





# Atención primaria

## Dar prioridad a la persona



*En este capítulo se explica que la atención primaria combina de forma segura, eficaz y socialmente productiva la promoción y la prevención, los cuidados y la asistencia, uniéndolos en el punto de interacción entre la población y el sistema de salud. Lo que se precisa para lograr ese objetivo, en pocas palabras, es «dar prioridad a las personas»: tener en cuenta de manera equilibrada la salud y el bienestar, así como los valores y las capacidades, de la población y de los trabajadores sanitarios<sup>1</sup>. En primer lugar se describen las características de la atención de salud que, junto con la eficacia y la seguridad, son esenciales para conseguir mejorar los resultados sanitarios y sociales.*

### Capítulo 3

La buena atención gira en torno a la persona	44
Rasgos distintivos de la atención primaria	46
La organización de redes de atención primaria	55
Seguimiento de los progresos	60

Esas características son la centralidad de la persona, la integralidad y la integración, y la continuidad de la asistencia, con un punto de acceso sistemático al sistema sanitario para que los pacientes y quienes les atienden puedan entablar una relación duradera basada en la confianza. A continuación se describe todo lo que ello implica para la organización de la prestación de atención sanitaria: el cambio necesario de la atención especializada por otra de carácter ambulatorio y generalista que se responsabilice de una determinada población y sea capaz de coordinar el apoyo brindado por los hospitales, los servicios especializados y las organizaciones de la sociedad civil.

### La buena atención gira en torno a la persona

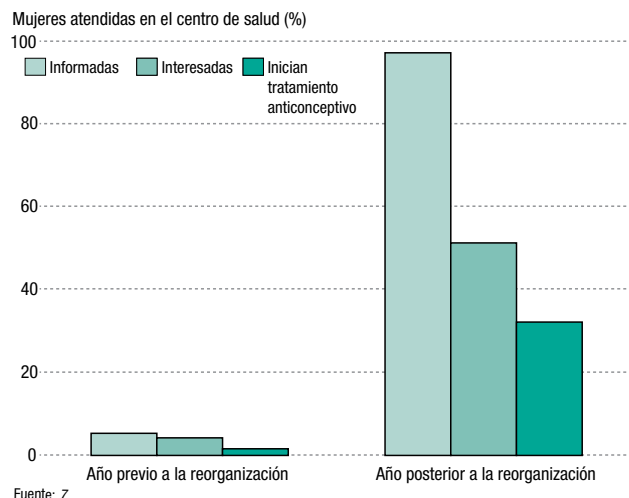
La ciencia biomédica es y debe ser el núcleo de la medicina moderna. Sin embargo, como señaló William Osler, uno de sus fundadores, «es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad que la clase de enfermedad que tiene un paciente»<sup>2</sup>. El insuficiente reconocimiento de la dimensión humana de la salud y de la necesidad de adaptar las intervenciones de los servicios de salud a las peculiaridades de cada comunidad y situación individual son fallos importantes de la atención de salud contemporánea que no sólo generan inequidad y resultados sociales mediocres, sino que también limitan el rendimiento en forma de resultados sanitarios que deberían arrojar las inversiones en salud.

Dar prioridad a las personas, que es el objetivo primordial de las reformas de la prestación de servicios, no es un principio trivial pues puede requerir desviaciones importantes – aunque a menudo sencillas – de la forma habitual de trabajar. La reorganización de un centro médico en Alaska, en los Estados Unidos, que gestionaba 45 000 contactos de pacientes cada año, demuestra hasta qué punto los efectos de esas reformas pueden ser profundos. El funcionamiento del centro no satisfacía demasiado ni al personal ni a sus clientes hasta que se decidió establecer una relación directa entre cada individuo y familia de la comunidad y un determinado miembro de la plantilla<sup>3</sup>. De ese modo el personal estuvo en condiciones de conocer la historia clínica de «sus» pacientes y comprender su situación personal y familiar. Las personas, por su parte, pudieron

conocer a su proveedor de salud y confiar en él: ya no tenían que tratar con una institución, sino que acudían a su dispensador personal de atención. Así se aplacaron las reclamaciones que acusaban a los servicios de excesiva compartimentación y fragmentariedad<sup>4</sup>. Las visitas al servicio de urgencias se redujeron un 50% aproximadamente y las derivaciones a servicios de atención especializada un 30%; el tiempo de espera se redujo significativamente. Gracias a un menor número de visitas «de rebote» causadas por problemas de salud sin resolver, en la práctica la carga de trabajo se redujo y la satisfacción laboral del personal aumentó. Y, por encima de todo, las personas tuvieron la impresión de que se las escuchaba y respetaba – un aspecto clave de lo que la gente aprecia en la atención de salud<sup>5,6</sup>. Un sistema burocrático lento se transformó de ese modo en un sistema receptivo y orientado a las necesidades de los clientes, y controlado por ellos<sup>4</sup>.

