



**Unidad Técnica para el Entrenamiento, Mejoramiento
y la Actualización en Medicina Familiar, Atención
Primaria y Salud Global**

CONFERENCIA 6
**CICLO DE CONFERENCIAS “IDENTIDAD DE
LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA MEDICINA
FAMILIAR” Año 2026**
MATERIAL DE LECTURA

“ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA. RELACIÓN CON LA
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.”

TEXTOS EXTRAIDOS DEL LIBRO “**ELEMENTOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA FAMILIAR**”
Tomo I – Capítulos 1 y 3 (pags. 16-21, 157-161 y 52-
55)

AUTOR: Miguel Suárez Bustamante



Miguel A. Suárez-Bustamante



Elementos de
**Atención Primaria y
Medicina Familiar**

TOMO 1

**Contenidos diferenciales y conexión
con la salud pública**



importante es la fe que uno tiene en la gente, en que ellos son básicamente buenos e inteligentes, y que, si les das las herramientas adecuadas, ellos harán cosas maravillosas con ellas.”

Steve Jobs

A. Atributos de la Atención Primaria

“(Los textos de la Dra. Starfield) presentaron evidencia en un área en la cual no había evidencia contundente en la época: En la contribución de la AP a la salud de la población, y al funcionamiento de los sistemas de salud”

Chris Van Wheel (Past presidente de WONCA)

Como se mencionó en la sección anterior, la AP debe ser definida, no sólo por lo que hace, sino también por el modo como lo realiza. En esa línea, contar con un set de características esperadas para los subsistemas que ofrecen cuidados primarios, nos habilita para medir si se encuentran en la senda correcta del nivel de avance esperado para la AP.

Así, aunque han existido diversos marcadores para medir el desarrollo de la AP en un país o región, la mayoría de ellos fueron indicadores relacionados con actividades preventivas, tales como la cobertura de inmunizaciones infantiles, el porcentaje de control prenatal completo, y otros semejantes. Quienes formularon tales parámetros, usualmente representantes de la Salud pública, desconocían lo que tienen muy claro quienes trabajan en el sector de la atención al cliente y la hospitalidad — turismo, estética, coaching, etc.—: Lo más importante de una organización es su identidad. Y en el caso que nos ocupa, la identidad de la AP, reside en los servicios clave relacionados con las consultas médicas y otras prestaciones clínicas; trascendiendo largamente las mencionadas actividades preventivas.

A ese respecto, un set de indicadores que fue mucho más exitoso para captar la real identidad de la AP, fue aquel propuesto por la Dra. Barbara Starfield, y su equipo. El mismo pudo delimitar lo que, diríamos en términos coloquiales: “toda AP que se precie de serlo, debería mostrar”.

Nos referimos a los denominados Atributos de la AP, los cuales traducen —en una especie de imagen objetivo fundamental— el rol que, dentro del Sistema de salud, le es asignado a la AP. Tales Atributos, aunque surgidos para medir hasta qué punto los

países tenían una adecuada Fuerza de la AP —Ver Subsección II.2.2.B—, representaron un aporte fundamental de la Dra. Barbara Starfield y su equipo, a la definición de una identidad para la AP.

Tales estudiosos definieron, entonces, la presencia de cuatro Atributos esenciales y tres derivados —o complementarios—, los cuales se resumen en el Cuadro 3 y se describen a continuación.

Cuadro 3. Atributos de la Atención Primaria

Atributos Esenciales
Acceso de primer contacto al sistema de salud
Longitudinalidad/Continuidad
Extensión o integralidad de la atención
Coordinación de la atención dentro del sistema
Atributos Derivados
Atención a la salud centrada en la familia
Orientación comunitaria
Aptitud cultural

- **Integralidad:** Este atributo, también denominado Extensión de la atención, impulsa una oferta de servicios encadenados, articulados y sinérgicos, tanto para dolencias o enfermedades orgánicas como para problemas psico-físico-sociales, y tanto para riesgos o prácticas no saludables, como para necesidades de salud no expresadas o manifestadas. De ese modo, se deben incluir acciones centradas en la resolución de los problemas de salud que constituyen quejas, pero también para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico precoz, atención rehabilitadora y paliativa, apoyo para el autocuidado y la reinserción social, con abordajes individual, familiar y comunitario.

Ello implica que el sistema debe emplear un abordaje activo, que no se limite a jugar un mero papel receptor de las demandas de atención individuales circunstancialmente presentes en un contacto determinado. Por el contrario, también deben identificar proactivamente la gama completa de necesidades de salud de los pacientes y disponer los recursos para manejarlas. Tal Integralidad debe darse a través de un abordaje pormenorizado y con enfoque biopsicosocial, ofreciendo una cartera de servicios suficiente para responder a las necesidades de salud de la población.

- **Acceso de primer contacto:** La AP debe ser el nivel de atención con el que las personas establezcan el primer contacto para

temas referentes a su salud, exceptuando las situaciones de emergencia. Este atributo implica desarrollar mecanismos para atender en el nivel de mayor complejidad, sólo a aquellos pacientes cuyos problemas de salud no pueden ser resueltos en la AP.

Ello expresa la idea de que sólo debe llegarse a los especialistas lineales, mediante referencias realizadas por los equipos de AP —encabezados por el prestador generalista o el especialista en MF/F—, existiendo una función de puerta de entrada al sistema o *gatekeeper* (en inglés). Ello requiere una adecuada accesibilidad y utilización de los servicios por los pacientes, para cada problema nuevo o para cada nuevo episodio de un mismo problema, con ausencia de barreras a la atención de la salud ya sean de tipo geográfico, económico y socio cultural de organización o género —Ver Subsección I.2.2.C—. Para este fin, se debe racionalizar la ubicación, el funcionamiento y el financiamiento de todos los servicios en cada uno de sus niveles de atención.

Está implícito que para lograr este atributo, es necesario organizar el sistema para tal fin —P.ej. mediante las Redes integradas de servicios a verse en la Subsección I.4.3.A—, así como sostener un nivel de calidad mínimo para los servicios, algo muy relacionado a la resolutiveidad y costo-efectividad del *gatekeeper*. Debe garantizarse que las prestaciones de AP son gratuitas, u ofrecidas a un costo accesible, de modo que se desincentive al público de utilizar libremente los servicios más especializados y costosos.

- *Continuidad (Longitudinalidad)*: Conexión persistente, a lo largo del tiempo, de los pacientes y sus familias, con el mismo equipo de AP, que los atiende en sucesivas visitas, asegurando una interacción prestador-paciente-familia prolongada. Entonces, el tipo de relación entre los prestadores de la AP y las familias, idealmente debe establecerse en el marco de un vínculo de corresponsabilidad entre ambos a lo largo de la vida de las personas, en los diferentes ámbitos asistenciales y en cualquier circunstancia.

En el marco de este atributo, se establece una conexión entre la población y su fuente de atención, lo que se reflejará en relaciones interpersonales consistentes, que expresan la identificación mutua entre los pacientes y su prestador. La continuidad puede estar relacionada al mismo consultante, servicio médico, o grupo de profesionales, y predispone a la existencia de una fuente continuada de atención, así como su utilización a lo largo del tiempo. Con esto favorece el abordaje

- de cada dolencia hasta controlarla, de cada riesgo hasta retirarlo o compensarlo, y de cada problema crónico hasta controlar su efecto nocivo a través de un seguimiento regular.
- **Coordinación:** Implica mecanismos para articular a los diferentes proveedores de salud a cargo de una zona geográfica, asegurando que los pacientes sean cuidados óptimamente, sin importar el nivel de atención. Ello implica la articulación entre la AP o los servicios especializados de forma tal que, cuando el paciente requiera una atención secundaria o terciaria, u otros servicios sociales, pueda contar con ellos, mediante referencias y contrarreferencias bien establecidas. Para ello, el mejor arreglo es consolidar una Red integrada de servicios —Ver Subsección I.4.3.A— que interconecte tanto a los proveedores, como a los registros médicos y sistemas de información, ofreciendo apropiados incentivos, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los prestadores y administradores para hacerlas realidad. Una red de esta naturaleza posibilitará que tanto los pacientes como la información sobre ellos y los cuidados recibidos, fluyan en un sentido u otro, mediante el contacto entre los profesionales de salud, o con las historias clínicas. Igualmente permitirá abordar los diferentes problemas identificados en la persona o familia, y favorecerá el cuidado global del paciente.

Estos cuatro primeros atributos esenciales especifican, por así decirlo, el vehículo a través del cual son ofrecidas las prestaciones de salud en la AP. Ellos se complementan con otros tres atributos derivados que definen las características de tales interacciones, los cuales son:

- **Atención centrada en la familia (Orientación Familiar):** Acción que parte de reconocer que la familia es un sistema social abierto, en constante intercambio con el medio natural, cultural y social —Ver Subsección III.3.1—. En consecuencia, como ocurre con cualquier órgano o tejido celular que son también sistemas biológicos y sociales, problemas individuales en sus componentes pueden tornarla saludable o enfermarse. Ello se expresará en el desempeño de sus funciones, y su capacidad para proveer un adecuado cuidado a sus miembros o afectar la salud individual, neutralizando la aparición de ciertas enfermedades ligadas al estrés. Entonces tener un enfoque de esta naturaleza implica en primer lugar estar abierto a reconocer que algunos de los problemas vigentes en las personas podrían ser precipitados por el contexto de la familia. En este sentido, debe valorarse

e incentivarse el rol protector que ella puede cumplir cuando alguno de los suyos cae enfermo, pero al mismo tiempo desarrollar un conocimiento práctico que nos permita identificar cuando la familia se ha tornado enferma y está afectando la salud de uno de sus miembros. En este sentido, aunque ello es un aspecto menos desarrollado en la mayoría de Sistemas, los equipos de AP deben estar preparados para implementar intervenciones en esta línea. Ellas, por ejemplo, pueden ayudar a aquellas familias en crisis o crónicamente afectadas por una situación emocionalmente desestabilizadora, a restablecer su equilibrio y alcanzar un nuevo nivel de funcionalidad.

- *Orientación comunitaria:* Acciones orientadas a promover la participación y movilización de la población organizada en comunidades, en la solución de sus propios problemas. Para ello debe partirse de un adecuado conocimiento acerca de las necesidades de la comunidad, la cual es idealmente recogida de manera continua por mecanismos de consulta permanentes que trabajan en un enlace comunidad-servicios de salud. Este medio, combinado con el contacto directo con la comunidad; los datos epidemiológicos-estadísticos y otros de orden semejante puede construirse una situación ideal en la cual, la opinión de los miembros del entorno social del establecimiento es permanentemente recibida y tomada en consideración cuando se planifican sus actividades.

Ello se realiza, idealmente, asumiendo acciones comunitarias sobre el entorno sanitario en el cual la comunidad está inmersa, orientadas a la resolución de los problemas más importantes, en el área de la salud. Algunos ejemplos al respecto se describen en la Subsección III.3.2. Esta metodología ha sido validada en múltiples realidades, mostrando una gran capacidad para ayudar a un trabajo sostenible y coordinado entre los miembros de las comunidades y los servicios de AP relacionados, favoreciendo una dinámica fuertemente basada en la participación de la comunidad.

- *Aptitud cultural:* Reenfoque de los servicios de salud para facilitar la atención de las minorías étnicas, u otra población con características culturales diferenciadas —Ver Subsección III.3.3—. Este tipo de enfoque se hace gradualmente más necesario en un mundo cambiante, en el cual existe cada vez mayor diversidad étnica, incluso en comunidades que años atrás se consideraban completamente cerradas a su población original. Tal escenario cambiante se debe a la

presión migratoria, la cual se ha incrementado considerablemente, generando movilizaciones importantes de personas de un país a otro y de una cultura a otra, también en el subcontinente Latinoamericano. Por otro lado, los grupos ligados a las minorías étnicas locales van adquiriendo mayor relevancia, y una notoriedad que no tenían cuatro o cinco décadas atrás.

De este modo, para lograr ofrecer cuidados que sean aceptables para toda la población, incluyendo estos sectores, debemos aplicar en nuestras prestaciones, un enfoque intercultural, de género, y otros aplicados a la diversidad que respeten las preferencias locales en materia de cultura y valores. Por otra parte, ellos influyen en la aceptabilidad real de nuestra oferta de salud, determinando la satisfacción de las personas con la atención recibida, el nivel de confianza con sus proveedores y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas. Por todo ello, los profesionales de salud y sus unidades deben adaptar sus servicios para facilitar la atención a personas de características culturales diferentes a la identidad principal, y provenientes de grupos sociales diversos —Ver Sección III.3.3.

Estos son los Atributos de la AP. Desde su planteamiento, la idea de los propulsores de estos atributos ha sido lograr que ellos constituyan un marco referencial básico y pasible de ser rigurosamente monitoreado, que guíe las estrategias de implantación de la AP en un determinado ámbito geográfico, y estructuren los esfuerzos para la evaluación de servicios o sistemas de salud, alrededor del progreso en el desarrollo de su implantación. En tal sentido, ellos pueden ser medidos a través de marcadores secundarios como: la accesibilidad a los servicios, la variedad de servicios disponibles, la definición de la población y el modo como se relaciona con ella, la continuidad en su atención, la identificación de problemas de salud en su grupo objetivo, etc.

No obstante, y a nuestro juicio, ellos definieron algo mucho más valioso que un simple set de indicadores para medir los efectos de la acción a este nivel, poniendo las bases fundamentales para retratar la “Identidad de la AP”. Así, al precisar los medios para identificar nuestro contexto óptimo de trabajo, pudieron establecer un modelo referencial (*framework* en inglés), para diferenciar los subsistemas de AP que alcanzan un nivel óptimo, de aquellos con un desempeño insuficiente.

B Cobertura de necesidades de salud

ciclo de vida

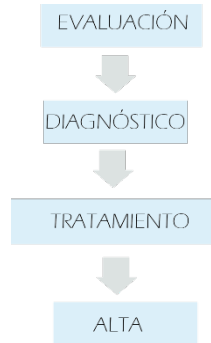


Figura 1. Secuencia para la investigación, el diagnóstico, y tratamiento, que se emplea convencionalmente en medicina

Además de estos aspectos básicos, los prestadores de los equipos de AP, y las autoridades sanitarias que velan por su desempeño, deben favorecer que sea lo común que ellas se desplieguen respetando una adecuada integralidad, continuidad, coordinación, y siempre teniendo a la AP como puerta de entrada del sistema. Los Atributos esenciales referidos, nos invitan a considerar que, sólo cuando un Sistema de salud ofrezca prestaciones con las características nucleares listadas en el Cuadro 1, podrá considerarse que privilegia adecuadamente a la AP, y puede obtener adecuados resultados para este Subsistema que ofrece cuidados primarios.

Cuadro 1. Atributos esenciales de la Atención Primaria

Atributos Esenciales
Acceso de primer contacto al sistema de salud
Longitudinalidad/Continuidad
Extensión o integralidad de la atención
Coordinación de la atención dentro del sistema

III.2.1 Primer Atributo esencial: Integralidad de la Atención

“El propósito de la medicina es prevenir la enfermedad y prolongar la vida. El ideal de la medicina es eliminar la necesidad de ver al médico”

William J. Mayo

Significado e importancia

Más allá de ser uno de los atributos principales propuestos por el equipo de la Dra. Starfield, el logro de ofrecer masivamente, una adecuada Integralidad de la Atención, ha sido un sueño

largamente acariciado por más de una generación de gestores y formuladores de políticas sanitarias. En ese sentido, ha sido el estandarte de una generación de profesionales de diversas latitudes, en sus esfuerzos por alcanzar Sistemas de salud que privilegian la AP —Ver Subsección 1.5—, y es un objetivo íntimamente asociado a la AIS —Ver Subsección 1.4.1—, impulsada desde inicios de siglo por las autoridades sectoriales en Latinoamérica. En ese sentido, los diferentes elementos metodológicos y enfoques conceptuales presentados en diferentes partes de esta publicación en relación a dichos conceptos, se aplican también a este primer atributo de la AP.

Dado que, en las subsecciones mencionadas, nos extendemos ampliamente acerca de la definición de conceptos que guardan un correlato muy similar a la integralidad aquí discutida, sólo enfatizamos a continuación, algunos de sus rasgos más característicos:

- Va más allá de las prestaciones recuperativas orientadas a la queja, proveyendo los servicios que el paciente requiere, tanto para diagnosticar y tratar enfermedades, como para contrarrestar riesgos, rehabilitar disfunciones o discapacidades, etc., según sus necesidades de salud. En ese sentido, mantiene la vocación por atender necesidades de salud no expresadas o manifestadas, como la identificación y prevención de riesgos o prácticas no saludables. Para ello debe ofrecerse los principales servicios ligados a la Prevención primaria, secundaria y terciaria propuestos por Level y Clark —Ver Cuadro 2—, incorporando a su vez la Prevención cuaternaria como un modo de evitar colateralidades negativas en el trabajo preventivo.

