no está bastante enferma no, no va al médico, otra que hay es el que, la negación del servicio, entonces la vecina le dice, ese centro de salud no vaya porque es malo, yo lleve al niño y allá no me lo quisieron atender, entonces hay que hacer lo más avequile a la población y cambiar esa imagen de "barrío no amigo del usuario" (lamerroso, si no amigo de la población, cuando que tenemos que cambiar esa imagen y al revés decir no, allá si, allí tú, allá me llamaron incluso a la casa, allá la enfermera gije es diferente, porque es linda como persona, es bella, es una persona increíble, siempre me saludó por mi nombre y conoce el nombre de mis hijos, siempre llama a ver si le pusieron la vacuna o no, hee eso tiene que darse, y el seguimiento que haga el estado como en los países ricos donde APS funcionan así, es decir hee la preocupación de un niño asmático, que está en la casa, no es solo de la mamá, el papa si no es una obligación del estado,		
	Capacitación de los pacientes	si desde ahí se van con un niño que tiene una gripa, y aprenden como manejar esa gripa desde su casa, para que no llegue a una neumonía, o a que a esa enfermedad se expanda por toda la familia, por todo el barrio, como aislar el virus, como lograra atender ese niño desde la casa y no congestionar los servicios de urgencias.	...el jueves en la mañana era hipertensos, entonces ese jueves el médico, un médico exclusivo se destinaba para que atendiera los pacientes, la auxiliar de enfermería por ejemplo, le tomaba el peso, y la presión arterial, le aislaba el carnet, tenía todo listo, solicitaba las historias clínicas, y después pasábamos el paciente a una charla, en esa charla participaba la nutricionista, la enfermera, la auxiliar, en las charlas entonces se les hablaba, se les explicaba un poquito, pues como era el proceso de la hipertensión, como era el proceso de la diabetes, porque debían tomarse el medicamento, como era la forma adecuada de tomarse el medicamento, se dejaban preguntas abiertas, "sí" entonces los usuarios preguntaban sus dudas, así fueran individuales, porque la mañana daba para eso, y el médico iba llamando mientras tanto al usuario, entonces el usuario se, entraba a la consulta, se le entregaba la fórmula al paciente y se le explicaba la fórmula, se le explicaban todos los trámites administrativos, donde debe reclamar el medicamento....			
	Interés por asistir a APS		yo creo que era uno de los programas que no se tenía que estar llamando al usuario, mire por ejemplo el de tuberculosis, que tienen que llamar al usuario, venga que no se ha tomado la medicación, el paciente de tuberculosis, debería muy fácilmente, el paciente del VIH, deberían fácilmente, en cambio el paciente diabético y el hipertenso, todo lo contrario, es que, vengo a preguntar cuando es el día de la actividad, vengo a preguntar, tal cosa, cuando me pueden ver, es que no sé cuándo me toca, antes son más insistentes, entonces yo pienso que la acogida por parte del usuario y la necesidad del usuario, del paciente, entonces se vea que tenía algunos como impacto,	algo que no se ha logrado disminuir, que es el embarazo en adolescentes, es triste que en nuestra población pobre siga todavía sufriendo el embarazo en adolescentes, cuando existen los programas y que son bandera de nosotros de planificación familiar, pues son gratuitos y a veces por falta de información al adolescente no se entera y no planifica, hee yo pienso que es muy importante llevar no, no solo el centro de salud que está acá en la finca del río Bogotá, hee en el barrio que la gente sabe que está ahí, pero a veces por falta de información, cree que es pagado o que como es del chico "sí" o de la costa atlántica, no tiene derecho a la prestación del servicio		