En unas circunstancias muy diferentes, los centros de salud de Ouallam, una comarca rural del Níger, pusieron en marcha una reorganización igual de sencilla en su forma de trabajar con el fin de dar prioridad a las personas. En lugar de las tradicionales consultas de atención curativa por la mañana y los dispensarios especializados por la tarde (para la vigilancia del crecimiento, la planificación familiar, etc.), se ofreció toda la gama de servicios durante todo el día, al tiempo que las enfermeras recibieron instrucciones para entablar un diálogo activo con sus pacientes. Ya

**Figura 3.1** Efectos de la reorganización de los horarios de trabajo en la utilización de métodos anticonceptivos en centros de salud rurales en el Níger





no esperaban, por poner un ejemplo, a que fueran las mujeres quienes pidiesen anticonceptivos, sino que aprovechaban cada contacto para informarles sobre los distintos servicios disponibles. En el plazo de unos meses la escasa utilización de los servicios de planificación familiar, atribuida antes a obstáculos culturales, fue cosa del pasado (figura 3.1)<sup>7</sup>.

La experiencia que tienen las personas de la atención que dispensa el sistema de salud está determinada principalmente por el trato que reciben cuando sufren un problema y buscan ayuda: por la capacidad de respuesta de la interfaz de personal sanitario entre la población y los servicios de salud. La gente valora una cierta libertad de elección del proveedor de salud porque prefieren a alguien confiable y que la atienda con prontitud y en un entorno adecuado, con respeto y confidencialidad<sup>8</sup>.

La prestación de atención sanitaria puede ganar en eficacia si se logra que sea más atenta y cómoda, como sucedió en el distrito de Ouallam. Sin embargo, la atención primaria es algo más

que abreviar el tiempo de espera, adaptar los horarios de apertura o conseguir que el personal sea más educado. Los agentes de salud han de atender a las personas a lo largo de toda su vida, como individuos y como miembros de una familia y una comunidad cuya salud debe protegerse y mejorarse<sup>9</sup>, y no sólo como partes anatómicas con síntomas o trastornos que requieren tratamiento<sup>10</sup>.

Las reformas de la prestación de servicios que propugna el movimiento en favor de la APS tienen por objeto situar a las personas en el centro de la atención sanitaria para conseguir que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos. Los servicios de salud que aplican este principio comienzan por establecer una relación estrecha y directa entre los individuos y las comunidades y sus dispensadores de atención. De ese modo se dispone de una base para aplicar los principios de centralidad de la persona, continuidad, integralidad e integración, que constituyen las características distintivas de la atención primaria. El cuadro 3.1 resume las diferencias entre

**Cuadro 3.1** Aspectos de la atención que distinguen la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona

Atención médica ambulatoria de carácter convencional en dispensarios o ambulatorios	Programas contra enfermedades	Atención primaria centrada en la persona
Focalización en la enfermedad y la curación	Focalización en las enfermedades prioritarias	Focalización en las necesidades de salud
Relación circunscrita al momento de la consulta	Relación circunscrita a la ejecución de los programas	Relación personal duradera
Atención curativa episódica	Intervenciones de lucha contra las enfermedades definidas por los programas	Atención integral, continua y centrada en la persona
Responsabilidad limitada a la prestación de asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades entre la población destinataria	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital; responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de lucha contra las enfermedades	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad

la atención primaria y la atención prestada en entornos convencionales, como dispensarios o ambulatorios de hospitales, o a través de programas de lucha contra las enfermedades que determinan la configuración de muchos servicios de salud en entornos que disponen de recursos limitados. En la sección siguiente se examinan estos rasgos característicos de la atención primaria y se explica cómo contribuyen a mejorar los resultados sanitarios y sociales.

## Rasgos distintivos de la atención primaria

### La eficacia y la seguridad no son meras cuestiones técnicas

La atención de salud debe ser eficaz y segura. Los profesionales y la población a menudo sobervaloran el funcionamiento de sus servicios de salud. La aparición de la medicina basada en la evidencia en los años ochenta ha contribuido a conferir a la adopción de decisiones sanitarias el poder y el rigor de los datos científicos<sup>11</sup>, sin dejar de tener en cuenta los valores y preferencias del paciente<sup>12</sup>. Durante el último decenio se han llevado a cabo varios centenares de exámenes de la eficacia<sup>13</sup>, que han propiciado una mejora de la información sobre las opciones de que disponen quienes se ocupan de la atención de salud cuando atienden a sus pacientes.

La medicina basada en la evidencia, sin embargo, no puede por sí sola garantizar que la

atención de salud sea eficaz y segura. La creciente toma de conciencia sobre las muchas formas en que la atención puede verse comprometida está propiciando un aumento gradual de los niveles de calidad y seguridad (recuadro 3.1). Hasta el momento, sin embargo, esos esfuerzos se han concentrado excesivamente en la atención hospitalaria y especializada, sobre todo en los países de ingresos altos y medios, mientras que se ha prestado mucha menos atención a la eficacia y la seguridad de la atención ambulatoria generalista, ámbito donde se producen la mayoría de las interacciones entre las personas y los servicios de salud<sup>14</sup>. Se trata de una cuestión de particular importancia en los entornos de atención mercantilizada no regulada de muchos países en desarrollo, donde no suele haber una buena relación costo-calidad (recuadro 3.2)<sup>15</sup>.