Cuadro 2. Niveles de prevención de Level y Clark y Prevención cuaternaria

Prevención primaria	Medidas de protección: P.Ej. inmunizaciones, el uso de cinturón de seguridad, etc.
Prevención secundaria	Trabajo sobre factores de riesgo reconocidos. P.Ej. hábitos nocivos, sedentarismo, dieta, etc.
Prevención terciaria	Reconocer las enfermedades crónicas precozmente y tratarlas antes que se compliquen: P.Ej. ENTs.
Prevención cuaternaria	No caer en un exceso de pruebas e intervenciones que puedan tener efectos colaterales P.Ej. Radiografías de rutina no indicadas

- Se orienta a abordar correctamente tanto los problemas agudos como los crónicos, y los problemas orgánicos como aquellos de origen psico-físico-social. Para ello, asegura que

son bien manejados, tanto los episodios puntuales como los problemas que requieren un control de largo plazo, etc.

- Organiza la atención de salud según etapa del ciclo vital, cubriendo las principales necesidades de salud de la persona, desde su nacimiento hasta su muerte —favoreciendo una transición suave y evitando las crisis entre etapas del ciclo—. Para tal fin, identifica adecuadamente tales necesidades y organiza los servicios y recursos para manejarlas.
- Combina una Atención individual resolutoria con una acción colectiva efectiva sobre las amenazas prioritarias a la Salud pública, buscando modificar los principales determinantes de la falta de salud de la población.
- Establece efectivos sistemas de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles del sistema de salud y en ocasiones a otros servicios sociales, de modo que el paciente recibe la atención que requiere.
- No se limita a jugar un mero papel receptor de las demandas de atención individuales circunstancialmente presentes en pacientes y usuarios que se acercan a los servicios de salud, sino que se proyecta hacia la comunidad. Tal abordaje activo, enfoca un contexto más amplio que el meramente individual.
- Actúa con una adecuada costo-efectividad en modo *gatekeeper*, controlando el mayor porcentaje de problemas de salud que llegan a la AP, a un costo accesible, y contribuyendo a que los servicios más especializados y costosos sean utilizados sólo si los casos han sido referidos por ellos.

Está implícito que, para implementar dicho atributo de modo efectivo, es necesario:

- Ofrecer una cartera con variadas prestaciones recuperativas, rehabilitadoras y paliativas, así como actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Ellas deben incluir el diagnóstico precoz, apoyo para el autocuidado, la reinserción social, etc.
- Responder a las necesidades de salud de la población, sosteniendo un nivel de calidad mínimo en las atenciones de salud, a través de un abordaje pormenorizado y con una perspectiva biopsicosocial.
- Incluir los abordajes individual, familiar y comunitario de modo complementario, lo que ayudará a conservar una adecuada accesibilidad de toda la población a los servicios básicos.

A. Recomendaciones para lograr implantar este atributo
- Ponga de su parte para favorecer la Integralidad de la atención, independientemente del rol jugado por los

servicios de AP: Aun sin un cambio de Modelo que favorezca consolidar una completa Integralidad de la atención, los equipos de AP pueden ayudar a construir dicha integralidad mediante acciones como las recomendadas a continuación.

- *Promueva una adecuada cobertura de las necesidades de salud:* En la Subsección I.2.2.B se propone una metodología para lograr esta finalidad, al identificar, abordar y monitorear las necesidades de salud de una población asignada, convenientemente, conectando así, tal abordaje con la integralidad.
- *Evite enfocarse excesivamente en lo recuperativo, ampliando los tipos de cuidado originalmente ofrecidos a los pacientes.* En vez de priorizar el abordaje fragmentado, orientado a la queja principal, ofrecido en una sola consulta, etc., refuerce el seguimiento del paciente.
- *Incluya a la familia en el centro de sus cuidados,* adoptando las recomendaciones provistas en las Subsecciones I.2.2.A y III.3.1.
- *Emplee el abordaje según focos de atención*⁽²⁰⁾, trabajando, algunas veces con foco en el órgano afectado, unas menos con foco en el problema, y otras en la persona como un todo. Una posibilidad interesante es establecer un foco principal y otro foco secundario, alternando así entre las esferas de la persona y su entorno. Por ejemplo:
“Cuando nos concentramos en la curación de la lesión en el miembro inferior de un paciente con diabetes mellitus, estaremos empleando el “foco en el problema”, mientras que, sí, nos concentramos en prevenir complicaciones, al monitorear el adecuado manejo clínico de la enfermedad estaremos poniendo el “foco en la persona”. Por otro lado, si además incentivamos el involucramiento del grupo familiar en el control metabólico de su familiar enfermo, estaremos poniendo el “foco en la familia”.
- *Encadene diversos contactos y prestaciones de la Cartera de servicios*⁽²¹⁾: En la Subsección I.1.1.L pudo definirse lo que es una Cartera de servicios, y en la Subsección I.4.1, al abordar la AIS, se vio que el rasgo más característico de una adecuada Integralidad de la atención es el contar con una cartera

²⁰ Aspectos como la definición de los Focos de atención, el Abordaje por problemas, la calidad de atención y otros aspectos relevantes para ofrecer una AP más eficiente y resolutive, son descritos con mayor detalle en los Tomos 2 y 4 de esta obra, y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS.

²¹ Ver el Anexo 1 para una descripción más detallada de las Cartera de servicios.

suficientemente amplia como para cubrir las principales necesidades de salud de la población. Tal tipo de carteras, acompañadas de protocolos específicos, favorecerá una correcta Integralidad de la atención, al posibilitar la oferta de Planes integrales y Paquetes de AIS más completos.

- *Emplee el Abordaje por problemas para lograr una mayor integralidad:* Este enfoque⁽²⁰⁾, favorece una adecuada Integralidad, preservando una mirada clínica extensiva, pues: 1) sus unidades de trabajo, que son los denominados “problemas”, abarcan otras esferas del ser biopsicosocial, además del aspecto físico individual, 2) todos los hallazgos y quejas, tanto físicos-orgánicos, emocionales, comportamentales, sociales, agudos o crónicos, reciben, bajo este abordaje, un seguimiento diferenciado, y 3) es posible ofrecer algún manejo terapéutico a los problemas seleccionados, incluso antes de haber llegado al diagnóstico, prolongando de manera ordenada tal abordaje hasta llegar a su solución.
- *Ofrezca Prestaciones Holísticas,* que corresponden a la segunda “H”, de las “Prestaciones técnicamente Competentes, con adecuada Comunicación, trato Humanista y Holísticas” (C2H2) ⁽⁴⁾. Este tipo de interacciones, que se caracterizan por alcanzar una mirada amplia del paciente, son la mejor traducción de la Integralidad de la Atención y la AIS, al establecer como operacionalizarla en la práctica —Ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Diferencias entre la Atención Integral de Salud, la Integralidad de la Atención, y las Prestaciones holísticas

Integralidad de la Atención	Atributo de la AP que gráfca una de las características núcleo esperadas para los cuidados ofrecidos en la AP
Atención Integral de Salud	Movimiento para reformar los Sistemas de salud, de modo que privilegien la AP para poder ofrecer servicios con características adecuadas, entre ellas la Integralidad
Prestaciones Holísticas	Arreglos en la AP para ofrecer una adecuada Integralidad, replicando los Paquetes de AIS y planes integrales

III.2.2 Segundo Atributo esencial: La Atención Primaria como acceso de primer contacto

“El acceso a una Atención Primaria de calidad es uno de los asuntos de política doméstica más importantes que debemos enfrentar (como colectivo)”

Ed Pastor

Generalidades

El concepto de primer contacto resalta el hecho que, en un sistema ideal, la AP debe ser el nivel de atención con el que las personas, exceptuando las situaciones de emergencia, establecen su primera atención por un problema de salud. Este atributo deseado para la AP, no obstante, es poco común en Latinoamérica. Así, la práctica de acudir a un centro especializado público o privado, sin haber pasado por los servicios primarios, es aún común en muchos de sus países, salvo cuando están basados en algún medio de aseguramiento público.

En ese sentido, atender en los hospitales problemas menores que pueden ser manejados en la AP —lo que significa una pobre implementación de este atributo—, afecta la costo-efectividad del sistema, revisadas en la Subsecciones II.1.2.C y II.2.2.B. Tal gasto incrementado opera por vías tales como: 1) el uso excesivo de pruebas auxiliares durante la fase de investigación, 2) más referencias o derivaciones hacia los especialistas lineales, 3) un mayor empleo de tratamientos “novedosos”, que no se diferencian de sus pares más simples, pero son más onerosos, etc.

Significado e importancia

Uno de los atributos más importantes propuestos por el equipo de la Dra. Starfield es, sin duda, el rol de los cuidados primarios como puerta de entrada al Sistema de salud. Tal Acceso como primer contacto, además de contribuir al mejor desempeño de los trabajadores sanitarios, es un verdadero sello distintivo de los sistemas sanitarios más adelantados, donde se privilegia la AP —Ver Subsección I.5.1.

Esta característica, se condice con el rol de “cuidador de la puerta de entrada al sistema” (*gatekeeper* en inglés) del personal de la AP, el cual apunta a tres condiciones complementarias:

- 1) Los pacientes y usuarios pueden obtener una consulta en los establecimientos de AP con prontitud y sin barreras al acceso, siempre que lo necesiten.
- 2) Los equipos de AP deben proveer una atención razonablemente resolutive a los mismos —siempre y cuando los pacientes no porten una urgencia médica—.
- 3) Sólo deben enviar a los hospitales y otros servicios especializados, cuadros cuya complejidad dificulta que sean manejados en los servicios de cuidados primarios —provisto que en la AP existen condiciones para la curación o control de tales problemas.

Dicho rol de *gatekeeper*, existente en muchos países, indica que los equipos de AP funcionan como filtro por el que deben pasar todas las demandas de salud, salvo las emergencias. Ello determina que los especialistas lineales, que trabajan en los servicios de niveles secundarios o terciarios, sólo pueden ofrecer atención a quienes vengan referidos o derivados de la AP.

Tal característica permite regular la oferta de cuidados de salud, logrando múltiples beneficios para la AP, tales como, 1) incrementa la racionalidad de los gastos —p.ej. en las exploraciones diagnósticas, indicaciones terapéuticas, o referencias a la atención especializada— 2) influye decisivamente sobre el uso de los recursos entre niveles de atención, dándole preeminencia a la AP, 3) los pacientes reciben una atención relativamente resolutive, aunque mucho más humana y agendada más rápidamente, y 4) se atiende a las personas en un entorno más amigable, por estar más cercano a su hábitat natural y entorno social.

Al respecto de este atributo, queremos llamar la atención sobre una segunda vertiente referida, al acceso a los servicios de AP, y que se refiere a la capacidad de las familias para vencer las potenciales barreras al acceso al Sistema de salud. Este aspecto es importante, pues no puede haber un acceso priorizado a la AP, si primeramente no hay un acceso razonable a sus establecimientos.

A. Recomendaciones para lograr implantar este atributo

- Ponga de su parte para favorecer la atención priorizada en la AP: Aun cuando el Sistema de salud impone circunstancias adversas para la función de *gatekeeper* de los equipos de AP, existen algunas recomendaciones que pueden ayudar a concretar la implementación de este atributo, tales como:

- **Informar a la población:** Se debe educar a la población para priorizar Unidades de AP para futuras demandas de atención. Tales mensajes transmitidos deben enfatizar las ventajas de atender sus necesidades de salud no urgentes en la AP, reafirmando la vocación de nuestros equipos por mejorar la calidad de la atención a sus problemas de salud.
- **Consolidar la concreción de una oferta de Prestaciones técnicamente Competentes, con adecuada Comunicación, trato Humanista y Holísticas (C2H2)** —Ver Cuadro 4—. Ellas deben ser ofrecidas con una adecuada calidad de la atención⁽¹⁴⁾, y en el marco de una consistente relación longitudinal, todo lo cual hará más atractivo para el usuario preferir a la AP sobre los hospitales.

Cuadro 4. Prestaciones: técnicamente Competentes, con adecuada Comunicación, trato Humanista y cuidados Holísticos

Primera “C”: Prestaciones técnicamente correctas

Segunda “C”: Adecuada comunicación centrada en el paciente

Primera “H”: Trato humanista, empático y compasivo

Segunda “H”: Prestaciones Holísticas

- *Establezca mecanismos de comunicación con los especialistas lineales*, buscando ajustar a lo estrictamente necesario, los contactos de los pacientes con el nivel de mayor complejidad. Entonces, al evitar que los pacientes deban desplazarse a los centros de referencia para recibir la opinión especializada de las fuentes de interconsulta, se favorecerá que ellos permanezcan en la AP por más tiempo, sin perjudicar el lograr un manejo adecuado.
- *Favorezca la asignación de un equipo de AP único (preferente) para cada familia*: Tal mecanismo con base poblacional, ya ha sido previamente resaltado —Ver Subsección I.2.2.A—, y tiene una importancia capital para conformar mecanismos de vinculación entre el equipo de AP y su población asignada.

III.2.3 Tercer Atributo esencial: La continuidad de la Atención

“Tener un sitio para recibir cuidados primarios regulares es valioso porque, con las interacciones repetidas, tu Dr. llega a conocerte mejor y más completamente. La continuidad construye confianza, y cuando tú confías en nosotros, podemos ayudarte a evitar que problemas menores de salud se conviertan en otros mayores”
Dra. Amy Crawford-Faucher

Significado e importancia

La Continuidad o Longitudinalidad de la Atención es la característica de la oferta de servicios de salud, que asegura que la interacción durante la provisión respectiva, vaya más allá de una visita aislada —usualmente concentrada en acometer, de modo fragmentado, la queja puntual que motivó la consulta—. Su importancia es fundamental, pues, en general, la Integralidad no puede lograrse en un solo paso, siendo en la mayoría de casos, resultado de una adecuada continuidad.

Dicho tipo de interacción se logra cuando los servicios de salud favorecen que el prestador/equipo que vio al paciente en la primera consulta, sea quien lo vuelve a ver en la siguiente, y

posteriores. Tal acción ayuda a establecer una relación y compromiso entre ambos actores de la consulta, que va más allá de un problema circunstancial, y favorece una mayor sinergia en las intervenciones y una mayor costo-efectividad para el Sistema de salud.

Lograr tal continuidad implica contar con una fuente constante de atención, que puede ser un servicio de salud, un grupo de profesionales —el equipo de AP—, o un profesional independiente. Dicha fuente se relaciona con el paciente, desde su visita inicial, y durante el tiempo que se requiera la utilización de tal atención. En ese sentido, toda relación con continuidad se prolonga hasta: 1) alcanzar la curación o control de la dolencia o enfermedad diagnosticada, 2) hasta concretar el abordaje del riesgo identificado, o 3) hasta manejar correctamente y mitigar el efecto nocivo de problemas crónicos, entre otros.

La Continuidad puede igualmente concatenar actividades periódicas preventivas. Ellas se ofrecen articuladamente, a lo largo de un lapso de tiempo, y según momentos requeridos por la patología atendida o el mantenimiento de la salud en la etapa del ciclo vital —p.ej. a los 1 y 2 años, a los 5 años, en la adolescencia, etc.

Igualmente puede aplicarse este concepto de continuidad o longitudinalidad, al vínculo mantenido, p. ej. desde la niñez a la adolescencia, para la oferta de los diferentes contactos y prestaciones incluidos en el Plan integral o Paquete de AIS —Ver Subsección I.4.1.A—. El mismo será ofrecido a través de las diferentes etapas del ciclo vital siendo denominado “*Continuum de cuidado*”. En ese sentido, tal “Continuum de cuidado”, es probablemente el mayor ejemplo de cómo opera dicha longitudinalidad.

Dicho Atributo de la AP favorece también una mayor resolutivez. Ello ocurre, no sólo porque los repetidos contactos incentivan un vínculo particular entre los equipos, las personas y familias, sino porque favorece la acumulación de información sobre el paciente. La misma puede ser referida a un sujeto más amplio como la persona como un todo y la familia, así como los múltiples problemas que haya padecido en su vida.

A. Recomendaciones para lograr implantar este atributo

- Ponga de su parte para favorecer la continuidad, independientemente del rol jugado por los servicios de AP: Aun cuando la estructura de los servicios de salud no ayude a implementar una adecuada continuidad, Ud. puede establecer medidas locales que ayuden al respecto, tales como:

- *Promocione el valor de la reevaluación y el seguimiento entre sus pacientes.* Es crucial educar a los pacientes para que retornen periódicamente a reevaluar su cuadro inicial, tanto si su problema es agudo, como si es crónico.