Factores operativos de profesional de Salud	<p>Tiempos para consulta</p> <p>Los tiempos de espera de las interconsultas que deben ir en los niveles secundarios (atenciones de atención son protológicas, y muchas veces simplemente por la falta de tener los recursos para poder llegar a los diagnósticos específicos, que también va asociado un poco al poco tiempo que se le da a la atención de pacientes o lo mejor dicho con un sistema muy asistencialista, que todavía ha costado mucho como sacar al paciente de la atención, entendiendo paciente y el concepto un poco más global de un salud biopsicosocial que aún si bien en los países a veces suena muy bonito de la práctica, no muchas veces se puede llevar a cabo con los tiempos que tienen que tener el paciente, entonces es una lucha constante que efectivamente se está haciendo porque obviamente en 10 minutos, si el paciente viene por una consulta específica, no vas a lograr hacer el examen físico, pedir los exámenes, hacer las recetas y además lograr como en todo el ámbito, biopsicosocial que puede estar afectando esa patología en sí, entonces en algo por que los médicos y familias luchando en la atención primaria, en los tiempos porque efectivamente si lo mejor por un paciente me dan medio hora, ese paciente no va tener que volver en un año, venir 5, 6 veces para poder solucionar todos sus problemas.</p>	<p>los atención son de 15 minutos para cada paciente, entonces pienso que una dificultad es el tiempo de atención a esos pacientes, es corto pues, por la distancia de las consultas, entonces, una de las maneras que pudieran ayudar para, digamos, suplementar esa atención de educación, se hacen intervenciones grupales, pues hacérselas en este caso, yo estoy trabajando en eso.</p>	<p>Puede mirar que igual el trabajo del médico eso que yo pienso que siempre es lo mismo con la actitud yo pienso que lo podemos hacer bien (lo que pasa es que muchas veces el sistema no nos permite) más allá. Entonces tenemos tiempo de consulta muy cortos los que nos enfocamos a diagnosticar el paciente pero lo... no tenemos como mucho tiempo para educar entonces muchos de los cuidados que también pueden ser pueden ser parte de otros esa prevención de la hospitalización nos puede como como podría ayudar? Eh, yo siento realmente que el trabajo del médico es muy complicado como para cambiar alguna estrategia, sentido que sea que nos dejen un poco más de tiempo para poder hacer como una buena prevención o que saquemos más médicos trabajando para estas personas.</p>	<p>En unos 10 minutos en total. Si es prioritario lo que llamamos multitud son nada 15 minutos y si son normales son de 30 minutos. A lo cual nos miden indicadores, de número de pacientes atendidos. Nosotros así tenemos dividida la jornada de trabajo así. Todos los días todos los médicos atienden multitud de 11 de la mañana que son como las urgencias y de 11 y 5pm son los consultorios programados.</p>	<p>por paciente aquí en Santiago el control médico de paciente crónico se ha hecho cada año y cada 6 meses con enfermedad. Si en ese período 6 meses el paciente si siente mal puede ir al médico y nosotros lo evaluamos si consideramos que hemoglobina glicosilada la pediatría y si no, no, a nuestra demanda y si la vemos muy descontrolado lo referimos cada tres meses... está descontrolado en un mismo día o tres al mes... Si los pacientes van y se inscriben al ceafam y así sabemos el número de población, de ahí se va a dividir en 3 zonas 6 sectores. Qué son unidades, Caliente y Río Risco, son los 4 sectores. Entonces digamos mi sector de mi ámbito, en mi sector contamos con psicólogo, con nutricionista, el staff de médicos, tanto internos en enfermería y enfermeras. Y a cada sector nos asignan un grupo de población, y nosotros atendemos esa población.</p>
Demanda asistencial	<p>Obviamente yo trabajo en un servicio público, el público en Chile atiende al 80% de la población chilena, por lo menos así se veía que asistía en el servicio público y dependiendo de la zona, la cantidad de personas que tiene asignada como la atención primaria que va desde los 20 mil inscritos en un centro hasta los 20 mil inscritos más o menos, el promedio de personas por el aproximado debe ser de 40 personas por vez, en promedio 44 horas aproximadamente dependiendo un poco de las funciones que ha designado cada centro.