Los parámetros técnicos y de seguridad no son los únicos determinantes de los resultados sanitarios. La lamentablemente baja tasa de éxito en la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño observada en un estudio realizado en Côte d'Ivoire (figura 3.2) pone de manifiesto que hay otras características de la organización de la atención de salud igualmente fundamentales: disponer de los medicamentos adecuados no es suficiente. El trato que reciben las personas en los servicios también es de vital importancia. Las encuestas realizadas en Alemania, Australia, el Canadá, los Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido indican que un gran número

### Recuadro 3.1 Hacia una ciencia y cultura de la mejora: evidencia para promover la seguridad del paciente y obtener mejores resultados

Los resultados de la atención de salud dependen del equilibrio alcanzado entre el valor añadido del tratamiento o intervención y los posibles perjuicios para el paciente<sup>16</sup>. Hasta hace poco se ha subestimado la magnitud de esos perjuicios. En los países industrializados, aproximadamente 1 de cada 10 pacientes sufre daños causados por eventos adversos que habrían podido evitarse durante el tratamiento<sup>17</sup>; sólo en los Estados Unidos esos eventos causan hasta 98 000 muertes cada año<sup>18</sup>. Contribuyen a ese estado de cosas múltiples factores<sup>19</sup>, que van desde fallos sistémicos hasta problemas de competencia, pasando por la presión social sobre los pacientes para que se sometan a procedimientos arriesgados y el uso incorrecto de la tecnología<sup>20</sup>. Casi el 40% de las 16 000 millones de inyecciones que se suministran en todo el mundo cada año, por ejemplo, se efectúa con jeringas y agujas que se reutilizan sin haber sido esterilizadas<sup>14</sup>, de modo que todos los años esas inyecciones provocan la muerte de 1,3 millones de personas y la pérdida de casi 26 millones de años de vida, principalmente a causa de la transmisión de la hepatitis B y C y del VIH<sup>21</sup>.

Suscita especial preocupación la escasez de información sobre el alcance y los determinantes de la atención peligrosa en los países de ingresos bajos y medios. En una situación de atención mercantilizada y no regulada, controles de calidad deficientes y recursos sanitarios limitados, los usuarios de atención sanitaria en los países de ingresos bajos pueden estar mucho más expuestos al riesgo de daños no intencionados que los pacientes de los países de renta alta. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente<sup>22</sup>, entre otros, aboga por aumentar la seguridad de los pacientes mediante intervenciones sistémicas y cambios de la cultura organizacional, en lugar de recurrir a la denuncia de determinados médicos o administradores de la atención de salud<sup>23</sup>.



de pacientes perciben riesgos para la seguridad, escasa coordinación de la atención y deficiencias en la atención prestada a personas con afecciones crónicas<sup>25</sup>. La comunicación es a menudo insuficiente, y la información sobre las pautas de tratamiento, nula. Casi uno de cada dos pacientes considera que los médicos nunca o rara vez le pidieron su opinión sobre el tratamiento. Cabe la posibilidad de que los pacientes consulten a diferentes proveedores por afecciones relacionadas, a veces la misma, lo que provoca, debido a la falta de coordinación entre los proveedores, duplicaciones y contradicciones<sup>25</sup>. Esta situación es parecida a la observada en otros países, como Etiopía<sup>26</sup>, el Pakistán<sup>27</sup> y Zimbabwe<sup>28</sup>.

En los últimos años, sin embargo, se han hecho progresos. En los países de renta alta, la lucha contra las enfermedades crónicas, los problemas de salud mental, la multimorbilidad y la dimensión social de las enfermedades han destacado la necesidad de aplicar enfoques más integrales y centrados en la persona y de garantizar la continuidad de la atención. Esto se ha debido a la presión no sólo de los usuarios, sino también de los profesionales, que han reparado en la importancia decisiva de esos aspectos para atender mejor a sus pacientes. Muchos profesionales sanitarios han comenzado a darse cuenta de las desventajas

de los enfoques clínicos demasiado circunscritos, por ejemplo en el caso de las enfermedades cardiovasculares, y ello ha tenido como resultado positivo el desdibujamiento de las fronteras tradicionales entre la atención curativa, la medicina preventiva y la promoción de la salud.