Recuerde que muchos pacientes ignoran que sus problemas de salud requieren más de una visita para ser resueltos. Por ello, el consultante debe insistir siempre en la necesidad de que ellos retornen para las visitas de seguimiento por su problema.

- *Aproveche la temporalidad (timing en inglés) de los problemas de salud:* Considere que algunas demandas de salud que se abordan en la AP, tales como aquellas relacionadas con la salud reproductiva —gestación, planificación familiar, etc.—, se ofrecen en visitas sucesivas o, como ocurre con los portadores de ENTs —Ver Subsección II.1.2.D—, requieren volver para renovar la receta con regularidad.

Aproveche tales retornos para reforzar en ellos la necesidad de establecer una continuidad en sus visitas, con el fin de favorecer su adherencia y prevenir potenciales complicaciones.

- *Esfuércese por agendar correctamente tales retornos:* Si bien la periodicidad de una visita para seguimiento debe ser espaciada en función a cuán complejos sean los problemas a tratar, esta debe siempre ser consensuada con los pacientes. Ello significa que, para considerar que las citas están adecuadamente agendadas, además de verificar turnos vacantes para los prestadores, en los periodos propuestos, se debe cotejar que los pacientes estén disponibles en tales fechas y horas programadas.

Igualmente, debe instruirse a los pacientes para que insistan en que, cuando vuelvan al establecimiento de AP por su retorno de seguimiento, exijan pasar con el consultante que los vio por tal problema particular, la vez anterior.

- *Evite fallas de calidad que desalienten el retorno de los usuarios a sus Unidades de AP:* Existen muchos aspectos ligados a una baja calidad de nuestros servicios⁽²²⁾, que pueden desanimar a los usuarios de volver a ellos. Algunos de estos aspectos pueden ser considerados “fallas de calidad”. Al respecto, nunca será suficientemente insistida, la

²² Diversos aspectos relacionados con la calidad de la atención como las bases de su definición, expectativas de la ciudadanía, programas para su mejoramiento como el PMCC, fallas y aciertos al respecto, etc., son descritos con mayor detalle, en los Tomos 2 y 7 de esta obra, y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS.

importancia de trabajar para impulsar mejoras significativas sobre tales fallas, particularmente si están directamente relacionadas con el desempeño de los prestadores de AP. Los mayores ejemplos son la comunicación que desplegamos cuando nos relacionamos con nuestros pacientes y usuarios, o el trato que les prodigamos ⁽²³⁾.

Otro elemento igualmente relacionado con la baja calidad, es la sensación percibida por los usuarios, de que pierden mucho tiempo en ellos. En ese sentido, organícese para, por ejemplo, evitar las largas listas de espera, tanto para recibir la cita, como para pasar a la consulta, asegurando transiciones fluidas entre servicios. Además, respete los tiempos de las personas mientras los está atendiendo, por ejemplo, no permitiendo invasiones o demandas mientras está en consulta con un paciente.

- Organice sus servicios para favorecer la continuidad:

- *Establezca una organización de los servicios de AP, que favorecen el logro de una mayor continuidad:* Existe un conjunto de arreglos, en el seno de la organización de los servicios de AP, que favorecen que el prestador/equipo que vio al paciente en la primera consulta, sea quien lo vuelva a ver en la siguiente, y posteriores⁽²⁴⁾. Ello, además de favorecer la continuidad en la atención, ayuda a establecer un vínculo persistente entre el prestador y su población a cargo, lo que permitirá obtener una mayor sinergia en las intervenciones.

También será importante establecer procesos de prestación más satisfactorios, basados en una adecuada calidad de la atención, lo que contribuirá a que el paciente desee continuar atendándose en dicho servicio de AP.

Igualmente ayuda a concretar este anhelo la asignación de un grupo de usuarios o familias a un equipo único de proveedores de servicios, vistos en la Subsección 1.2.2.A, y al revisar el segundo atributo, líneas arriba.

- *Establezca efectivos mecanismos de calendarización de citas:* Instaurar un buen sistema de este tipo implica, entre otras cosas: 1) no dejar que el paciente salga de la consulta sin un turno para su visita de seguimiento, 2) validar que no existan cruces con ítems de la agenda del equipo de salud o de las

²³ Ver nota 15 en la pág. 104.

²⁴ Diversos arreglos de los servicios de AP que ayudan a implantar, tanto la Continuidad como otros Atributos de la AP, y mejorar su resolutivez, son descritos con mayor detalle en los Tomos 2 y 7 de esta obra, y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS.

familias —como se ve en el punto anterior—, y 3) recordar oportunamente las citas a los pacientes, e informarles si hay algún cambio. Tales logros pueden ser alcanzados por las Plataformas de Atención^(4,24), que son una innovación importante a ser considerada al manejar este punto

Particularmente debido al punto 2 que viene de plantearse, dicha calendarización debe considerar las fechas de otros contactos para terapias, exámenes de laboratorio, imágenes, etc. Así, aún si tales servicios son recibidos en otros puntos de atención, debe existir adecuada información sobre ellos, para evitar que tales contactos se crucen entre sí. Puede verse entonces, que el éxito de dicha programación será también resultado de la Coordinación detrás de tales arreglos, a ser vista en la Subsección siguiente.

- *Desarrolle algunas Clínicas semanales para los pacientes con problemas crónicos:* Las Clínicas semanales⁽²⁵⁾ son espacios de provisión de servicios médicos, donde pacientes con un problema de salud común —enfermedad, daño, o problemas con características similares que los conectan—, son convocados con periodicidad regular, para ser vistos por el mismo equipo de prestadores, y recibir intervenciones orientadas a controlar sus males. Algunos ejemplos pueden ser la Clínica de Asma o la Clínica de Pacientes con ENTs. Se denominan así porque los pacientes y sus prestadores se encuentran el mismo día de la semana —aunque ellos pueden ofrecerse con periodicidad mensual o quincenal, es siempre en el mismo día— para recibir las prestaciones requeridas. Por su semejanza con los Programas de salud⁽²⁵⁾, aunque con mejoras, las Clínicas semanales tienen un gran potencial dentro de la AP actual, y deben ser incentivadas para favorecer la continuidad del tratamiento de pacientes como los mencionados.

III.2.4 Cuarto Atributo esencial: La Coordinación de la atención

Significado e importancia

El presente atributo resalta la necesidad de garantizar una adecuada recepción de los servicios requeridos para el diagnóstico y tratamiento final de los pacientes y usuarios de la AP, así como los recursos y procesos necesarios. Ello debe lograrse, sin importar en que establecimiento del sistema o en que nivel de complejidad del servicio ello ocurra, si se preserva las anheladas continuidad e integralidad de la atención.

²⁵ Ver nota 1 en la pág. 5.

A este respecto, debemos recordar los resultados del célebre reporte de Green y colaboradores, el cual puede verse graficado en la Figura 5. Ahí puede notarse que, si bien suele darse mayor notoriedad a la atención en los grandes hospitales, la AP juega un rol central en la atención de los problemas de salud de la mayor parte de la población.

En ese sentido puede verse que la mayor parte del 20 a 25% de usuarios que son vistos por algún problema de salud, buscan una consulta en los niveles primarios, siendo menos de 3% los que llegan a los hospitales. Y su valor se hace aún mayor si consideramos que es la AP quien mantiene contacto con la población en riesgo y asintomáticos —Ver Figura 2.

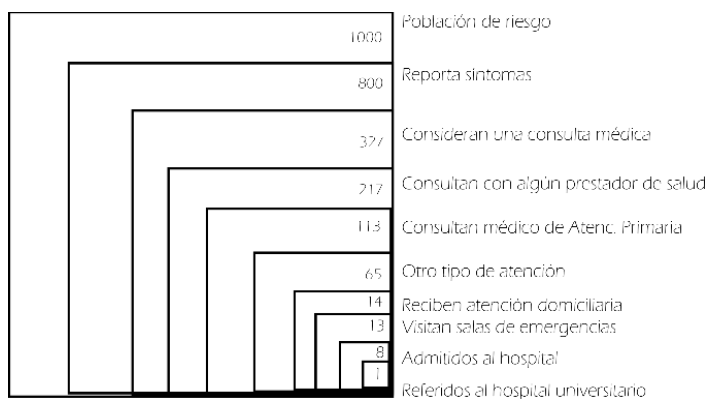


Figura 2. Acceso a servicios recuperativos de la salud en personas con problemas de salud, según tipo de servicio.

Desafortunadamente, alcanzar esta fluidez en la circulación del paciente desde los establecimientos de AP a otros niveles de atención para ver solucionadas, rápidamente, sus demandas específicas, es aún un desafío sin resolver en la mayoría de Sistemas de salud en Latinoamérica. Ello fue mencionado al abordar las “Redes integradas de servicios de salud” descritas en la Subsección I.4.3.A, propuesta como un medio para lograr conexiones con celeridad y sin obstáculos burocráticos, entre componentes del sistema.

Como pudo verse ahí, en nuestra región del planeta, donde prevalecen los servicios fragmentados y establecimientos desarticulados, la instalación de tales Redes integradas, aún sigue siendo uno de los grandes temas pendientes. Al respecto, existen dos situaciones fundamentales que se requiere una Coordinación como la ofrecida por tales redes, para atender necesidades de salud de los pacientes de la AP, que no pudieron ser cubiertas en el establecimiento original.

La primera es la necesidad de acudir esporádicamente a servicios del nivel secundario que ofrecen prestaciones con una tecnología no disponible en la AP. Una situación muy semejante se da cuando un paciente requiere sólo una interconsulta puntual por un especialista lineal presente en un hospital, y luego volver a la Unidad de AP donde se trata regularmente.

La segunda situación se refiere a la necesidad de ser referidos para continuar su tratamiento en el nivel secundario, por problemas o episodios que no pueden resolverse en la AP: Tales pacientes, deben: 1) recibir una referencia a los establecimientos de nivel secundario o terciario, concebidos para tal fin, 2) facilitarles los medios para llegar oportunamente a tales servicios, y 3) ser idealmente contra-referidos a la AP para continuar con su tratamiento de corte general, cerca de su hogar.

En ambas situaciones, pero con énfasis en la primera, una adecuada coordinación puede ser fundamental para cubrir tales necesidades sin cargas financieras extra, ni grandes barreras administrativas o de otro tipo. Tal coordinación permitirá: 1) abordar los diferentes problemas de la persona o familia, en el nivel donde su solución sea posible, 2) favorecer algún tipo de continuidad por medio de los profesionales de salud, las historias clínicas o ambos, 3) afinar mecanismos para consolidar el flujo de prestaciones entre diferentes niveles, sin requerir que el paciente cambie de establecimiento de salud.

A. Recomendaciones para lograr implantar este atributo

- **Impulse las Redes Integradas de Servicios:** Como se mencionó en la Subsección I.4.3.A, tales intervenciones implican potentes mecanismos de coordinación entre niveles de atención, favoreciendo así el propósito de este Atributo de la AP. Para ello debe desarrollarse la modificación de procesos clave, garantizando la disponibilidad de recursos, herramientas y protocolos, para concretar el intercambio de servicios descritos previamente, con fluidez y practicidad. Tales Redes Integradas ayudarán, no sólo a que los pacientes puedan ser referidos y contra-referidos entre los diferentes puntos del sistema, sino también, a que la información sobre ellos, pueda fluir en un sentido y otro. Tales mecanismos de colaboración reforzada entre los especialistas lineales y los consultantes de la AP favorecen que, sin importar donde estén presentes los recursos y conocimientos necesarios para el paciente, ellos puedan acceder a los mismos.
- **Mapee la existencia de servicios en su área de trabajo:** Particularmente si, en su zona de trabajo no existen Redes

Integradas implementadas, puede ser muy valioso contar con un “mapa de servicios” y establecimientos de salud aledaños. Tales mapas grafican los diversos establecimientos de su institución, o de otras similares, que pueden atender la población en su espacio geográfico.

Este primer paso puede identificar donde existen medios que nuestra unidad de AP no dispone.

Un ejemplo es un laboratorio de referencia que ofrece exámenes y tests diagnósticos poco comunes, o una firma que toma imágenes necesarias para una investigación particular. Igualmente podemos señalar en el mismo, farmacias donde obtener medicamentos usualmente no disponibles, o terapias específicas para cierto tipo de pacientes.

Aun cuando el conocimiento ofrecido por tales mapas no sea determinante, de un uso rutinario posterior para sus pacientes, tales puntos de servicios podrían ser activados de un modo extraordinario. Además, es posible impulsar convenios entre establecimientos del Ministerio de Salud y de la Seguridad social, o de servicios privados, de modo que los pacientes que requieran tales servicios urgentemente, puedan hacerlo a través de una coordinación informal —Ver acápite siguiente.

- **Independientemente del rol jugado por las autoridades de la AP, tome en sus manos la coordinación entre niveles:**

Aun cuando los prestadores de la AP sin apoyo jerárquico, tienen pocas probabilidades de concretar un esfuerzo de Coordinación como el previamente discutido, existen algunos aspectos que pueden ser avanzados. El más importante, al respecto, será aprovechar amistades y conocidos, realizando arreglos informales, y solicitud de atención en servicios complementarios

Aun cuando tales coordinaciones informales pueden ser establecidas a través de los propios miembros del equipo de AP, idealmente debe contar con el permiso de la dirección del establecimiento.

Asegúrese de que tales iniciativas, aun cuando realizadas sin esperar la participación de los gestores de sus servicios. no traen consecuencias negativas para los prestadores involucrados. Al respecto, siempre es importante recordar que no podremos ayudar a nuestros pacientes si nuestra posición laboral es amenazada por estos esfuerzos.

III.3 Los Atributos derivados de la Atención Primaria

Si los Atributos esenciales ponían el foco sobre “como” deben ofrecerse las prestaciones en la AP —con integralidad, continuidad, coordinación, etc.—, los Atributos derivados, que se muestran resumidos en el Cuadro 5, lo ponen sobre algunas características de dichas prestaciones.

Cuadro 5. Atributos derivados de la Atención Primaria

Atributos Derivados
Atención a la salud centrada en la familia
Orientación comunitaria
Aptitud cultural

Tales atributos derivados, que se detallan en las siguientes subsecciones, se conectan con las Prestaciones técnicamente Competentes, con adecuada Comunicación, trato Humanista y Holísticas (C2H2), que son un elemento metodológico que define las características nucleares de los servicios de la AP. Tanto el C2H2 como los Atributos derivados establecen el conjunto de rasgos ideales que se espera para la atención que ofrecemos en la AP, y que la diferencian de modo fundamental, de la Atención Especializada Hospitalaria. Deviene de ahí su importancia.

III.3.1 Primer Atributo derivado: La Atención centrada en la familia

“La AP es la piedra angular de los sistemas de salud. Ella puede ayudarnos a prevenir, tratar y manejar tanto las enfermedades infecciosas como las no transmisibles, llevando al mundo un paso más cerca de la Cobertura universal de salud”
Chris Elias

Significado e importancia

Las bases de este desarrollo, orientado a impactar en la salud del grupo familiar, se asientan sobre fundamentos conceptuales como el Modelo sistémico, el Modelo ecológico, etc. (26). Ellos ayudan a reconocer que la familia, como cualquier sistema, ya sea biológico —como un órgano o tejido celular— o social —como cualquier colectivo de sujetos con fines o intereses

²⁶ Algunos Marcos conceptuales generales, así como las potencialidades de la Familia para el Mantenimiento de la salud y cuadros asociados como el Síndrome del Cuidador, así como aspectos básicos relacionados con otras potencialidades de acción en la Atención a la familia, son descritos someramente en el Tomo 2 de esta obra y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS.

similares—, presenta una interrelación entre lo ocurrido al sistema general y a sus componentes. Ello tiene repercusiones directas sobre las dos grandes potencialidades que ejerce la familia —Ver Cuadro 6—

Cuadro 6. Potencialidades de la familia para la salud

Familia como generadora de salud	Ayuda si miembros atraviesan un riesgo o una enfermedad o están postrados
Familia precipitadora de enfermedad	La familia no puede cumplir sus funciones y se ha tornado poco saludable. Ella adquiere una dinámica inadecuada, afectando a sus miembros individuales

- *Potencial de la familia como generadora de salud.* Actúa ejerciendo la función de ayudar a sus miembros que atraviesan un riesgo o una enfermedad a disminuir el impacto de los mismos.
- *Potencial de la familia como precipitadora de la enfermedad.* Define una situación donde la familia ha adquirido una dinámica poco saludable, y ello está afectando la salud de los individuos en su seno.

Pasamos entonces a describir cuales son las acciones que los Equipos de salud pueden ofrecer para ayudar a favorecer o contrarrestar las potencialidades mencionadas.