</p>		<p>Que cumplimiento con los exámenes preventivos del adulto que son los EMMA, los controles cardiovasculares, los diabéticos, que tengan digamos la hemoglobina glicosilada por debajo de 7, que la LC, cumple metas, que no tengamos tantas pacientes con falta renal, que tengamos la tensión arterial dentro de metas, que todo lo de prevención preventivo está dentro de las metas eso son los resultados, las metas se miden cada tres. Aproximadamente un 2% de los pacientes que yo manejo se hospitalizan, que en metas de presión es muy bueno, es muy bueno para nosotros. Digamos nos dicen 15 pacientes de EMMA el mes tenemos que cumplir con esos 15 pacientes, que nos ponen, los cardiovasculares que los tenemos en tanto tiempo, tenemos que cumplir esos formatos, pacientes comprometidos, que nos ponen metas domiciliarias, que los tenemos realizado, que hacemos estudio de familia todo eso lo tenemos que cumplir mensualmente, todo eso representa una mayor cantidad de dinero que le va a dar la municipalidad al ceafam. Y eso, evalúa cada médico, por resultados.</p>	<p>En los ceafam hay especialistas, no como tal para la atención permanente, pero se manejan unos consultorios, es un especialista o un residente, una vez a la semana o más allá dos o tres pacientes, los más complejos los mira y los dice que tenemos que hacer, si el médico es el especialista y si no lo dejan de consultarlo para que lo sigamos valorando. Si nos capacitan permanentemente, nos están informando sobre capacitaciones para diabéticos, sobre cómo manejar, inducción a cirugía y cursos gratuitos en la parte de Chile. Si uno quiere puede cuando los horarios si a los cursos.</p>	<p>En los Ceafam que son grandes existen médicos especialistas, hay pediatras y médico familiar. Cuando el médico general tiene patologías que no puede resolver entonces se lo deriva al pediatra o al médico familiar, pero la mayoría de médicos están capacitados para resolver una gran cantidad de problemas, porque precisamente para eso nos capacitamos, nos dan cursos de Medicina familiar, diabéticos. Adicionalmente hay una carrera, que es más, como matra, que dura 4 años. Ellos tienen enfermedades genéticas junto con el médico familiar y el médico general, si ya se sale de las manos lo envían a genética, hay matrones que hacen ecografía, las capacitamos para hacer ecografía genética u obstétrica y todo eso para la atención primaria.</p>
Cumplimiento de metas					
Formación profesional					
Remisiones a otros servicios					<p>Si nosotros detectamos algún paciente respiratorio sea asmático, sea EPOC, nosotros hacemos la derivación correspondiente al profesional que corresponda de forma rápida y oportuna.</p>
Existencia adherencia a protocolos			<p>Estamos en cuanto a la atención primaria, porque realmente puede trabajar en atención primaria en Colombia encuentro que aquí en Chile hay algunos protocolos que están un poco mejor diseñados que en Colombia, en cuanto a la patología mental, en el resto de las enfermedades considero que es muy parecido la promoción y la prevención se hace igual. Nosotros manejamos los protocolos del Ministerio de salud, en caso de un auditoría por un efecto adverso ellos miran que uno se haya caído al protocolo nacional, o las guías del ministerio.</p>	<p>Si hay protocolos de manejo las patologías que manejamos poco mucho depende de la experiencia de cada médico. Si por ejemplo pacientes diabéticos que tenemos que tener claro el protocolo de manejo en los cuales ya toca pasar de medicamentos orales a insulina insulina insulina en el mejor caso posible, ya si no se comporta al nivel de hemoglobina glicosilada, nosotros lo enviamos a un nivel a que se usa medicina insulina, para eso nos orientan a nosotros para hacer todo lo curso tanto en medicina familiar y mucho de Medicina interna, principalmente el sistema de salud busca eso que el médico de la atención primaria se quede en la atención Primaria con toda la capacitación a los médicos familiares, los pagamos más para que trabajen en el sector público, a los médicos familiares que hagan la boca especializada les pagamos más, para que se puedan en el sector público, que por ejemplo al que haga otro tipo de especialidad como ginecología pediastra le pagamos más al médico familiar no me toca hacer turnos solo consulta externa.