En los países de ingresos bajos se aprecia la misma evolución. En los últimos años muchos de los programas contra enfermedades infecciosas prioritarias han dedicado gran atención a la integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona. A menudo los servicios de salud materno-infantil han encabezado esos intentos, organizando una atención continua y aplicando un enfoque integral. Este proceso se ha consolidado mediante la iniciativa conjunta UNICEF/OMS de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia<sup>30</sup>. La experiencia adquirida con iniciativas como el Programa Ampliado de Inmunización de la OMS ha puesto a los profesionales de salud de muchos países en desarrollo un paso por delante en comparación con sus colegas de los países de renta alta, al hacerlos más conscientes de que son responsables no sólo de los pacientes, sino también de la cobertura de la población. Más recientemente, los programas contra el VIH/SIDA han llevado a los proveedores y los planificadores de políticas a percatarse de

### **Recuadro 3.2** Cuando la demanda inducida por el proveedor y motivada por el consumidor determinan el consejo médico: un ejemplo de atención ambulatoria en la India

«La Sra. S es una paciente normal y corriente que vive en la ciudad de Delhi. En un radio de 15 minutos a pie de su casa hay más de 70 proveedores privados de atención médica (como prácticamente sucede con cualquier hogar de su ciudad). La Sra. S elige el consultorio privado donde atienden a los pacientes el Dr. SM y su esposa. En la entrada hay un letrero bien visible que dice “Sra. MM, Medalla de Oro, MBBS”, lo que da a entender que la clínica cuenta con un doctor en medicina muy competente (“MBBS”, doctor en medicina y cirugía, es el grado básico de un médico, al igual que en el sistema *British 2*). Resulta que, en realidad, la Sra. MM rara vez aparece por el consultorio. Nos dijeron que a veces iba a las 4 de la madrugada para evitar las largas filas que se forman cuando la gente sabe que va a estar allí. Más adelante descubrimos que había dado su nombre “en franquicia” a varios consultorios. De manera que la Sra. S es atendida por el Dr. SM y su esposa, que recibieron formación en medicina ayurvédica tradicional mediante un curso de educación a distancia de seis meses de duración. El médico y su esposa se sientan ante una pequeña mesa flanqueada en un lado por un gran número de frascos llenos de comprimidos, y en el otro por un banco en el que se sientan los pacientes formando una cola que llega hasta la calle. La Sra. S está sentada en un extremo de ese banco. El Dr. SM y su esposa son los dispensadores de salud más populares de todo el barrio: cada día atienden a más de 200 pacientes. Por término medio, el médico pasa 3,5 minutos con cada paciente, le hace 3,2 preguntas y realiza 2,5 exploraciones. Tras el diagnóstico, el médico toma dos o tres comprimidos diferentes, los machaca con mortero y almirez y prepara con papel pequeños envoltorios del polvo resultante. Se lo da a la Sra. S y le pide que los tome durante dos o tres días. Entre esos medicamentos suele haber un antibiótico y un analgésico y antiinflamatorio. El Dr. SM nos dice que debe afrontar cada día expectativas poco realistas de los pacientes, tanto por su elevado número como por el hecho de que le piden tratamientos que incluso él sabe que son inadecuados. El Dr. SM y su esposa parecen muy motivados para prestar atención a sus pacientes e incluso con una sala de consultas tan concurrida pasan más tiempo con ellos que el que les dedicaría un médico del sector público. Sin embargo, no se limitan a aplicar sus conocimientos [...] y, en cambio, dispensan tratamientos como esos comprimidos triturados en un envoltorio de papel, lo que se traducirá en un mayor número de pacientes dispuestos a pagar más por sus servicios.<sup>24</sup>»