A. Actuando sobre el Potencial de la familia como Generadora de Salud

Como se mencionó, la desplegar este Potencial de la familia, ella se moviliza para ayudar a uno de sus miembros que está enfermo o atraviesa un estado debilitado de salud, ayudando a resolver tal situación. Entonces, para sacar el máximo provecho a esta potencialidad, será necesario ayudar a las familias a desempeñarse en una serie de acciones de soporte como las que se listan en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Acciones preventivas que puede desarrollar la familia

Seguimiento terapéutico de pacientes con algún nivel de dependencia
Impulsar cambios de comportamiento en estilos de vida saludables
Monitorear constantes vitales o el nivel de glicemia si un familiar es diabético
Asistencia a familiares severamente enfermos
Soporte a familiares con autonomía limitada
Prevención del Síndrome del Cuidador

- Dar soporte básico a los miembros de la familia que se encuentran enfermos y no pueden ser completamente autónomos, ayudándoles a recibir sus medicamentos, ir a sus citas médicas o ser asistidos en terapias accesorias. Al respecto, será fundamental interactuar con la familia para sensibilizarlos sobre la importancia de la adherencia al plan

de manejo propuesto. Es más, siempre que sea posible, se debe hacer que las familias tomen parte de la negociación del plan elaborado, lo que finalmente favorecerá la obtención de los resultados consecuentes.

Para lograr el propósito anteriormente mencionado, será muy importante compartir con pacientes y familias, información valiosa sobre el tipo de enfermedad presente y sus necesidades de soporte. Igualmente, debemos darles herramientas para mejorar el cumplimiento de su rol en la recuperación de la salud de sus miembros enfermos.

- Movilizar recursos en favor de miembros que portan una condición vital comprometida, la cual limita su autonomía —p. ej. el ser adultos mayores frágiles—, o los tiene absolutamente postrados. Incluimos en este grupo a quienes están severamente discapacitados, crónicamente afectados por un desorden de salud mental invalidante, o emocionalmente desbordados y en un shock paralizante, por lo que no tienen capacidad de funcionar normalmente.

Tal soporte puede orientarse a cubrir aspectos básicos de la vida cotidiana, en quienes no pueden realizarlos —p. ej. asearse o usar los servicios higiénicos—. Ello es algo crítico en miembros con un muy reducido nivel de autonomía y gran postración.

Es importante trabajar con estas familias para que colaboren activamente en la terapia y sostenimiento vital de sus miembros enfermos. Debemos lograr una participación motivada y sostenible, pero al mismo tiempo guardar un equilibrio en su grado de involucramiento. Ello es capital para no afectar la salud de quienes ofrecen asistencia a sus familiares de modo intensivo, y así evitar que desarrollen el denominado “Síndrome del Cuidador”⁽²⁶⁾.

- Reforzar el rol de la familia como favorecedora de modificaciones en los estilos de vida clave, y sostén central para el cambio de comportamiento. Ello es incluso de mayor valor en portadores de una o más ENTs, los cuales tienen una necesidad perentoria de instalar cambios de comportamiento, como modo de alcanzar sus metas terapéuticas.

Incluimos también aquí, a pacientes cuyo interés por lograr un adecuado Mantenimiento de la salud⁽¹¹⁾ no proviene de una enfermedad de fondo, sino de su deseo de actuar sobre factores que están bajo su influencia, y determinan un mayor riesgo.

En todos estos casos, nuestro mayor objetivo será hacerles notar que ellos tienen el rol de colíder en el proceso de

recuperar o mantener su propia salud, y proporcionarles herramientas para hacer su esfuerzo más eficiente.

- Aunque tiene otra connotación, es también importante ofrecer soporte a familias que, producto de la desintegración familiar, la postración/fallecimiento de uno de sus miembros clave, u otro evento catastrófico, está sometida a un estrés tan poderoso que puede limitar seriamente su desempeño. Tales casos de crisis familiares o shock afectan en tal grado el núcleo del ejercicio cotidiano de la familia, que pueden anular completamente su capacidad para realizar adecuadamente sus funciones básicas.

Este tipo de soporte de los prestadores a las familias, para ser efectivo, no debe limitarse a una transmisión enciclopédica de conocimientos, sino también motivarlos a dar lo mejor de sí para lograr los objetivos propuestos. No obstante, es crítico verificar que ellos tienen un correcto conocimiento sobre el problema del paciente, y pautas claras acerca del rol crucial que deben cumplir. Además, debemos asegurarnos de que ellos disponen de herramientas prácticas para poner en práctica dicha asistencia a su pariente enfermo o en riesgo.

Las acciones mencionadas, pueden ser desarrolladas en cualquier interacción, por ejemplo, en la sala de consulta durante una prestación clínica regular. No obstante, cuando se encuentra una resistencia importante, es preferible programar una reunión con los miembros clave.

Es fundamental que tales intervenciones cuenten con una adecuada participación del paciente y su familia, y se planteen incorporando entrevistas familiares que sigan pautas específicas para asesorar a pacientes y familias⁽²⁷⁾. Además, ellas deben buscar arreglos consensuados, más funcionales para todos sus miembros.

Por último, existen casos donde el problema ya ha empezado a afectar a otros miembros, o se aprecia un desgaste y una tensión creciente, como parte de los conflictos por el cuidado del miembro enfermo, derivando en problemas de dinámica familiar. En tales situaciones, puede ser recomendable referir a los familiares del paciente para que reciban una atención como la descrita en el siguiente acápite. Este tipo de intervenciones también es valioso para ayudar a familias en crisis a restablecer su equilibrio y alcanzar un nuevo nivel de funcionalidad, aun en las circunstancias adversas que puedan estar viviendo.

B. Actuando sobre el Potencial de la familia como precipitadora de enfermedad

Esta acción de nuestros equipos de AP, la cual, es un elemento tan inherente a la disciplina de la MF/F que forma parte de su nombre, parte de reconocer que una familia con problemas en su dinámica puede afectar la salud de quienes están en su seno. Ello es consecuencia de una distorsión en su respuesta ante los estresores que los agobien, producto de las interacciones disfuncionales que surgen entre sus miembros,

Tal tipo de trabajo surge al reconocer que un paciente índice que acude al servicio de AP manifestando quejas somáticas, puede estar experimentando una dolencia ligada a la falta de un funcionamiento familiar armonioso. El consultante debe, a continuación, ser capaz de plantear un estudio simplificado de la dinámica de la familia del paciente identificado. Dicha investigación nos permitirá confirmar si el problema individual tiene sus bases en el paciente en sí mismo, o en la dinámica familiar alterada, que provoca una funcionalidad deteriorada de la familia.

Para tal fin, deberemos ser capaces de saber si, producto de las características de la dinámica de la familia evaluada, esta puede obstaculizar más que ayudar a la recuperación de nuestro paciente. Igualmente, tendremos que verificar si la capacidad de homeostasis de las familias está intacta, de modo que, incluso si la dinámica no es enteramente saludable, ella tiene el potencial de recuperarse, o si, por el contrario, la familia está “trabada” en sus pautas adaptativas. Esto último ocasionará una merma más profunda en la funcionalidad de la familia, y hará que les sea más difícil salir de la crisis que está atravesando.

Ejercer las capacidades antes mencionadas sería, naturalmente, imposible sin contar con una base teórica suficiente, y un claro entendimiento de los enfoques conceptuales que respaldan el trabajo sobre la dinámica familiar²⁷. Aunque la brecha de competencias en los equipos de AP en esta área es grande, como se plantea líneas abajo, es importante acometer la tarea de lograr que ellos cuenten con las herramientas y técnicas necesarias para los fines mencionados. A partir de tal esfuerzo, será posible contar con más equipos de

²⁷ En el Tomo 5 de esta obra se profundiza en los contenidos sobre el rol de la Familia para el Mantenimiento de la salud y soporte provisto a sus miembros con problemas, al tiempo que se toca en detalle algunos Marcos referenciales producidos por la escuela sistémica para el abordaje de la familia como precipitadora de la enfermedad, y se presentan diversas metodologías, instrumentos y otros elementos necesarios para diagnosticar problemas en la dinámica familiar y plantear Intervenciones en esta área. Ellos profundizan lo descrito aquí, en el Tomo 2 y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS.

AP capaces de: 1) identificar aquellos pacientes cuyos problemas de salud son consecuencia de la dinámica distorsionada de sus familias, 2) evaluar estos grupos familiares que precipitan o empeoran enfermedades en alguno de sus miembros, y 3) influir sobre sus pautas de interacción, o referir a tales familias, para que sean atendidas adecuadamente.

C. Recomendaciones para implantar este atributo

A continuación, se adelantan algunas recomendaciones de corte general, útiles para que nuestros equipos implementen una adecuada Atención centrada en la familia.

- **Incluya a la familia, de manera regular, cuando se ofrezcan acciones para el Mantenimiento de la salud:** Es común que diversos factores de riesgo sean compartidos entre miembros de una familia. Así, por ejemplo, si un paciente es obeso, probablemente existen parientes obesos en su contexto, siendo muy difícil mejorar la dieta de un paciente, cuando el resto de la familia sigue comiendo lo mismo que antes. Por ello, usualmente se alcanzan mejores resultados al instalar estilos de vida saludables y otros cambios de comportamiento, cuando se incorporan a miembros del grupo familiar en dicho esfuerzo.

En ese sentido, debe insistirse en la necesidad de siempre tomarse un tiempo para incluir a las familias, al promover hábitos y comportamientos saludables, particularmente en familias con miembros portadores de ENTs, cardiopatías o eventos relacionados.

- **Participe de cualquier esfuerzo orientado a reducir la brecha de competencias en esta área:** Como se ha mencionado repetidamente, para este y otros atributos a ser implementados, existe una gran necesidad de formación en el personal de AP. Por ese motivo, la participación de los docentes en la asimilación de dichos contenidos ligados a la Atención centrada en la familia, y posterior difusión a otros colegas, es un paso fundamental en esta tarea.

Para ello es fundamental desplegar un entrenamiento consistente, que no sólo familiarice a los equipos de AP en los conocimientos ligados a estas materias, sino que les ofrezca competencias concretas para desarrollar este trabajo. Ello, como se puede ver en la famosa “pirámide de competencias”, aplicada a este punto —Ver Figura 3—, implica que tales equipos tengan las capacidades para desarrollar dicha Atención centrada en la familia de manera cotidiana, apuntalando las bases para un desempeño regular en estos

aspectos.



Figura 3. Pirámide de competencias aplicada a la Atención a la familia

En ese sentido, lograr que quienes no han tenido acceso a dichos conocimientos y habilidades puedan alcanzarlos, empleando mecanismos de Educación continua, será algo enormemente relevante para el posterior éxito en la implementación de este atributo.

- **Plantee sus intervenciones en base a los niveles de atención, y defina sus límites de acción en relación con ellos:** Los equipos que trabajan en la AP, luego de reconocer a quienes sufren de algún desorden en su dinámica familiar, deben estar en condiciones de plantear algún tipo de intervención familiar a su población a cargo. No vamos a revisar dichas intervenciones en detalle por motivos de espacio y estructura pedagógica —requiere un conjunto de conocimientos previos—, pero mencionaremos que ella puede ser organizada según la clasificación de Doherty y Baird, cuyos niveles son listados en el Cuadro 8. Puede notarse ahí que existen intervenciones que pueden ser ofrecidas por personal con un conocimiento muy básico, y otras que requieren una mayor especialización.

Cuadro 8. Niveles de Intervención familiar de Doherty y Baird

Nivel 1: Énfasis mínimo en la familia	Programas educativos donde existe un limitado involucramiento con las familias de los pacientes
Nivel 2: Información y consejería	Respuesta general, y sin ahondar en la exploración del caso con un énfasis más informativo que de sostén específico
Nivel 3: Ofrecer apoyo emocional y sostén a las familias	Mensajes motivadores, respuestas empáticas y de confort emocional. La familia, en general tiene un rol pasivo
Nivel 4: Intervenciones focalizadas breves	Intercambio basado en análisis sistémico acerca del problema, buscando movilizar recursos para reducir estresores, ayudar a miembro postrado o transitar mejor ciertas crisis.
Nivel 5: Terapia Familiar	Terapeuta especialista (p.ej. sistémico) da a la familia visión de distorsiones en la dinámica familiar identificadas, favoreciendo nuevas pautas de interacción más armoniosas y sostenibles,

III.3.2 Segundo Atributo derivado: Orientación comunitaria

*“El poder de la comunidad para crear salud es mayor
que el de cualquier médico, clínica u hospital”*

Mark Hyman

Generalidades

Este segundo atributo derivado cobra importancia al reconocer que ciertos riesgos colectivos son, para la sociedad, más “rentables” de ser controlados a este nivel, que cuando ponemos nuestro foco. Su expresión más valiosa relacionada con nuestro contexto es la Orientación comunitaria, de la cual se adelantaron algunos contenidos en la Subsección I.2.2.A. Por motivos ligados a la extensión del capítulo, no desarrollaremos en este atributo, la estructura de los anteriores, sino que describiremos, someramente, algunos de sus puntos más relevantes.

- Las comunidades, directa o indirectamente, pueden determinar, mediante una miscelánea de factores, la salud a nivel individual o familiar. Tales determinantes operan a través de múltiples mecanismos relacionados con el entorno físico y social. Ellos están relacionados, en primer lugar, con las viviendas, y las facilidades para una vida digna para sus familias que las habitan. De todos los elementos que rodean a las personas y determinan la salud de sus residentes, la calidad de la morada debe ser, después de la dinámica familiar previamente descrita, la más gravitante.
- Las condiciones ambientales, tanto en su hábitat adyacente como en el entorno ecológico que envuelve a la familia, es otro factor importante. Por ejemplo, las vecindades con una alta carga infecciosa de contaminantes bacterianos y virales, pueden favorecer la aparición de enfermedades diversas. Atacar tales factores a nivel colectivo tendrá mayores beneficios en la salud de la población que trabajar a nivel individual.

El hábitat de la comunidad igualmente puede albergar otras amenazas que, si no se neutralizan adecuadamente, pueden resultar nocivos para la salud de sus habitantes. Un ejemplo es la exposición a metales pesados, autovías con alto índice de accidentes, delincuencia rampante, etc. A este respecto, Birrer recomienda siempre preguntar a los pacientes por las características físicas y sociales de la vecindad, que pueden asociarse a sus problemas de salud.

- Si vemos a la salud como un equilibrio entre factores positivos y negativos, la comunidad, como un entorno social privilegiado que impone estresores o alivia fardos vivenciales, también

puede incidir sobre la salud de sus miembros al ofrecer mayor o menor apoyo directo. Por ejemplo, si una comunidad exige cargas desproporcionadas, a una familia específica, ella tendrá más dificultades para preservar su salud. Por el contrario, si los vecinos le ofrecen un apoyo concreto, ayudándole con sus problemas cotidianos, ello será favorable para que logre un adecuado desarrollo.

Los comportamientos sanitarios de sus miembros, así como la manera de vivir sus dolencias, son otro modo en el que el contexto social puede influir en las decisiones relacionadas con la salud de las personas. Por ese motivo, muchas iniciativas para mejorar la educación sanitaria de la población operan en este contexto, pues con frecuencia, el consejo de los vecinos tiene mayor peso sobre las mismas, que las recomendaciones de sus prestadores. En ese sentido la educación sanitaria ofrecida en la esfera comunitaria, es útil para traducir en resultados concretos los objetivos de este atributo.

- Otro grupo de factores ligados a este contexto, cuya influencia sobre la salud es considerable, proviene del entorno laboral, el cual puede ser considerado parte de la comunidad. Dicho ámbito donde las personas se ganan la vida, puede actuar ofreciéndoles soporte, o imponiendo cargas a los pacientes, que les dificulten seguir con su tratamiento. En ese sentido, la actitud de la jerarquía y los pares con los que trabaja, ayuda o desfavorece la adherencia de los pacientes a nuestras recomendaciones terapéuticas.

Esta temática no es desarrollada en esta publicación, por considerarse que escapa a lo usualmente trabajado en la AP, existiendo una abundante bibliografía relacionada a la Salud ocupacional, a la que derivamos a los lectores interesados en tal materia.

- Uno de los mayores éxitos del trabajo con la comunidad ha sido su rol proveyendo un soporte concreto al levantamiento de infraestructura de salud en zonas sin cobertura previa.

A este respecto, existen múltiples ejemplos, en la experiencia Latinoamericana, de iniciativas de Medicina y Salud comunitaria que trabajaron con las comunidades, para manejar con éxito sus problemas locales. Ellos han sido compilados en las denominadas Acciones comunitarias en salud, orientadas a mejorar factores ligados al entorno comunitario, que influyen en la calidad de vida, mediante intervenciones que aprovechan las “palancas” que pueden moverse a este nivel, con el fin de mejorar la salud de su

población a cargo ⁽²⁸⁾.