</p>	<p>Existen protocolos de manejo las patologías que manejamos poco mucho depende de la experiencia de cada médico. Si por ejemplo pacientes diabéticos que tenemos que tener claro el protocolo de manejo en los cuales ya toca pasar de medicamentos orales a insulina insulina insulina en el mejor caso posible, ya si no se comporta al nivel de hemoglobina glicosilada, nosotros lo enviamos a un nivel a que se usa medicina insulina, para eso nos orientan a nosotros para hacer todo lo curso tanto en medicina familiar y mucho de Medicina interna, principalmente el sistema de salud busca eso que el médico de la atención primaria se quede en la atención Primaria con toda la capacitación a los médicos familiares, los pagamos más para que trabajen en el sector público, a los médicos familiares que hagan la boca especializada les pagamos más, para que se puedan en el sector público, que por ejemplo al que haga otro tipo de especialidad como ginecología pediastra le pagamos más al médico familiar no me toca hacer turnos solo consulta externa.</p>
Compromiso, motivación y vocación			<p>Inicialmente uno comienza con un contrato por honorarios, que dura aproximadamente 3 meses, luego uno pasa un contrato a término fijo, que dura 3 meses y luego ya Chile tiene una que después de que has tenido 3 meses por honorarios y 3 meses por término fijo pasas a un contrato a término indefinido.</p>	<p>Si el programa es financiado por el estado, el tiempo que dura la formación por ejemplo si son 3 años, tiempo durante el cual se financiamos la boca, la pagamos un salario durante ese tiempo, para que se mantengan, después tienen que devolver el tiempo al sistema público, al doble de lo que dura la boca, si por ejemplo son 3 años tienen que dar 6 años trabajando en el sistema público, pero no es todo el tiempo, hay médicos que están pagando boca y trabajando 6 horas en día, y un turno fin de semana, el resto de los días se queda para trabajar en el sector privado de completar su salario, eso 6 años de trabajo ya son salarios de acuerdo a la especialidad que se haya elegido la boca.</p>	<p>Existen protocolos de manejo las patologías que manejamos poco mucho depende de la experiencia de cada médico. Si por ejemplo pacientes diabéticos que tenemos que tener claro el protocolo de manejo en los cuales ya toca pasar de medicamentos orales a insulina insulina insulina en el mejor caso posible, ya si no se comporta al nivel de hemoglobina glicosilada, nosotros lo enviamos a un nivel a que se usa medicina insulina, para eso nos orientan a nosotros para hacer todo lo curso tanto en medicina familiar y mucho de Medicina interna, principalmente el sistema de salud busca eso que el médico de la atención primaria se quede en la atención Primaria con toda la capacitación a los médicos familiares, los pagamos más para que trabajen en el sector público, a los médicos familiares que hagan la boca especializada les pagamos más, para que se puedan en el sector público, que por ejemplo al que haga otro tipo de especialidad como ginecología pediastra le pagamos más al médico familiar no me toca hacer turnos solo consulta externa.</p>

	Expectativas de los pacientes		<p>Refuerzo la educación estamos geográficamente en un sector en una comuna es de bajos recursos económicos y de bajo nivel, acá entonces está establecido ya que a menor nivel académico, menor adherencia, los tratamientos por desconocimiento, entonces digamos que refuerzo una vez más lo que es la educación de los pacientes será una garantía, afinando los medicamentos por lo menos los básicos los tenemos de manera gratuita, entonces esto es una garantía de control, pero muchas veces así teniendo la garantía de los medicamentos pues no es los tomamos, entonces todo eso está relacionado a la educación y al autocuidado, a fomentar el empoderamiento en sus enfermedades crónicas, la importancia que el mismo paciente está pendiente de que está en meta, es lo que hay que educar, los pacientes esperan educación de nosotros.....</p>			