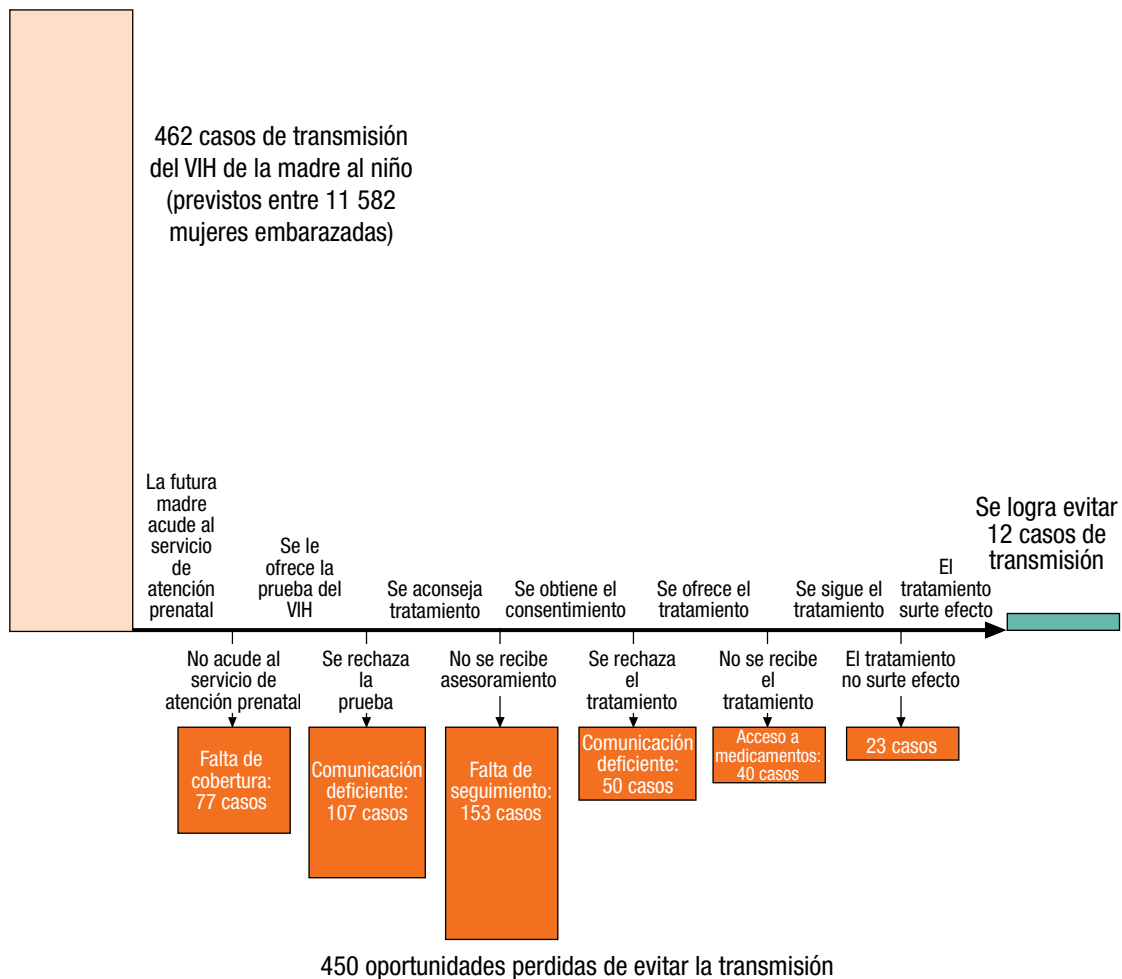
la importancia del asesoramiento, la continuidad asistencial, la complementariedad de la prevención, el tratamiento y la atención paliativa y, algo fundamental, del valor de la empatía y de saber escuchar a los pacientes.

**Entender a la gente: la atención centrada en la persona**

Cuando la gente cae enferma se preocupa mucho menos de aspectos de la gestión como la productividad, los objetivos sanitarios, la costoeficacia y la organización racional que de su propia situación. Cada individuo experimenta y afronta los problemas de salud a su manera en el marco de las circunstancias particulares de su vida<sup>31</sup>. Los

agentes de salud deben ser capaces de desenvolverse en esa diversidad. No obstante, para quienes trabajan en los puntos de contacto entre la población y los servicios de salud el reto es mucho más complicado que para un servicio de derivación especializado: manejar una enfermedad bien definida es un problema técnico relativamente sencillo. Manejar los problemas de salud, en cambio, es más complicado porque hay que entender a la gente de manera holística: sus problemas físicos, emocionales y sociales, su pasado y su futuro, y las realidades del mundo en que viven. Sin una perspectiva global de la persona, atenta al contexto familiar y comunitario, se pierden de vista aspectos importantes de la salud que a

**Figura 3.2** Oportunidades perdidas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño en Côte d'Ivoire<sup>29</sup>: en la práctica sólo se consigue evitar una proporción ínfima de los casos de transmisión previsible





primera vista no encajan en las distintas categorías de enfermedad. La violencia de pareja contra la mujer (recuadro 3.3), por ejemplo, puede ser detectada, evitada o mitigada por unos servicios de salud suficientemente próximos a las comunidades atendidas y por agentes de salud que conozcan a las personas en su comunidad.

La gente desea que el trabajador sanitario comprenda su caso, que entienda su sufrimiento y los problemas que afrontan. Lamentablemente muchos proveedores descuidan este aspecto de la relación terapéutica, sobre todo cuando atienden a grupos desfavorecidos. En muchos servicios de salud la capacidad de respuesta y la centralidad de la persona se consideran sólo bienes de lujo para unos pocos elegidos.

En los últimos 30 años, numerosos datos científicos han demostrado que la centralidad de la persona no sólo es importante para aliviar la ansiedad del paciente o mejorar el grado de satisfacción laboral del proveedor<sup>50</sup>. La respuesta a un problema de salud será en general más eficaz si el proveedor entiende sus distintas dimensiones<sup>51</sup>. Para empezar, simplemente preguntando a los pacientes cómo sobrellevan la enfermedad, cómo afecta a sus vidas, sin limitarse sólo a la dolencia, se produce un aumento cuantificable de la confianza y la observancia<sup>52</sup> que permite que paciente y proveedor hallen un terreno común para el tratamiento clínico y facilita la integración de la prevención y la promoción de la salud en la respuesta terapéutica<sup>50,51</sup>. De este modo, la centralidad de la persona se convierte en el

### Recuadro 3.3 Respuesta de la atención de salud a la violencia de pareja contra las mujeres

La violencia del compañero íntimo tiene numerosas consecuencias bien documentadas en la salud de la mujer (y de los hijos), tales como lesiones, dolor crónico, embarazos involuntarios y no deseados, complicaciones del embarazo, infecciones de transmisión sexual y una amplia variedad de problemas de salud mental<sup>32,33,34,35,36,37</sup>. Las mujeres víctimas de violencia son usuarias asiduas de los servicios de salud<sup>38,39</sup>.