Por ejemplo, existen experiencias en las que, mediante el aporte de mano de obra e incluso recursos materiales, lograron construirse algunas obras preliminares, con el aporte de todos los vecinos. Ello ha sido útil para resolver la falta de electricidad, agua o desagüe en ciertas zonas y entornos de carencia. Tal modalidad también ha sido empleada para implementar centros y puestos de salud, en zonas donde no existían previamente. Si bien este es uno de los estadios más primarios de la participación comunitaria, en algunas experiencias ha sido un buen punto de partida para logros mayores.

Esta también ha sido clave para la construcción de campos deportivos o espacios comunitarios, que proporcionan a jóvenes y adultos lugares específicos para practicar actividad física, y por ese motivo están emparentadas con las acciones para la Promoción de la salud —Ver Subsección I.5.2.B.

- Es también a nivel de la comunidad que se expresan otros constituyentes del tejido social como las agrupaciones colectivas o sociales —deportivas, culturales, religiosas, etc. Aunque en esta publicación no revisamos en detalle tal nivel de influencia, pues su relación con la salud es variable, vale la pena revisar el rol que las organizaciones religiosas vigentes en la comunidad pueden desempeñar para la salud. En ese sentido, diríamos que una de las prácticas más recomendables es lo que, en algunas experiencias particulares, solía denominar “interconsulta al sacerdote/pastor”. Ello es algo que preconizaba particularmente en momentos de pesadumbre o confusión, cuando pacientes abrumados por estresores emocionales podían encontrar en miembros de su fe, tanto sacerdotes como laicos, fortaleza extra para superar tales tiempos de mayor agobio. En esos momentos, la comunidad, actuando mediante dichas agrupaciones religiosas, puede ofrecer un soporte considerable.
- Igualmente incluimos en este listado de acciones positivas en pro de la salud de los pobladores de una zona, al aporte de los miembros voluntarios o semi-voluntarios de la comunidad

²⁸ En un capítulo del libro “Especializarse en AP y MF/F”, también del autor (Suarez, 2019/2026), se describen las características principales de las Acciones comunitarias, así como elementos sobre la Participación comunitaria, el trabajo con los agentes comunitarios y otros aspectos relacionados, algo que también se toca en profundidad en el Tomo 7 de esta obra y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS.

para ofrecer cuidados de salud a su población. Dicho personal proveniente de la comunidad incluye a los promotores de salud, las parteras empíricas, los agentes comunitarios de salud (ACSs), etc. quienes, luego de ser entrenados y recibir insumos mínimos, podían ofrecer a sus vecinos, medicina simplificada, búsqueda activa de casos de diversas enfermedades clave, etc.

Es importante buscar los mecanismos para que dichos ACSs puedan recibir incentivos monetarios como compensación por su trabajo, los cuales ayudarán a incrementar el nivel de compromiso de este tipo de personal semi-voluntario, con las acciones para la salud de su población.

- La comunidad es también un escenario privilegiado para impulsar cambios de comportamiento que conciernen a estilos de vida más saludables en sus miembros. Al respecto, tanto el personal de los establecimientos de AP, como los ACSs previamente presentados, pueden tratar de identificar los elementos que influyen en la salud de las personas, para luego desarrollar actividades orientadas a actuar sobre dichos factores. Tal trabajo puede ser realizado en el marco de visitas domiciliarias que pueden ser de enorme utilidad a este respecto, así como en acciones masivas del tipo de las campañas de educación sanitaria.

Cuando tales acciones son llevadas adelante por los ACSs, tienen el beneficio adicional de que tal tipo de personal tiene mayores conocimientos y cuenta con más facilidades para identificar el modo como las comunidades conceptualizan sus dolencias, favoreciendo la entrega del mensaje comunicacional. Este conocimiento es crítico, por ejemplo, durante las epidemias, y en pandemias como la del COVID 19, donde los rumores pueden distorsionar el valor de las acciones a ser realizadas para su control.

- Las comunidades también pueden jugar un rol clave compensando las barreras físicas o geográficas, que impiden llegar fácilmente a los servicios de salud. Así, las comunidades organizadas pueden establecer sistemas informales de referencia empleando sus propios mecanismos solidarios para llevar al hospital sus casos de emergencia.

Un ejemplo son los sistemas informales de referencia a los hospitales, surgidos en el marco de los esfuerzos para prevenir la mortalidad materna. Tal modo de movilizar recursos adquiere relevancia al dar soporte a madres gestantes en riesgo por la presencia de complicaciones relacionadas al embarazo y parto. Estos fondos han sido

notablemente exitosos al solventar referencias de madres gestantes presentando emergencias obstétricas, hacia centros de mayor complejidad.

En otras circunstancias, los mencionados esfuerzos se centraron en dar soporte a acciones conjuntas con sus prestadores de salud para colaborar para remover algunos focos de insalubridad en el ambiente comunitario. Ellos ayudaron, de este modo, a controlar la transmisión de infecciones, particularmente aquellas que se esparcen por vía fecal-oral, o las relacionadas a la transmisión vectorial del dengue y la malaria.

Igualmente puede incluirse aquí a la lucha de algunas comunidades por la regulación de industrias potencialmente tóxicas en los alrededores de las zonas que ellos habitan, y cuyas protestas condujeron a que los gobiernos regionales o nacionales/federales se involucren en soluciones a sus demandas.

En ese sentido, diversos ejemplos de acciones comunitarias como las presentadas previamente, han sido, además, campos para el desarrollo amplio de una consistente y efectiva Participación comunitaria⁽²⁸⁾. La misma toma en consideración un buen conocimiento acerca de las necesidades de la comunidad, y plantea mecanismos de consulta permanentes que trabajan en un enlace comunidad-servicios de salud, de modo que la voz de ambos actores sea escuchada.

Este abordaje puede ser incluso más tecnicificado cuando se aplica a los Programas comunitarios de salud, y en particular si se emplean las modificaciones planteadas en el enfoque del tipo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) —Ver Figura 4.

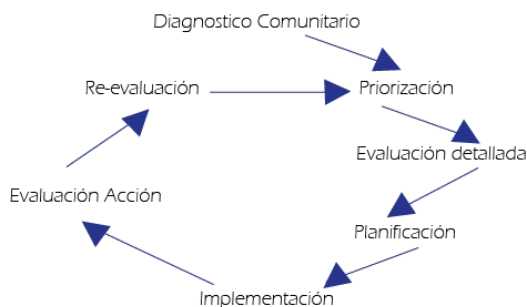


Figura 4. Acciones contempladas en los Programas comunitarios

Esta metodología, que se orienta a la resolución de los problemas más importantes, en el área de la salud, busca ir un paso más adelante, al emplear una dinámica fuertemente basada

en la participación de la comunidad. Para ese fin, se parte de obtener la opinión de los miembros del entorno social del establecimiento. Tales conceptos son tomados en igual consideración que los datos epidemiológicos-estadísticos y otros de orden semejante, para hacerse una idea precisa de las necesidades de la comunidad.

Luego de haberse construido, armónicamente con los líderes de la comunidad, una imagen lo más pormenorizada de los problemas en su entorno, se procederá a realizar un planeamiento de actividades, realizado con representantes de ambos actores, el cual enriquecerá la perspectiva de la comunidad con el aporte técnico de los servicios de salud. Una vez acabada tal planificación conjunta, el siguiente paso será realizar un trabajo sostenible y coordinado entre los miembros de las comunidades y el servicio de salud a cargo de su área de influencia.

III.3.3 Tercer Atributo derivado: Aptitud Cultural

“No es posible separar la salud del individuo, de la salud de la comunidad, de la salud del mundo”
Patch Adams

Generalidades

Este atributo derivado de la AP, nos interpela a tener en cuenta las preferencias de nuestra población en materia de cultura y valores, y por consiguiente exige la aplicación del enfoque intercultural y de género en nuestras prestaciones. Su relevancia es incluso mayor en realidades como la Latinoamericana donde muchas de nuestras prestaciones son ofrecidas a pacientes y usuarios con un modelo etnomédico cultural diferente. En ese sentido, la Aptitud Cultural es clave para lograr que los cuidados que ofrecemos sean aceptables para toda la población y nos permitan mantener la calidad de nuestra atención.

La Aptitud Cultural ⁽²⁹⁾ es un tema que va adquiriendo una notoriedad gradualmente mayor en estos tiempos donde se valoran cada vez más las minorías étnicas locales profundamente conectadas con los pueblos originarios. Además,

²⁹ Pueden encontrarse algunas recomendaciones ligadas a la Aptitud Cultural, las Competencias culturales, la atención en la AP en un contexto intercultural, la medicina tradicional, y otros puntos relacionados, en un capítulo del libro “Especializarse en AP y MF/F”, también del autor (Suarez, 2019/2026), así como en el Tomo 7 de esta obra, y otros documentos técnicos de TEAM-MF-APS

tal conocimiento se aplica también a las poblaciones desplazadas, que hoy en día ganan relevancia, incluso en naciones que años atrás se consideraban completamente cerradas en su configuración original.

En ese sentido, la Dra. Starfield y su equipo, hicieron muy bien al incluir a la Aptitud Cultural, como un Atributo derivado de la AP —Ver Subsección 1.2.2.A— por el impacto que puede tener en sociedades como la Latinoamericana. En tales contextos, la cultura proveniente de las minorías étnicas aún tiene un peso muy relevante.

Es crítico notar que la importancia de estos marcos alternativos de pensamiento se establece, no sólo en las poblaciones indígenas, sino también en la población mestiza —que es mayoritaria— cuyas creencias han sido moldeadas por dicho modelo etnomédico cultural, como parte de la amalgama nacional.

A. Recomendaciones para implantar este atributo

- **Esté atento a la necesidad de desplegar una adecuada Aptitud Cultural:** Debemos ser hábiles para identificar casos donde la diferente extracción cultural de nuestros pacientes o usuarios puede ser la fuente de malentendidos, u otros conflictos. Consideremos que tales desencuentros ocurren con mucha frecuencia, particularmente en realidades donde subsiste un mestizaje en el marco de creencias de diversas poblaciones, como la Latinoamericana.

Considere la importancia de no entrar en conflicto con las prácticas tradicionales de estos grupos, siempre ofreciendo prestaciones de calidad en el marco de una atención intercultural.

- **En general, respete a los usuarios y los practicantes de la Medicina tradicional:** Para alcanzar una adecuada Aptitud Cultural en la AP, el primer paso es expresarles a nuestros pacientes que tienen un marco cultural diferente, que respetamos su punto de vista y, al margen de nuestras diferencias, su salud nos interesa, razón por la cual estamos ahí para ayudarlos.

Para instalar dicho respeto de manera creíble, debemos primero dejar atrás los conceptos erróneos al respecto del conocimiento ancestral aportado por otras culturas. Nuestro éxito en esta empresa debe partir de reconocer los múltiples beneficios que las prácticas médicas procedentes de otras culturas tienen para nuestra sociedad⁽²⁹⁾.

- **Siga las recomendaciones para una adecuada Competencia cultural:** Existen algunos elementos que favorecen el acceso a una atención de AP de calidad para las

minorías étnicas, disminuyendo las barreras culturales establecidas en los establecimientos de AP. El conjunto de estas acciones es denominada Competencia cultural⁽²⁹⁾, y engloba algunas recomendaciones que deberían ser implementadas en todos los establecimientos de AP que atienden a poblaciones con una extracción cultural diferente.

• **Valorice el itinerario terapéutico cultural de la población:**

En la bibliografía correspondientes se describe el denominado itinerario terapéutico cultural⁽²⁹⁾, por el cual las personas acuden en primer lugar, a los practicantes de la medicina tradicional —y a veces también al expendedor de medicamentos de la farmacia local—, antes de buscar hacerse atender por los servicios de AP.

En general, debemos respetar a quienes priorizan las prácticas terapéuticas de sus propios marcos culturales. Es crucial entender aquella costumbre, que se ha mantenido ancestralmente, pues ciertamente tiene algunos beneficios para la sociedad. Debemos aceptar que, independientemente de nuestros deseos, tal práctica seguirá existiendo por tiempo indeterminado, de modo que no es razonable luchar contra ella. No obstante, prestadores y servicios de AP pueden tener un rol ofreciendo conocimientos para reconocer cuando el cuadro es grave, y la necesidad de recurrir a la medicina occidental es urgente.

• **No deseche los remedios naturales y alternativos si no está claro que tienen algún efecto adverso:** Mantenga una mente abierta y no combata los remedios naturales sólo por su procedencia, a menos que tenga evidencia real de que son nocivos. Dado que sólo se aprecia lo que se conoce, debemos aumentar nuestro entendimiento propio del real valor de los productos y prácticas usados por la Medicina tradicional, evitando menospreciar su utilidad sin fundamento. Así, podremos fundar nuestro desacuerdo o nuestro respeto, respaldados por tales bases.

Recuerde que hay amplias facetas del ser humano que la ciencia no conoce bien, y una de ellas es su capacidad para auto-regenerarse mediante el efecto placebo, que está comprobado que existe, aunque no sabemos cómo funciona. Entonces, aun cuando tales remedios no les parezcan de real valor, deles el beneficio de la duda y no obstaculice su uso, en la esperanza de que ellos puedan tener valor movilizand o fuerzas que van más allá de nuestra comprensión.

• **Lidie adecuadamente con las familias de estos pacientes:**

Las familias juegan un rol fundamental en la transmisión de estas prácticas tradicionales, actuando como “guardianes de la

costumbre”. En ese sentido, la mayor recomendación, al momento de realizar el abordaje del paciente con un potencial choque intercultural, es refrenarse de imponerles a ellos y sus familias, elementos que vayan en contra de sus conceptos ancestrales.

Lo ideal, cuando haya algún indicio de que miembros de la familia rechazan nuestro rol, es concretar algún arreglo que permita evitar el conflicto entre culturas. Una salida puede ser incentivarlos a combinar las prácticas tradicionales recomendadas por su marco etno-médico cultural, con aquellas de la medicina occidental, cuando sea necesario.

Un buen modo de lidiar con estos choques interculturales es aproximarnos a estos entornos del paciente, por ejemplo, desplegando una Atención centrada en la familia. Entonces, aplicando técnicas específicas, será posible lograr que la propia familia movilice sus recursos de la mejor manera, para tomar decisiones favorables para todos.

• **Lidie adecuadamente con sanadores representantes de estas prácticas tradicionales:** Cuando intercambie ideas con sus pacientes sobre los practicantes de la Medicina tradicional y el trabajo que realizan, no hable en un tono despectivo sobre ellos. Es siempre importante mostrar una dosis de tolerancia y respeto hacia tales representantes del contexto etno-médico alternativo, ya sean estos, parientes asignados para ejercer este conocimiento dentro de la familia —como la persona más anciana entre ellos—, o practicantes reconocidos de la Medicina tradicional.

III.4 Convirtiendo los Atributos de la Atención Primaria en una realidad: El rol de la Salud Pública

*“Siempre dispuesta a compartir, y siempre mostrando respeto por el contexto local, ella (la Dra. Barbara Starfield) le dio mucho a la comunidad de la MF/F, globalmente”
Dra. Anna Stavidal (Presidente de WONCA)*

Durante mi carrera he tomado contacto con diversos proyectos sectoriales orientados a mejorar los servicios de AP. Tales intervenciones eran impulsadas, en general, por autoridades sectoriales y otros profesionales de los estratos jerárquicos superiores en la gestión del Sistema de salud. Tal implicancia de los más altos niveles en los esfuerzos por mejorar la AP, denota el interés de la salud pública por lograr que tal subsistema

encargado de ofrecer cuidados primarios alcance sus objetivos.

Dichas iniciativas, a veces financiadas por ayuda internacional de varios centenares de miles de dólares, con frecuencia movilizaban múltiples equipos para realizar una variedad de actividades en simultáneo, enfocadas en: 1) lanzar masivas inversiones para la rehabilitación de la infraestructura de establecimientos de AP, 2) invertir ingentes recursos en realizar grandes compras de materiales y equipamiento para la AP, 3) establecer mecanismos de coordinación entre la AP y los niveles secundario y terciario, para implementar redes integradas de servicios, 4) contratar, temporalmente, personal para la AP, que aunque no siempre tenía el perfil profesional ideal o las competencias aquí preconizadas, ayudaban a mejorar los cuidados ofrecidos en este nivel de atención.

No obstante, aunque estos proyectos fueron lanzados con enorme entusiasmo, al momento final, la gran mayoría de tales iniciativas alcanzaron resultados poco convincentes. Además, en contextos diferentes al que fueron implementados —usualmente pilotos caros y trabajados en condiciones excepcionales—, las siguientes versiones de intervenciones no alcanzaron los resultados esperados. Por ese motivo, la mayoría de estas iniciativas no alcanzaron un nivel de consenso como para aprobarse su extensión a una escala más amplia.