Factores dependientes del paciente.	Capacidad de los pacientes	<p>respiratorias y todos los cuadros infecciosos, chila tiene la gracia de que su sistema sanitario funciona bastante bien hasta los lugares más rurales, hay organización de los sistemas sanitarios, acceso a agua potable, entonces ya en los años 40 acá la prevención de enfermedades infecciosas gastrointestinales ya es como cosa de otro y parábolo no se ve, osea afronta ver parábolo o enfermedades infecciosas gastrointestinales simplemente son cosas aisladas, intervenciones, brotes en algunos casos, pero eso es algo que de lo efectivamente se ha prevenido a sido más que nada por evolucionar a los determinantes sociales que influyen en la salud, eso es una de las cosas de prevenir hospitalizaciones, infecciones hospitalarias por diarrea, hasta muy pocas y un poco también de educación de que los pacientes aprendieron del lavado de manos y de cosas a lo mejor básicas de promoción de salud que hicieron en los años 40, en lo respiratorio yo creo que esa es como la lucha que se está dando por lo menos en Chile actualmente, educar a la población con campañas de las vacunaciones, el lavado de manos, de prevenir por ejemplo bronquitis, de que se tiene que tapar la boca, más que nada desde ese punto de vista y otras enfermedades prevenibles, cosas todas las cardiovasculares que estamos en debate, yo creo en todo el mundo, entonces, así y otro que es un desafío que no solo para Chile es como para todo el mundo también empezar a enfocarse más ahí en enfermedades prevenibles no transmisibles.</p>	<p>Una atención del primer nivel, de atención primaria de salud, es completa siempre y cuando incluye educación, digamos una intervención educativa de esas enfermedades crónicas, en el fondo eso es lo que me garantiza la adherencia al tratamiento, un paciente bien educado en su diabetes, que esos cuéles son las consecuencias, cual es la importancia de tener los niveles en meta, un paciente que entiende que necesita tomar un antihiperlipemico, esa educación es fundamental para, lo digamos la adherencia al tratamiento... la atención son de 15 minutos para cada paciente, entonces pienso que una dificultad es el tiempo de educar a esos pacientes es corto pues por la dinámica de las consultas, entonces, una de las maneras que podemos ayudar para digamos simplemente esa asistencia de educación es hacer intervenciones grupales, pues hacemos en este caso, yo estoy trabajando en eso.</p>	<p>Es que la mayoría de pacientes que están descompensados, es por el nivel de profilaxis que hay acá porque las personas se tienen cualquier pacilla para mejorar a pesar de la educación que le hacemos respecto a su enfermedad, pero eso no aplica...</p>		<p>Aquí hay niveles de actividad física que lo hace interesante y que vigila todas estas actividades digamos nosotros como Monitos Tratamos de educar en la mejor parte del paciente para que se pueda adherir a su tratamiento y que tengan sus controles siempre el día</p>
	Ingresos por salud a APS			<p>si el paciente no consulta nosotros lo buscamos, osea hacemos rescate de pacientes, sabemos como está la ciudad, cuando sabemos que en un caso complejo que el paciente no se adhiere o con problema familiar hay que fortalecer seguimiento y lo buscamos, vamos hasta la casa del paciente, valoramos todo del paciente al modo de viendo el tipo de vivienda, verificamos todo en la casa, miramos si hay distribución familiar, si hay apoyo por parte de la familia, si es un adulto mayor abandonado, si en esas condiciones, que si requiere para la adherencia, nosotros miramos todo eso y si es necesario informamos... hay algunas instituciones que se dedican al cuidado del adulto mayor y se lo llevan para hogares geriátricos, o se maneja por la municipalidad unas cuidadoras que van a la casa del adulto mayor durante la semana. Estos casos nosotros reportamos a la trabajadora social está a su vez va a chequear y a verificar lo que encontramos y de acuerdo a lo que encuentra deriva al paciente según la necesidad.</p>		