Los trabajadores sanitarios están por tanto bien situados para detectar y dispensar atención a las víctimas de violencia, por ejemplo derivándolas para que reciban apoyo psicosocial, jurídico y de otro tipo. Con sus intervenciones pueden reducir el impacto de la violencia en la salud y el bienestar de la mujer y de sus hijos, así como ayudar a evitar nuevas manifestaciones de violencia.

Las investigaciones muestran que la mayoría de las mujeres consideran que los médicos deberían preguntarles si sufren violencia<sup>40</sup>. Aunque no esperan que lleguen a resolver su problema, les gustaría que se las escuchara y tratara sin sentirse criticadas y obtener así el apoyo que necesitan para tomar decisiones. Sin embargo, a los dispensadores de salud a menudo les resulta difícil hacer ese tipo de preguntas. Carecen del tiempo, la formación y la competencia necesarios para hacerlo adecuadamente y prefieren no verse implicados en acciones judiciales.

Sigue habiendo controversia respecto al método que deberían utilizar los proveedores de salud para responder con la máxima eficacia a la violencia<sup>41</sup>. En general se les aconseja que pregunten a todas las mujeres acerca de posibles abusos por parte de su compañero íntimo como una parte rutinaria de cualquier evaluación de su salud, a modo de «cribado» sistemático<sup>42</sup>. Según varios análisis, esta técnica ha permitido aumentar la tasa de identificación de las mujeres víctimas de violencia en los dispensarios de atención prenatal y de atención primaria, pero no está claro que se aplicara de forma constante<sup>40</sup> o fuera eficaz en cuanto a sus resultados sanitarios<sup>43</sup>. Entre las mujeres que han residido en casas de acogida, hay pruebas de que las que recibieron un servicio específico de asesoramiento y promoción informaron de una menor tasa de reincidencia y una mejor calidad de vida<sup>44</sup>. Del mismo modo, entre las mujeres que habían sufrido violencia durante el embarazo, las que recibieron «consejo de empoderamiento» informaron de un funcionamiento mejor y de menos abusos físicos no graves y psicológicos, y obtuvieron puntuaciones más bajas en lo relativo a la depresión puerperal<sup>45</sup>.

Aunque todavía no hay consenso sobre la estrategia más eficaz, se impone la idea de que los servicios de salud deben intentar identificar y apoyar a las mujeres que sufren violencia<sup>46</sup>, y de que los proveedores de salud deben recibir una buena formación al respecto, pues ello es fundamental para fomentar su capacidad y competencias. Los dispensadores de salud deberían, como mínimo, estar informados sobre la violencia contra la mujer, su prevalencia e impacto en la salud, las circunstancias sospechosas y la mejor manera de intervenir. Evidentemente, todo esto tiene implicaciones prácticas; por ejemplo, en caso de agresión sexual, el personal debe ser capaz de dispensar el tratamiento y la atención necesarios, como anticonceptivos de emergencia y profilaxis para las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH si procede, así como de prestar apoyo psicosocial. Hay también otros aspectos a tener en cuenta: los trabajadores sanitarios han de saber cómo documentar cualquier lesión lo más completa y cuidadosamente posible<sup>47,48,49</sup> y cómo trabajar con la comunidad – en particular con los hombres y los niños – para cambiar las actitudes y las prácticas relacionadas con la desigualdad y la violencia de género.

**Cuadro 3.2** Centralidad de la persona: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados

Mejora de la intensidad del tratamiento y la calidad de la vida – Ferrer (2005) <sup>54</sup>
Mayor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas de los pacientes – Gulbrandsen (1997) <sup>55</sup>
Mayor satisfacción en cuanto a la comunicación – Jaturapatporn (2007) <sup>56</sup>
Mejora de la confianza del paciente al tratar problemas delicados – Kovess-Masféty (2007) <sup>57</sup>
Aumento de la confianza y de la observancia del tratamiento – Fiscella (2004) <sup>52</sup>
Mejor integración de la atención preventiva y promocional – Mead (1982) <sup>50</sup>

«método clínico de democracia participativa»<sup>53</sup>, mejorando de manera cuantificable la calidad de la atención, la eficacia del tratamiento y la calidad de vida de quienes se benefician de ese tipo de atención (cuadro 3.2).