¿Cuáles fueron las razones que determinaron tales resultados finales?

A mi juicio fue la perspectiva con la que se plantean tales proyectos. Y es que, aun siendo ellos ideados, lanzados y ejecutados por numerosas armadas de técnicos y profesionales con experiencia en políticas públicas y proyectos, todos ellos provenían de las canteras de la salud pública y la gestión de salud. Tales iniciativas incorporaron muy poca presencia de miembros de los equipos de AP regulares, o contaron con asesoría de parte de ellos.

Con ello no queremos decir que los equipos de AP tengan alguna característica técnica que mágicamente pudiese transformar tales propuestas en exitosas. No obstante, ellos poseen un elemento que puede ser crucial para dicho logro: conocimiento del terreno y los servicios de AP donde tales proyectos se aplicarán.

A nuestro juicio, quien sí recorrió dicho camino de nutrirse de la sabiduría de la AP para formular sus propuestas, fue la Dra. Barbara Starfield y su equipo, como guía para formular los mencionados Atributos de la AP. De ese modo, creemos que

tales Atributos de la AP pueden ser considerados la esencia de lo que tal nivel de atención requiere para ser resolutivo, conjuntamente con las Prestaciones técnicamente Competentes, con adecuada Comunicación, trato Humanista y Holísticas (C2H2), muy sucintamente revisadas en la Subsección 1.2.2.D.

Es mi entender, entonces, que las futuras iniciativas de Salud Pública en este sentido podrían beneficiarse enormemente de la implantación efectiva de tales Atributos de la AP. Con ello no queremos disminuir el valor de los proyectos centrados en el mejoramiento y expansión del estado físico de las estructuras sanitarias, de los recursos materiales, y de los RRHH, pues pueden ser muy útiles, particularmente en los estadios incipientes de los Sistemas de salud. No obstante, queremos reforzar que, a nuestro juicio, implantar los Atributos de la AP en los servicios correspondientes, a nivel regional y nacional —y aun mejor si van acompañados de la instauración del C2H2—, podrían tener un éxito equivalente o superior, al momento de obtener los objetivos propuestos.

Desafortunadamente, introducir tales mejoras que conduzcan a una adecuada implantación de los Atributos de la AP, no es una tarea fácil. Y es que, el marco de corte hospitalocéntrico, biomédico, y orientado a la patología que actualmente domina la práctica de la AP, impone enormes desafíos para instaurar los cambios mencionados.

Entonces, para lograr revertir dicha situación y ser exitosos implantando los Atributos de la AP, deberemos establecer cambios en un sinnúmero de elementos clave en nuestro nivel de atención. Algunos de ellos aluden a accesibles modificaciones coyunturales, pasibles de obtenerse sólo con conocimiento y motivación de los equipos de AP. Aunque también existen otros factores con raíces tan estructurales dentro del Sistema de salud, que requerirán cambios más profundos para su implementación. Algunos ejemplos son: 1) establecer regulaciones, tanto a nivel jerárquico formal, como funcional, para dar mayor relevancia a la AP sobre los niveles secundarios, 2) instaurar mecanismos financieros como el pago *per-cápita* para los prestadores, lo que será beneficioso para la AP, 3) implantar políticas para la oferta de servicios de salud y los RRHH, que favorezcan el balance en favor de la AP, 4) instalar sistemas de información que faciliten la interconexión de registros en todos los niveles de atención, etc.

En consecuencia, podemos ponderar la dimensión casi titánica de lograr los masivos cambios antes mencionados, para así poder implantar exitosamente los Atributos de la AP. De ahí surge la necesidad de implantar Reformas sanitarias efectivas, y

así cambiar el Modelo de atención, como fue revisado en la Subsección I.3.1.

Entonces, queremos cerrar este capítulo final de la presente publicación, resaltando los esfuerzos de múltiples experiencias en diversos países de Latinoamérica, con el fin de avanzar en soluciones concretas para la implantación de los Atributos de la AP mencionados y el C2H2, con énfasis en la Integralidad —Ver Subsección I.3.2.B—. Ellas tuvieron más éxito cuando paralelamente lograron implementar, tanto los Enfoques priorizados por las reformas sanitarias vistos en las subsecciones I.4 y I.5.2, como adquirir los rasgos que caracterizan a los Sistemas de Salud que privilegian la Atención Primaria listados en la Subsección I.5.1.

Es nuestra esperanza que, al asumir una mayor responsabilidad sobre la respuesta global a las necesidades de salud de la población, y una perspectiva centrada en la persona, ambos conceptos, los Atributos de la AP y el C2H2, puedan ser operacionalizados más efectivamente. Ello hará que los Atributos de la AP deje de ser un ideal, para empezar a ser moneda corriente en el entorno en el cual nos desempeñamos.

ANEXOS

ANEXO 1 — Contactos, Prestaciones y otros tipos de encuentros comunes en Atención Primaria

La oferta de cuidados entre los servicios de salud y los pacientes/usuarios suele funcionar a partir de encuentros presenciales —cara a cara—, aunque con alternativas ligadas a la telemedicina. Tales encuentros entre prestadores y pacientes/usuarios suelen tener un rol de modelador de nuestra oferta en la AP, además de ser los ladrillos sobre los cuales construimos nuestras acciones de salud, por lo que merecen ser estudiados adecuadamente. Explicamos sus características, con algún detalle, a continuación.

- **Contactos:** Tratando de comprender los diferentes tipos de encuentros que se establecen entre prestadores y pacientes/usuarios, empezaremos definiendo los contactos con el servicio. Estos deben ser entendidos como la confluencia, en un mismo lugar y momento, de una persona o familia con el personal de un establecimiento/servicio de salud, en el cual ambos interactúan por temas relacionados a los servicios.

En realidad, esta es una “definición paraguas” que se refiere a cualquier conjunto de actividades —indiferenciado en este primer momento— ofrecido por el personal de salud, a las personas o familias de la población bajo su responsabilidad. Ellos incorporan todas las diversas posibilidades de encuentros intencionales que se ofrecen al interior de un establecimiento del sector. Por motivos didácticos, nosotros separamos a aquellos encuentros circunstanciales en los cuales una persona acude a un establecimiento por otros

motivos no relacionados con las funciones del servicio de salud, de los contactos por temas de salud propiamente dichos.

Así, viendo primero el tipo de encuentros que no forma parte de la atención de salud, veremos que estos se refieren a aquellos que no están directamente relacionados con una queja principal, dolencia, enfermedad, lesión o riesgo del paciente o usuario. Ellos incluyen, p.ej., el encuentro con el guardián de la puerta del establecimiento, el/la secretario/a de la recepción, con la administración, el soporte al sistema de seguro de salud, el manejo de citas, la oferta de productos no médicos en la farmacia, etc.

Aunque pudiera parecer que tal primer tipo de contactos tiene escaso valor para esta discusión, ellos mantienen su importancia pues en muchos casos representan la carta de presentación de la Unidad de AP. Por ello es importante que esta se rija por las pautas para el servicio al usuario que pueden estar vigentes en cualquier dependencia pública. Ello significa que se debe proveer un trato amable y gentil, preocupado por que la persona que demanda información o soporte sea convenientemente informada y su problema sea adecuadamente resuelto. Considere que alguien que acude a recibir algún tipo de orientación o atención, y sale enojado por el mal trato de un trabajador administrativo, puede también afectar la imagen del sector. Ello no sólo reducirá la adherencia a su plan de atención, sino que, al hacer mala publicidad del servicio, podría reducir la demanda de otros pacientes y usuarios.

Los contactos por temas de salud, por su lado, incorporan acciones relacionadas a procesos curativos, preventivos o de rehabilitación. Ellos son planteados con el fin de cubrir alguna necesidad de salud que el paciente trae a la AP, o que incorpora acciones orientadas a alcanzar su máximo potencial y mejor calidad de vida. Este segundo tipo de contactos, que es específico de nuestro trabajo como prestadores, tiene a su vez un subtipo que son las prestaciones de salud, las cuales mostraremos a continuación, y se caracterizan por presentar un flujo de información entre los participantes, en relación a su salud.

Podemos, en este sentido, considerar como ejemplos de contactos que no son prestaciones de salud a aquellas en las que dicho flujo bi-unívoco de información no existe, tal como, por ejemplo, algunas acciones de promoción de la salud y actividades preventivas, abordando hábitos saludables

empleando una metodología general como las denominadas charlas o conferencias, la toma de muestras de laboratorio, etc. Estas últimas podrían ser consideradas contactos en vez de prestaciones de salud, al igual que la oferta de ciertos productos en campañas de distribución masiva, como alimento suplementario, micronutrientes, la oferta de medicamentos por un asistente de farmacia, cuando éste acude con su prescripción médica etc.

En general, en este libro, nos referimos repetidamente a la oferta de servicios como “Prestaciones y contactos”, entendiéndose que aludimos al concepto que acabamos de describir.

- **Prestaciones de salud:** Denominamos así a encuentros que pueden ser considerados un subtipo de contactos, en los cuales: 1) Los prestadores están abocados a manejar pacientes o usuarios que acuden a los servicios, o son visitados, buscando recuperar, mantener y/o proteger su salud y, 2) Ellos se enfocan en tratar alguna dolencia, malestar, molestia/s de salud o patología específica, por las cuales el paciente busca ayuda. Para tal fin, este tipo de interacción entre el trabajador de salud y el usuario, como se mencionó previamente, se caracteriza por un intercambio de información, incluyendo obtener datos, impartir recomendaciones, y otros aspectos relacionados con la finalidad de la prestación.

Estas Prestaciones de salud, cuya importancia es capital para nuestro trabajo en AP pueden también dividirse en dos tipos. El primer tipo se focaliza en un aspecto particular del proceso curativo o preventivo, desplegado ya sea en su parte inicial, mediana o final de la intervención, ofreciendo servicios cuyo carácter es, o muy general o muy puntual, y no emplean el método clínico. Ejemplos concretos podrían ser la aplicación de un test psicológico por un asistente, la medición de los parámetros básicos de la persona (vitales y generales) por un auxiliar de enfermería, el recojo exclusivo de información antes de la visita o en determinadas visitas domiciliarias, etc.

El segundo tipo de prestación se caracteriza por emplear algún tipo de método clínico ligado a la Integralidad de la Atención —Ver Sección III.2.1—, y dada su trascendencia se le separa en una categoría aparte.

- **Prestaciones clínicas:** Este tipo de contactos, también rotulados como Interacciones prestacionales, se diferencian de las prestaciones en general, fundamentalmente porque

buscan ofrecer respuestas a pacientes con una queja, malestar, enfermedad, o traumatismo. En ese sentido, ellos concatenan la evaluación de una dolencia con su diagnóstico, prescripción de un tratamiento y los cuidados recomendados, así como su seguimiento posterior.

Las Prestaciones clínicas se rigen por el método clínico, que en general plantea una secuencia evaluación-diagnóstico-tratamiento. Ellas, idealmente, deben desarrollarse en ambientes que garantizan una privacidad adecuada, asegurar la confidencialidad entre las personas y los prestadores de salud, ofrecer un trato humanista, entre otros aspectos.

La característica central de estas prestaciones clínicas es que, a través de ellas, los prestadores escrutan en el cuerpo y/o la psique de los pacientes, buscando encontrar el origen de sus molestias y actuar para resolverlas. A partir de ello, se podrá prescribir o recomendar cursos de acción que permitan curar, atenuar, controlar o mitigar las consecuencias del problema o necesidad. No obstante, debemos enfatizar que, en el marco de una prestación clínica, también será posible incorporar acciones para mantener y proteger la salud, además de recuperarla.

El prototipo más conocido de la interacción prestacional es la consulta o visita médica, esto es, la que se desarrolla por médicos. Sin embargo, existen muchas otras Prestaciones clínicas desarrolladas por enfermeras, odontólogos, quiroprácticos, psicólogos, fisioterapeutas, podólogos, etc. Por ello preferimos emplear la palabra consultante, en vez que únicamente médico. Ellas guardan una estructura semejante, y por lo tanto desarrollan los mismos procesos y se le aplican reglas equivalentes a aquellas que despliegan el método clínico, y son empleadas durante el acto médico.

Tales prestaciones, idealmente, deben desarrollarse en un ambiente que garantice una privacidad adecuada, asegurando la confidencialidad entre las personas y los prestadores de salud.

Las prestaciones clínicas ocupan un rol central en nuestro trabajo cotidiano, pues encarnan completamente el mandato de actuar para recuperar la salud de nuestra población a cargo. Sin embargo, debemos insistir en que ellas son una pequeña fracción de todas las prestaciones y contactos que se realizan en un establecimiento o sistema de salud, como ha sido descrito líneas arriba.

- **Cuidados de salud:** Es una expresión más amplia que la de

contactos y prestaciones, y se refiere a todas las acciones que son ofrecidas a una persona, enferma o no, para preservar un nivel mínimo de funcionalidad presente y futura. Si lo vemos de ese modo, cuando nos referimos a los receptores de Cuidados de salud, nos referimos, en la mayoría de los casos, a personas que tienen un reducido nivel de autonomía, ya sea temporal, si ella se debe a que están enfermos, o permanente, cuando es porque ellas tienen una fragilidad secundaria a la edad avanzada, o están postrados. Bajo esa acepción, el término cuidados se refiere con frecuencia a las acciones de enfermería, de rehabilitación y de otras ramas de la salud, ofrecidos fundamentalmente en pacientes internados.

En un sentido específico, adaptado a los elementos ligados a la AP que aquí estudiamos, nos referimos a los cuidados que ofrecen los familiares a sus propios miembros con autonomía reducida, o algunas acciones específicas realizadas en este tipo de pacientes, particularmente cuando se trabaja con visitas domiciliarias.

Muy relacionado a este término se encuentra el concepto de autocuidado. Aunque en este caso, no representa sólo las acciones de auto-preservación que una persona puede realizar por sí misma, ya que su nivel de funcionalidad se mantiene en un nivel adecuado, sino también al despliegue de capacidades para el Mantenimiento de la salud.

- **Cartera de Servicios:** Esta se refiere a la compilación o catálogo de las diferentes opciones de contactos, prestaciones generales o clínicas, disponibles para ser recibidos por cada persona o familia —Ver Subsección I.1.1.L—. Esta Cartera de servicios es fundamental, pues debe definir las opciones que cada persona o familia tendrá a su alcance para resolver sus problemas de salud, sean estos riesgos, episodios o cronicidades, en función de su etapa del ciclo vital y de los problemas de salud que porte.

Aunque algunos de los encuentros considerados en estas Carteras de Servicios son bastante intuitivos, y de hecho forman parte central de las acciones desarrolladas por trabajadores de salud en los establecimientos de AP correspondientes, otros son menos comunes. Tales encuentros son las actividades extramuros desplegadas por Agentes comunitarios de salud, y otro personal, en diversos escenarios, tales como el hogar, la escuela, la comunidad, el centro de trabajo, etc.

En el Cuadro 2 del Capítulo 1, vemos una lista de contactos,

prestaciones y prestaciones clínicas que pueden encontrarse en una típica Cartera de servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Puede verse en el mencionado cuadro que existe la posibilidad de formular esta cartera en términos de servicios específicos como consultas médicas, charlas educativas, sesiones de terapia, etc. lo cual tiene un valor concreto particularmente para la planificación de las actividades a realizar. En este sentido, la Cartera de servicios, adecúa una diversidad de actividades adscritas a los diferentes pacientes y usuarios según sus diversas necesidades de salud.

Aunque estas Carteras de Servicios pueden ser formulados en términos amplios, ellas suelen estar ligadas a Programas de Salud, ya sean formulados por tipo de enfermedad, por grupo etario, u otro criterio semejante.

ANEXO 2 — Elementos para comprender la Cobertura de las necesidades de salud

En la Subsección I.2.2.B se introdujo al lector a la Cobertura de las Necesidades de Salud, entendida como

“El enfoque que tiene como objetivo cubrir el mayor número de Necesidades de Salud de la persona que nos consulta”

No obstante, como suele ocurrir cuando describimos un enfoque innovador, debemos complementar la mirada general, ofrecida en la mencionada Subsección, con explicaciones más específicas, así como definiciones y conceptualizaciones relacionadas con sus conceptos base.

Definición de Necesidades de Salud

Existen múltiples definiciones y conceptualizaciones al respecto de las Necesidades de Salud, las cuales han sido abordadas desde diferentes ángulos. Así, tenemos la célebre definición de Maslow, que aborda la jerarquía de necesidades de las personas, hasta las definiciones desarrolladas para diversos programas sociales, con subdivisiones más complejas. En cuanto a la definición de Maslow, aquella propone que las personas tienen cinco categorías de necesidades humanas: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima, y de autorrealización. Las primeras son necesidades básicas y deben

ser completadas inicialmente, mientras que las de más alto nivel cobran fuerza cuando las primeras ya han sido resueltas.