En la práctica, los médicos rara vez abordan las inquietudes, las creencias y los conocimientos

de sus pacientes acerca de la enfermedad, y pocas veces comparten con ellos las opciones disponibles para manejar el problema<sup>58</sup>. Se limitan a simples prescripciones técnicas, haciendo caso omiso de dimensiones humanas complejas y decisivas para que la atención sea idónea y eficaz<sup>59</sup>.

Sucede así que con demasiada frecuencia el asesoramiento técnico sobre el modo de vida, el plan de tratamiento o la derivación no sólo ignora las limitaciones del entorno en que vive la gente, sino también sus posibilidades de autoayuda para hacer frente a una gran variedad de problemas de salud, desde la diarrea<sup>60</sup> al tratamiento de la diabetes<sup>61</sup>. Sin embargo, ni la enfermera de un centro de salud rural en el Níger ni un médico general en Bélgica pueden, por ejemplo, derivar a un paciente al hospital sin negociar antes<sup>62,63</sup>, esto es, sin tener en cuenta, además de los criterios médicos, los valores del paciente y de la familia, su modo de vida y su manera de enfocarla<sup>64</sup>.

Pocos proveedores de servicios de salud han recibido capacitación para dispensar una atención centrada en la persona. La falta de una preparación adecuada se ve agravada por los conflictos interculturales, la estratificación social, la discriminación y la estigmatización<sup>63</sup>. Como consecuencia de ello, no se explotan al máximo ni

**Recuadro 3.4** Empoderamiento de los usuarios para que contribuyan a mejorar su propia salud

Es posible empoderar a las familias para que tomen decisiones importantes para su salud. Los preparativos para el parto y para un posible parto prematuro<sup>66</sup>, por ejemplo, se basan en un examen conjunto entre la futura madre y el personal de salud – mucho antes del nacimiento – sobre las expectativas de aquella en torno al alumbramiento. Algunos de los temas examinados son dónde tendrá lugar el nacimiento y cómo se organizará el apoyo para el cuidado del hogar y de los otros niños mientras la mujer da a luz. Las medidas consideradas pueden abarcar la planificación de los gastos, las disposiciones sobre el transporte y el material sanitario y la identificación de un donante de sangre compatible en caso de hemorragia. Estos planes para el parto se están implementando en países tan diferentes como Egipto, Guatemala, Indonesia, los Países Bajos y la República Unida de Tanzania, y demuestran que la gente puede participar en las decisiones sobre su salud de manera tal que aumente su grado de empoderamiento<sup>67</sup>. Las estrategias de empoderamiento pueden mejorar los resultados sanitarios y sociales por diversos medios; la condición para que tengan éxito es que estén integradas en los contextos locales y basadas en una relación sólida y directa entre las personas y sus agentes de salud<sup>68</sup>. Esas estrategias pueden estar relacionadas con varias esferas, como las que se indican a continuación:

- el desarrollo de la capacidad de las familias para mantenerse sanas, tomar decisiones saludables y reaccionar ante las situaciones de emergencia: organización de autoayuda para diabéticos en Francia<sup>69</sup>; empoderamiento familiar y programas de capacitación parental en Sudáfrica<sup>70</sup>; planes negociados de tratamiento para una maternidad sin riesgos en la República Unida de Tanzania<sup>71</sup>; y programa de envejecimiento activo en México<sup>72</sup>;
- el aumento de la sensibilización ciudadana sobre los derechos, las necesidades y los posibles problemas: información sobre los derechos en Chile<sup>73</sup> y Declaración de los Derechos de los Pacientes en Tailandia<sup>74</sup>;
- el fortalecimiento de los vínculos para fomentar el apoyo social en las comunidades y con el sistema sanitario: apoyo y asesoramiento a los cuidadores familiares que se ocupan de casos de demencia en los países en desarrollo<sup>75</sup>; programas de crédito rural y sus efectos en el comportamiento de búsqueda de atención en Bangladesh<sup>76</sup>; e iniciativas de promoción del entorno vecinal en el Líbano<sup>77</sup>.



las muchas posibilidades que tienen las personas para cuidar su propia salud mediante el modo de vida, el comportamiento y la autoasistencia, ni la posibilidad de optimizar el asesoramiento profesional en función de sus circunstancias vitales. Aunque a menudo se desaprovechan, abundan las oportunidades de empoderar a las personas para que participen en las decisiones relativas a su salud y la de sus familias (recuadro 3.4). Esas oportunidades requieren proveedores de salud que sepan relacionarse con la gente y ayudarla a tomar decisiones informadas. Los sistemas de pago y los incentivos aplicados actualmente en la atención de salud comunitaria dificultan a menudo ese tipo de diálogo<sup>65</sup>. Los conflictos de intereses entre proveedor y paciente, sobre todo en los entornos mercantilizados no regulados, son un importante desincentivo para la atención centrada en la persona. Los proveedores comerciales pueden ser más corteses y acogedores de lo habitual con los usuarios, pero esa actitud no es sinónimo de centralidad de la persona.