Aunque la definición anterior es buena, aquí preferimos contar con una definición que: 1) ofrezca mayor amplitud de conceptos, para poder abarcar a la persona como un todo, en el marco de su familia y comunidad, y 2) sea suficientemente específica para organizar las acciones de Salud vigentes en un servicio de AP. En consideración a los mencionados requerimientos empleamos la siguiente definición, usada en su momento para sustentar un cambio de modelo de atención —Ver Subsección I.3.1.A—. En este marco, se cataloga a las Necesidades de Salud como:

“El conjunto de requerimientos, de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas y familias para mantener, recuperar y mejorar su salud, así como alcanzar una condición saludable deseable.”

Dicha definición de Necesidades de Salud permanece intencionalmente vaga, ya que, si ella fuera demasiado cerrada, no permitiría incluir todos los contenidos esperados para este tipo de conceptualización amplia.

Objetivos del enfoque de la Cobertura de las Necesidades de Salud

Como se mencionó previamente, trabajar bajo el enfoque de la Cobertura de las Necesidades de Salud, que aquí preconizamos, implica reconocer que las quejas principales traídas a la consulta son apenas la punta del iceberg de los requerimientos de los pacientes. Los pacientes y usuarios que vienen a la AP, con frecuencia presentan múltiples necesidades de salud y desean que sean manejadas en simultáneo.

Ello es bien reconocido en el marco de este enfoque, en el cual se busca poner en relieve que cada persona presenta una combinación casi única de necesidades de salud determinada por: 1) antecedentes biológicos como la genética, las enfermedades preexistentes, así como los componentes hereditarios y familiares de cada enfermedad, etc. y 2) condicionantes socio-culturales que han ido moldeando el tipo de respuesta que podría esperarse para personas de una determinada familia.

Entonces, cuando desplegamos dicho enfoque, nos concentramos en adquirir un detallado conocimiento de sus necesidades de salud no cubiertas, con el fin de, posteriormente, encaminar la oferta de contactos y prestaciones que ayudarán a que tal panorama mejore.

En general, tales necesidades incluyen problemas de salud de diversas esferas de la persona y su contexto, incluyendo: 1) necesidades de salud ligadas a Dolencias y enfermedades, incluyendo desórdenes de corte emocional o problemas relacionados al estrés, así como discapacidades o limitaciones físicas, 2) conflictos familiares y otros problemas ligados a la dinámica familiar, que se expresan a nivel individual, 3) síntomas producto del proceso de envejecimiento, 4) consecuencias de las ENTs, las cuales requieren cambios de estilos de vida para controlarse, 5) Problemas en la esfera social, incluyendo aquellos relacionados con el trabajo y la comunidad, 6) Factores de riesgo y necesidades ligadas al ámbito preventivo-promocional, etc.

De este modo, hay personas con procesos degenerativos que imponen a quienes los presentan, permanentes molestias que reducen su funcionalidad. Igualmente las hay que portan factores de riesgo y otros elementos ligados al desarrollo individual, que pueden determinar su menor resistencia a los estresores externos que deberán enfrentar en su entorno. Pero al mismo tiempo, hay otras personas que, no sólo carecen de quejas o síntomas de enfermedades, sino que sostienen estilos de vida saludables y hábitos de mantenimiento de la salud que hacen que sus riesgos sean menores. Ello quedó muy claramente ejemplificado durante la pandemia del COVID 19, por la mayor virulencia del SARS-Cov2 en personas que tenían comorbilidades, o ciertos hábitos arraigados. Así, se incrementó la mortalidad en el grupo de personas acometidas por el sedentarismo, el tabaquismo, o aquellos que, durante las épocas de pico de la enfermedad no pudieron cambiar sus estilos de vida de alta sociabilidad.

Tipos de Necesidades de Salud

Un requisito necesario para avanzar en los objetivos planteados, será traducir la formulación tan amplia de necesidades de salud, en una clasificación o taxonomía que pueda aplicarse a nuestros pacientes y usuarios, a modo de lista de chequeo (*checklist* en inglés). Ella debe funcionar como un listado concreto de condiciones que pueda transformarse en un real instrumento para la acción.

Un primer esfuerzo de definición de tipos de necesidades deriva de la propuesta de Maslow previamente mencionada, y de diversas escalas planteadas por otros autores. Haciendo un resumen de lo propuesto por algunas de dichas clasificaciones, se ubican en primer lugar a las necesidades básicas,

consideradas esenciales para preservar los aspectos más concretos y materiales de la supervivencia de las personas como seres biológicos. En un plano complementario vienen aquellas necesidades que se relacionan con funciones de desarrollo, acogida y soporte emocional e interpersonal, ligadas a un adecuado equilibrio en su salud mental y de relaciones interpersonales en el círculo laboral, comunitario o familiar. Finalmente se encuentran las necesidades que nos conectan con una construcción social, y reconocimiento por nuestros pares, ligadas al deseo de una posición de liderazgo, ya sea en un ámbito micro como la familia o clan, o en uno macro como sociedades profesionales, gremiales, etc.

Un primer esfuerzo para lograr este cometido fue la división de estas necesidades de salud en cuatro categorías que se describen a continuación.

- *Necesidades de desarrollo*: Se orientan a reforzar el desarrollo personal y el funcionamiento social de una persona, permitiéndole alcanzar su completo potencial humano, y plena inserción social. Es fundamental resaltar que, en esta expresión, desarrollo no equivale a bienestar social, sino a evolución en el potencial físico y psicosocial. Su evaluación es particularmente importante para las poblaciones de niños, adolescentes, adultos mayores, etc.
- *Necesidades de mantenimiento de la salud*: Son aquellas cuya satisfacción permite preservar la situación de salud —desde un punto de vista biopsicosocial—, detectando y evitando los factores de riesgo asociados a daños a la salud, e igualmente potenciando los factores protectores.
Permiten evidenciar si la persona está expuesta a factores de riesgo, tanto de carácter físico, como de carácter psicosocial y riesgos ambientales. Además, es posible evaluar si las personas presentan factores protectores en su vida, los cuales pueden contrabalancear algunos factores de riesgo.
- *Necesidades derivadas de daños a la salud*: También denominadas “Necesidades de salud clínicas”, ellas se refieren a cualquier alteración física, emocional o social —enfermedad, malestar, trastorno, injuria, trauma, etc.— que afecta a una persona y/o su familia, y que no le permiten disfrutar una vida saludable. Ellas usualmente se manifiestan espontáneamente, y son identificadas pasivamente durante la prestación clínica, también denominada consulta o visita médica.
- *Necesidades derivadas de una disfuncionalidad o discapacidad*: Se refieren a aquellas necesidades ligadas a

disfunciones físicas o mentales, así como a discapacidades, que requieren procesos de rehabilitación. Ellas pueden evidenciarse en casos de Discapacidades y algunas Disfunciones físicas —sensoriales o motoras.

Aunque esta tentativa inicial por cristalizar una categorización tan amplia de Necesidades de Salud representa un enorme progreso, es preciso contar con algo más instrumental que pudiera realmente ayudarnos a desarrollar una *checklist* u otro instrumento práctico que, de modo regular, pueda ser directamente operacionalizada por los equipos de AP. En esa línea, se ha desarrollado una nueva clasificación simplificada, que organiza a las necesidades en diez grupos, siempre inspirados en las cuatro categorías previamente mostradas, la cual se muestra a continuación.

- 1) *Emergencias Médicas*. Estas son consideradas de manera separada, para enfatizar que este tipo de problemas debe ser prontamente referido a un servicio hospitalario para recibir atención focalizada sobre la urgencia.
- 2) *Exclusión del sistema*: Expresa la imposibilidad de una persona vulnerable para poder insertarse en las acciones regulares propuestas por los servicios de salud, usualmente debido a alguna barrera que impide su acceso a los mismos. Tales barreras que determinan si la persona podrá completar su plan de manejo en curso, o no, pueden ser de tipo económico, socio-cultural, geográfico, personal etc.
- 3) *Factores de riesgo*: Identifican claramente, marcadores que hacen susceptibles a las personas, de ver su salud afectada en el futuro. Claramente orienta nuestros esfuerzos de prevención, para potenciar los factores protectores y detectar y evitar los factores asociados a daños a la salud. Para ello incorpora un conjunto de actividades preventivas a ser ofrecidas a cada usuario, como p.ej. ciertas vacunas, o el examen PAP, que contribuirán al mantenimiento de la salud.
- 4) *Estilos de Vida para mantener la salud*: Se refiere a hábitos saludables, que permiten actuar con anticipación para preservar la situación de salud biopsicosocial, y vivir en armonía con el ambiente que nos rodea. Algunos ejemplos pueden ser la adecuada alimentación, actividad física y hábitos no sedentarios, hábitos nocivos como el tabaquismo, o el sedentarismo, etc.
- 5) *Enfermedades Crónicas*: Son aquellas que se espera que van a durar por tiempo prolongado y afectan significativamente la vida de quienes las portan. Algunos

ejemplos son el Asma o Síndrome Obstructivo Bronquial, Diabetes, etc. Dentro de esta clasificación se incluyen los desórdenes de sustrato psico—físico—social. Se debe enfatizar aquí, la necesidad de instalar un diagnóstico precoz de patologías que, por ser de naturaleza silenciosa y sin ofrecer grandes síntomas, no se destacan a simple vista, como la Hipertensión.

- 6) *Diagnósticos agudos recurrentes/ cronificados*: Cualquier diagnóstico que aparece en los registros en dos períodos mensuales consecutivos o más de dos intercalados. Su registro queda a criterio del médico o profesional responsable. Ejemplos de carácter físico son: Otitis media, Infección Urinaria, etc. Igualmente entran en este grupo las alteraciones en el estado emocional o social, que se expresan en síntomas de somatización u otros desórdenes de salud mental,
- 7) *Otros problemas de salud*: Incorpora toda alteración física o emocional que no haya sido previamente incluida en otros grupos. Algunos ejemplos son las enfermedades, dolencias, injurias, traumas, malestares, trastornos, quejas y otros problemas que tienen, tanto una base orgánica como una de origen psicosocial.
- 8) *Necesidades ligadas a la familia*: problemas relacionados a una inadecuada dinámica familiar, que dificultan los esfuerzos por preservar una adecuada funcionalidad familiar, e impiden a sus miembros el ejercer una vida saludable, o les provocan desórdenes de sustrato psico-físico-social. En este grupo se incorporan problemas relacionados a un inadecuado clima familiar, así como cualquier tipo de violencia física o psicológica, los cuales deben ser rápidamente identificados para luego intervenir en ellas, si es posible o necesario,
- 9) *Necesidades derivadas de una disfuncionalidad o discapacidad*: Se refiere a necesidades ligadas a disfunciones físicas o discapacidades, que generan limitación en la autonomía, y requieren procesos de rehabilitación, p.ej. de fisioterapia y reeducación motriz, para recuperar su potencial. Igualmente aduce a desórdenes de la salud mental, cuando ellos inhabilitan a sus portadores a desempeñarse funcionalmente en la sociedad.
- 10) *Necesidades de desarrollo*: Estos se orientan a reforzar el desarrollo personal y el funcionamiento social de una persona, permitiéndole alcanzar su completo potencial humano, durante la transición entre etapas del ciclo vital.

Diagnóstico de necesidades de salud

Tal Diagnóstico de necesidades tiene como objetivo central, inventariar las necesidades de salud en las diferentes esferas que constituyen las personas. Tal proceso irá más allá del recojo de datos referentes a problemas físicos o mentales colaterales a la queja principal de salud, buscando explorar en profundidad otras necesidades relacionadas al mantenimiento de la salud y a la promoción de estilos de vida saludables. Igualmente se explorarán las necesidades relacionadas al logro de una óptima adaptación y desarrollo a cada una de las etapas del ciclo vital, así como problemas originados en una inadecuada dinámica familiar.

Ello podrá realizarse de manera libre, o mediante un cuestionario amplio, y su resultado permitirá generar un completo entendimiento de la persona y su contexto, a partir de sus necesidades de salud. Ellas deberán ser consignadas, independientemente de si tales enfermedades, dolencias, daños, factores de riesgo, condiciones, etc. podrán ser resueltas en un plazo corto o largo.

Entonces, la operativización de dicho Diagnóstico de necesidades se hace posible, empleando instrumentos como la ficha personal o familiar, la sección “Antecedentes patológicos” de la historia clínica convencional, así como otras herramientas para el registro de datos —P.ej. la Base de datos de la Historia Clínica Orientada al Problema (HCOP)—. Además, si es posible, se debe incorporar sus equivalentes para recoger las características de las familias y sus miembros —Ver Subsección III.3.1—. Lo importante, será guardar un cierto orden en tal recojo de datos para no desvalorizar las percepciones y opiniones de los pacientes o usuarios.

Por ello, al realizar esta evaluación progresiva, lo recomendable es concentrarnos en primer lugar en las Necesidades clínicas ligadas a “aquello que no va bien en sus cuerpos”, para reducir rápidamente la ansiedad de los pacientes por tales problemas de salud percibidos. Luego, tanto en secuencia como en paralelo, este diagnóstico debe evaluar las necesidades de salud, para cada uno de los diez bloques de la clasificación respectiva, presentada en el acápite anterior.

No debemos olvidar darle un énfasis especial a la necesidad general que denominamos Inclusión en el sistema. Como se dijo en el acápite anterior, tal necesidad está relacionada con las personas vulnerables que, por barreras de tipo económico, socio-cultural, geográfico, etc. y contra su voluntad, o la de su familia, no pueden insertarse en las acciones regulares propuestas por los servicios de salud.

En los casos más simples, tal necesidad puede ser secundaria a familias cuyos padres deben trabajar todo el día, o porque la atención del padre que ejerce como cuidador es absorbida por alguna otra actividad. En las situaciones más serias, existirán detrás algunos problemas externos como la falta de dinero, o internos, como los desórdenes de salud mental, alguna adicción o problemas en la dinámica familiar. Particularmente, en este último ejemplo, a veces los conflictos son tan serios que impiden a los cuidadores cumplir sus funciones de protección.

Algo semejante, pero de más acentuada urgencia, se aprecia cuando nos referimos a familias bajo violencia física o psicológica, que igualmente son excluidas del sistema por perpetradores temerosos de que en dichos contactos, sus actos hostiles sean denunciados. Particularmente en tales casos es crucial detectar tales familias precozmente para ayudar a los mecanismos sociales a intervenir protegiendo a los miembros más vulnerables.

Es importante recalcar que este Diagnóstico de Necesidades, no requiere ser completamente desarrollado en un solo esfuerzo. El mismo puede establecerse mediante sucesivos acercamientos, a través de consultas de salud, consejerías, chequeos médicos, etc. dentro de los cuales se realiza la adecuada delimitación de las necesidades de salud de cada persona.

Recuerde, finalmente, que como ya se anticipó, este Diagnóstico de Necesidades no se desarrolla una vez excluidas las emergencias, sino sólo en contextos de AP regulares, cuando NO nos encontramos frente a un problema que requiere atención urgente orientada a salvar vidas. En tales casos de problemas agudos que constituyen una emergencia médica, lo indicado siempre será referir al paciente a un servicio de emergencias o entorno hospitalario, para que pueda recibir atención específica para tal urgencia. Posteriormente, implementaremos este Diagnóstico de Necesidades, cuando el paciente retorne a la AP, luego que sus requerimientos apremiantes hayan sido resueltos.

ANEXO 3. Estudios de la Dra. Starfield y equipo para revalorar la Atención Primaria

Si verificamos los diferentes componentes de los Sistemas de salud en la gran mayoría de los países Latinoamericanos —como siempre respetando algunas honrosas excepciones— veremos

que permanecen invariables algunas limitaciones en su constitución. Algunos ejemplos son la gobernanza desarticulada del sistema, la estructura de los presupuestos, mecanismos de flujo financiero o medios de pago que favorecen a los hospitales por encima de la AP, la cadena de abastecimiento con dificultades, las políticas de recursos humanos no adaptadas al tipo de staff que requerimos, etc.

No obstante, dichos sistemas, de tiempo en tiempo, suelen realizar cambios cosméticos en su Subsistema de AP, por ejemplo, inaugurando nuevas unidades, contratando personal adicional para ellas, o dotando de historias electrónicas conectadas a sistema de información computarizados. Luego, sus autoridades suelen argumentar que gracias a tales intervenciones se habían establecido mejoras significativas en tales servicios. Lo cierto es que tal inyección de recursos o adopción de tecnología, rara vez significaba un real cambio en la atención final recibida por los usuarios. Ello es así porque tales intervenciones apenas abarcaban las puntas del sistema y el núcleo de los servicios ofrecidos se mantenía anclado a sus viejas estructuras. Tal disposición sin duda suele obstaculizar el alcanzar una mayor calidad y resolutivez en nuestro trabajo.

En ese sentido, los desarrollos de la Dra. Barbara Starfield, y su equipo, permitieron dar un gran salto al establecer medidas concretas para evaluar cuáles son los elementos que requiere la AP para transformarse en la dirección esperada. Tal claridad de información, no había estado disponible previamente, por la falta de parámetros para medir cuales avances de los servicios de AP, en relación a su imagen objetivo, hacen la diferencia para los usuarios. Ello cambió al formularse los Atributos de la AP mencionados en la Subsección I.2.2.A, y la Fuerza de la Atención Primaria (FuerzaAP), someramente mencionada en la Subsección II.2.2.B, así como herramientas metodológicas para evaluarlos.

A nuestro juicio, el desarrollo de dichos instrumentos ha sido una de las mayores contribuciones hechas con vías a consolidar la valoración positiva de la AP en el mundo. Estas escalas (scores) o cuestionarios, disponibles en la bibliografía especializada, han permitido resaltar, para todo el público interesado, pero especialmente para los planificadores y decisores de las esferas gubernamentales, las ventajas de tener un subsistema de AP con las características mencionadas.

La herramienta principal creada por la Dra. Barbara Starfield, y su equipo, el año 2001, se denominó PCATool (Primary Care Assessment Tool), siendo validada primero en los Estados

Unidos, luego en otros países europeos de habla inglesa, luego en países asiáticos como Corea del Sur, y finalmente se hizo el esfuerzo por validarlo en España, así como en Brasil —donde es llamada PCATool-Brasil— para luego empezar a utilizarse en otros países de la región Latinoamericana a escala reducida. Naturalmente, el PCATool no es el único instrumento propuesto en el mundo, pero sirvió de base para desarrollar numerosos estudios relacionados a la AP. Las investigaciones en ese sentido, tuvieron un papel fundamental, no sólo por los hallazgos positivos para la AP, sino también por favorecer que diversos grupos de estudio desarrollaran sus propios instrumentos, con la misma finalidad, y a partir de los desarrollos previos.

Todos esos esfuerzos de pesquisa se enfocan en medir la orientación hacia la AP de los sistemas de diversos países, o como se describe en la Subsección I.5.1, establecer cuáles son los Sistema de salud que privilegian la AP. Tales estudios, entonces, evalúan la asociación entre haber implementado los Atributos de la AP vistos en el Capítulo III, y diversos resultados positivos para la población y para los servicios de salud. La gran mayoría de ellos han sido exitosos al cuantificar la diferencia entre sistemas que privilegian la AP y la atención sanitaria convencional, para diversos indicadores de interés para la Salud pública.

De ese modo, a partir de investigaciones como las mencionadas, se ha podido recopilar información que verifique si cambios como los presentados al iniciar este Anexo, realmente involucran el núcleo de Atributos de la AP, o si son simplemente cosméticos. Pero lo más importante, tales estudios, en las últimas décadas, aportaron evidencia clave que demuestra que los Sistemas de salud que privilegian la AP son cuantitativamente superiores en cuanto a beneficios para la sociedad.

De ese modo, algunos de los resultados encontrados por el equipo de la Dra. Starfield, al cual se sumaron otros investigadores en el mundo entero, en tres décadas de investigación fueron los siguientes:

Evidencia de Efectividad

Países y regiones con Sistemas de salud que privilegian la AP tienen:

- Una reducción en la tasa de mortalidad por enfermedades pulmonares y cardiovasculares, así como de mortalidad por todas las causas.
- Menor uso de las salas de emergencia de los hospitales, así como de hospitales en general.

- Mejor cuidado preventivo.
- Mejor detección de cáncer de mama, y una reducción en la incidencia y mortalidad causada por el cáncer de colon y cérvix.

Evidencia de Eficiencia

Países y regiones con Sistemas de salud que privilegian la AP tienen:

- Menor uso de pruebas de laboratorio.
- Mayor satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido.
- Menor uso de medicamentos.
- Disminución en los costos totales asociados al cuidado de la salud.

Evidencia de Equidad

Países y regiones con adecuado acceso a servicios de AP, especialmente en áreas con mayor deprivación de recursos, tienen:

- Reducción en las inequidades en cuanto al acceso a los servicios de salud.
- Aumento en el reporte de que ven adecuadamente.
- Aumento en las coberturas de vacunación.
- Mejor control en la presión arterial.
- Mejor cuidado odontológico.
- Reducción en las inequidades en su estado de salud en general.

El paso final de tal esfuerzo de investigación-acción, consistió en utilizar toda esa información disponible para desarrollar una escala que mida el nivel de avance en relación al objetivo general de obtener Sistemas de Salud cuyos diferentes componentes y subsistemas privilegian la AP. El bloque de tales estudios pudo encontrar que habían países como el Reino Unido, Finlandia o Países Bajos, con propuestas antiguas y altamente consolidadas en el área de la AP, los cuales tenían los mejores desempeños en cuanto a su FuerzaAP, seguidos de Canadá, Suecia y España en un nivel intermedio en ambas escalas, por encima de por ejemplo Alemania y Estados Unidos (EEUU), cuya indicador equivalente era incipiente. No se ha medido aún la FuerzaAP para todos los países de Latinoamérica, pero algunos reportes aislados a nivel de región permiten avizorar resultados no tan prometedores. Ello está en concordancia con lo que el sentido común de quienes trabajan en el sistema pueden verificar sin necesidad de investigaciones especiales.

Posteriormente, esta FuerzaAP fue cruzada, al nivel de marcador macro, con indicadores que medían el alcance de sus metas por cada sistema a nivel nacional, permitiendo estudiar por primera vez, la asociación entre el desempeño de la AP en diversos países y los resultados del sistema sanitario a nivel global. Los resultados fueron contundentes. Por ejemplo, en la Figura 3 del Capítulo 2, se encontró una correlación inversa entre el desempeño en AP como sistema y resultados finales en cuanto a mortalidad, morbilidad y otros relacionados. De este modo, los países que tenían mayor FuerzaAP tenían mejores resultados como sistema, tal vez con una ligera distorsión —que merecería ser estudiada mejor— para el Reino Unido y Finlandia, mientras que países como Alemania y EEUU, con menores niveles de desempeño para la FuerzaAP tenían igualmente peores resultados sanitarios como sistema.

Adicionalmente, un análisis específico para verificar la asociación entre los costos que representan para el país sus sistemas de salud, y la orientación de este hacia la AP, mostrado en la figura 2 del Capítulo 2, encontró resultados contundentes. Así, este estudio pudo verificar que los sistemas orientados hacia la AP tienen un menor costo global —aunque la tendencia no es tan marcada como en el análisis anterior— y viceversa, con un remarque especial para los EEUU, cuyo costo anual en materia de salud se aproxima a los dos billones de dólares por año, sin que los resultados obtenidos para su población sean alentadores. Ello operó, tanto para la cobertura de necesidades de salud, como la satisfacción global, la continuidad y longitudinalidad de la atención, entre otros indicadores.

En una escala menor, algunos estudios apuntan al hecho de incorporar principios ampliamente valorados por la MF/F y la AP, en diversos países, destacando iniciativas como: 1) el vínculo según familias y equipos asignados por territorio, 2) el cambio de enfoque para considerar a familias más que a usuarios individuales como el foco de los servicios de salud, 3) historias familiares, etc. Diversos estudios, en ese sentido, han encontrado tales prácticas, asociadas a un mejor desempeño a este respecto.

A partir de toda esa información, muchos países y entidades multilaterales comprendieron la importancia de expandir los sistemas orientados hacia la AP como un modo de obtener mejores resultados sanitarios en sus regiones y naciones. Sin embargo, como ya se mencionó, aún no se ha generalizado la evaluación de los Sistemas de salud en Latinoamérica, con vistas a precisar hasta qué punto ellos privilegian la AP. Se espera que,

- *Reforzar la acumulación de competencias en los Especialistas en MF/F.* Al respecto, es un secreto a voces que los programas de especialización y el número de candidatos admitidos, se han multiplicado a un ritmo mucho mayor que la capacidad para mantener una oferta docente de calidad. Ello derivó en los Programas de especialización en modalidad “Internado grande” —Ver Subsección II.2.3.C—, que únicamente ofrecen rotaciones hospitalarias de limitado valor para formar especialistas que se desempeñarán en la AP. Debemos insistir en que sólo si los egresados de los Programas de Especialización en MF/F, están bien preparados y hábiles para desarrollar su labor según estándares internacionales, podrá cumplirse con los retos previamente planteados. Es un enorme desafío para los docentes de los programas mencionados, que sus egresados adquieran realmente las competencias perseguidas, y tienen una gran responsabilidad en que ello ocurra.

I.4 Enfoques priorizados por las reformas sanitarias

I.4.1 La Atención Integral de Salud

“La cobertura universal (de las necesidades de salud de la gente), y no la tecnología de la medicina, es el fundamento de un sistema que verdaderamente cuide la salud de las personas”.

Richard Lamm

Antes de iniciar esta subsección debemos aclarar que la Atención Integral de Salud (AIS) tiene dos vertientes. La primera corresponde al lado más técnico, incluyendo sus fundamentos teóricos y basamentos conceptuales. La segunda vertiente alude a sus connotaciones políticas y estratégicas sobre las cuales se construyeron las Reformas sanitarias en Latinoamérica. Estos últimos aspectos fueron abordados en la Subsección I.3.2, mientras que aquí nos concentramos en la primera vertiente.

Empezaremos diciendo que, si bien la AIS es conocida por su valor para las Reformas Sanitarias antes mencionadas, ella ya es citada en lugar relevante en los textos de los pensadores fundadores de la especialidad de la MF/F, como Taylor, Rakel o McWhinney, los que fueron escritos promediando la segunda mitad del siglo pasado.

Por ese motivo, puede decirse que dicha AIS revisita principios e ideales cuyas raíces están fuertemente ancladas en el inicio de la disciplina que nos convoca. En ese sentido, es una excelente noticia saber que dicha AIS, e indirectamente las reformas ligadas a ella, tienen enormes coincidencias con antiguas banderas impulsadas desde décadas antes por la MF/F.

Si buscamos el referente de la AIS en los tiempos modernos, este se conecta directamente con lo propuesto por la Dra. Bárbara Starfield para el Atributo de la AP denominado “Integralidad de la Atención” —Ver Subsección 1.2.2.A—.

Además, las acciones propuestas por la AIS también se inspiran en el Abordaje de la cobertura de las necesidades de salud de las personas, generando una amalgama de principios que se traducen en aspectos como:

- Se ve a los pacientes abarcando sus diversas esferas de ser biopsicosocial, en vez de sólo limitarse a atender el “síntoma principal” que trae la persona.
- No se enfoca separadamente en lo recuperativo, ligado a lo orgánico-biológico, sino que se busca lidiar en simultáneo con lo emocional-mental, y con lo preventivo promocional, e incluso con la Atención centrada en la familia, cuando ello es necesario.
- Propone una “estrategia colectiva” para su implementación, basada en la masificación de la oferta de Paquetes de AIS, estandarizados para responder al promedio de las necesidades de salud de su ciclo vital.

Con todo ello en consideración, se puede decir que la AIS se basa sobre una serie de elementos emblemáticos que se resumen en el Cuadro 9, y se describen a continuación.

- *Sujeto de trabajo*: Corresponde a las personas con su carácter multidimensional, y siendo abordados como seres biopsicosociales, inmersos en entornos familiares, comunitarios, sociales, etc. Tales sujetos, así contemplados, constituyen el centro del Modelo de Atención, y no así los daños o enfermedades.

Dicho enfoque amplio, se enraíza en la casi global percepción del ser humano de estar constituidos por conexiones con sus pares, como parte de organizaciones culturales, sociales, espirituales, etc. que trascienden su identidad individual.

- *Contenido de la oferta de servicios*: Esta oferta de servicios se ofrece de modo consolidado, encadenando diversos contactos, prestaciones, interacciones clínicas y

cuidados, en los denominados Paquete de AIS y, en menor extensión en Planes integrales. Por su relevancia ellos son descritos en detalle en el acápite siguiente.

Cuadro 9. Componentes de una definición de Atención Integral de Salud

Sujeto de trabajo	Personas en su carácter multidimensional
Contenido de la oferta de servicios	Oferta de servicios de modo consolidado incluyendo múltiples prestaciones y contactos incluidos en Paquetes de AIS
Continente de la oferta de servicios	Arreglos a implementar por los establecimientos y equipos para ofrecer prestaciones y contactos a la población
Escenario para la provision de servicios	Diversos escenarios en los que se ofrecen los servicios de salud incluidos en los Paquetes de AIS: Hogar, establecim. y unidades de salud, escuelas, comunidad, centros laborales, etc.
Coordinación entre servicios	Oferta en red para cubrir personas, familias y comunidades. Incorpora nivel primario, secundario, terciario y el trabajo desplegado en el seno de la comunidad

→ *Continente de la oferta de servicios:* Este representa los arreglos prácticos que deben realizarse al interior de los equipos de AP, para ofrecer los Paquetes de AIS y Planes Integrales.

No nos vamos a extender en este punto que se relaciona con las Prestaciones Holísticas —Ver Subsección I.2.2.D—, las cuales traducen adecuadamente la Integralidad de la Atención, cuando vistas en una interacción puntual.

→ *Escenario para la provisión de la oferta de servicios:* Se espera que este conjunto de continente y contenido de la AIS sean ofrecidos en diversos escenarios —hogar, escuela, comunidad, establecimientos de salud y otros—, priorizando las Unidades de AP.

En la Subsección III.2.3 se presenta someramente, una modalidad de trabajo basada en la vinculación de equipos de AP con sectores geográficos de la población. Tal esquema puede ejemplificar como se reordenan los servicios de salud para ofrecer el continente y contenido de la AIS, con la comunidad como escenario.

→ *Coordinación entre servicios:* Si bien las Unidades de AP son el espacio priorizado para ofrecer estos Paquetes de AIS, con frecuencia, las personas a nuestro cargo requerirán prestaciones que excedan lo que se les puede ofrecer en la AP. Ello ocurre, por ejemplo, en casos como una emergencia quirúrgica, un cuadro agudo que no podemos diagnosticar, un problema crónico difícil de controlar, etc.

Para responder a tal tipo de desafíos, es necesario una correcta coordinación y organización del nivel primario y del nivel especializado, articulando sus establecimientos. Ello ocurriría, por ejemplo, en las Redes Integradas de servicios a describirse en la Subsección I.4.3.A.

Así, si debemos ofrecer una definición para la AIS, basados en los aspectos que acabamos de ver, aquella podría resumirse en los siguientes términos:

“Es la provisión continua y con calidad, de una atención médica orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, enfocándose en la persona como un todo, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención se organiza, idealmente, mediante Paquetes de AIS ofrecidos en diversos escenarios y está a cargo de personal de salud competente, trabajando a partir de un enfoque biopsicosocial, y con los diferentes niveles de atención actuando como un equipo de salud coordinado, el cual cuenta con la participación de la sociedad.”

A. Los Paquetes de Atención Integral de Salud y los Planes Integrales

“Mantener el cuerpo con buena salud es un deber, de otro modo, no podríamos mantener nuestra mente fuerte y clara”

Buda

Tal vez el sello distintivo de la AIS y de los Modelos de atención que se inspiraron en ella, fueron los denominados Paquete de AIS. Ellos resaltaron la importancia de proveer una oferta concatenada de contactos y prestaciones para cada etapa del ciclo vital, orientada a obtener resultados a nivel individual, que a la larga podrían tener impacto en indicadores colectivos.

Tales paquetes tienen tres objetivos principales:

- 1) Responder a las necesidades más relevantes en una etapa específica del ciclo vital de la persona.
- 2) Incorporar la diversidad de acciones necesarias para actuar en el ámbito recuperativo, como preventivo y de rehabilitación.
- 3) Cubrir tales necesidades con una adecuada Integralidad de la Atención, evitando la fragmentación, el manejo ineficiente, la multiplicación de los costos, etc.

**Una publicación de la Unidad Técnica
para el Entrenamiento, Mejoramiento y
la Actualización en Medicina Familiar,
Atención Primaria y Salud Global**

**Libro: “ELEMENTOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA Y MEDICINA FAMILIAR”**

AUTOR: Miguel Suárez Bustamante

Disponible para su compra en:

https://www.amazon.com/dp/B0G24CML26?ref=pe_93986420_774957520

Reseña disponible en:

<https://team-mf-aps.org/pbs/>