### Respuestas integrales e integradas

La diversidad de las necesidades y los retos que afrontan las personas en materia de salud no se corresponde claramente con las categorías diagnósticas, más propias de los libros de texto, de la atención promocional, preventiva, curativa y rehabilitativa<sup>78,79</sup>. Esa diversidad requiere la movilización de una amplia gama de recursos que puede abarcar la promoción de la salud e intervenciones de prevención, así como el diagnóstico y el tratamiento o derivación, la atención domiciliaria crónica o a largo plazo y, en algunos modelos, los servicios sociales<sup>80</sup>. El punto de acceso al sistema, donde la gente plantea su problema por primera vez, es el lugar en que más acuciante resulta la necesidad de una oferta integral e integrada de atención.

La integralidad tiene sentido operativa y administrativamente y representa un valor añadido (cuadro 3.3). La gente acepta los servicios con más facilidad si sabe que tiene a su disposición una gama integral de atención. Por otra parte, esa integralidad aumenta al máximo las oportunidades para dispensar atención preventiva y emprender actividades de promoción de la salud, al tiempo que reduce la dependencia innecesaria de la atención especializada u hospitalaria<sup>87</sup>.

La especialización tiene sus ventajas prácticas, pero la fragmentación que induce es a menudo claramente contraproducente e ineficaz: no tiene sentido controlar el crecimiento de los niños y descuidar la salud de sus madres (y viceversa), o tratar la tuberculosis de un paciente sin considerar su serología VIH o sin preguntarle si fuma.

Eso no significa que el personal que trabaja en el punto de acceso deba resolver todos los problemas de salud que allí se le presenten, ni que todos los programas sanitarios tengan que ejecutarse siempre a través de un solo punto integrado de prestación de servicios. Sea como fuere, el equipo de atención primaria ha de saber responder a la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad. Y cuando no pueda, debe ser capaz de movilizar otros recursos, derivando al paciente o solicitando la ayuda de especialistas, hospitales, centros diagnósticos y de tratamiento especializados, programas de salud pública, servicios de atención a largo plazo, servicios sociales o de asistencia domiciliaria u organizaciones de autoayuda y otras organizaciones comunitarias. Todo esto no significa renunciar a la responsabilidad: el equipo de atención primaria sigue siendo el responsable de ayudar a la gente a orientarse por ese complejo entorno.

Prestar una asistencia integral e integrada para la mayoría de los distintos problemas de salud de la comunidad es más eficiente que confiar en servicios diferentes para determinados problemas, en parte porque conduce a un conocimiento mejor de la población y fomenta una mayor confianza. Todas las actividades se refuerzan recíprocamente. Los servicios de salud que ofrecen una gama integral de servicios aumentan

**Cuadro 3.3** Integralidad: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados

Mejora de los resultados sanitarios – Forrest (1996) <sup>82</sup> , Chande (1996) <sup>83</sup> , Starfield (1998) <sup>84</sup>
Mayor recurso a la atención preventiva centrada en enfermedades (por ejemplo, cribado de la tensión arterial, mamografías, citología vaginal) – Bindman (1996) <sup>85</sup>
Menor número de pacientes ingresados por complicaciones prevenibles de afecciones crónicas – Shea (1992) <sup>86</sup>

la utilización y cobertura de, por ejemplo, los programas de prevención, como los dedicados al cribado del cáncer o la vacunación (figura 3.3). Además, previenen muchas complicaciones y mejoran los resultados sanitarios.

Los servicios integrales también facilitan la detección y prevención tempranas de los problemas, incluso en ausencia de una demanda explícita. Hay personas y grupos que pueden beneficiarse de la atención aun cuando no expresen espontáneamente ninguna demanda explícita, como en el caso de las mujeres que acuden a los centros de salud en el distrito de Ouallam, en el Níger, o las personas con tensión arterial alta o depresión no diagnosticadas. La detección precoz de la enfermedad, la atención preventiva para reducir la incidencia de problemas de salud, la promoción de la salud para reducir los comportamientos de riesgo y la lucha contra los determinantes sociales y de otro tipo de la salud requieren en todos los casos un servicio de salud que tome la iniciativa. En muchos casos los agentes locales de salud son los únicos que pueden abordar eficazmente los problemas de la comunidad: son los únicos que, por ejemplo, pueden ayudar a los padres dispensando atención en el desarrollo de la primera infancia, que es en sí mismo un

importante determinante de la salud, el bienestar y la productividad posteriores<sup>87</sup>. Estas intervenciones requieren equipos de salud proactivos que ofrezcan una gama integral de servicios y exigen una relación estrecha y basada en la confianza entre los servicios de salud y las comunidades atendidas, esto es, trabajadores sanitarios que conozcan a las personas en sus comunidades<sup>88</sup>.

### Continuidad de la atención

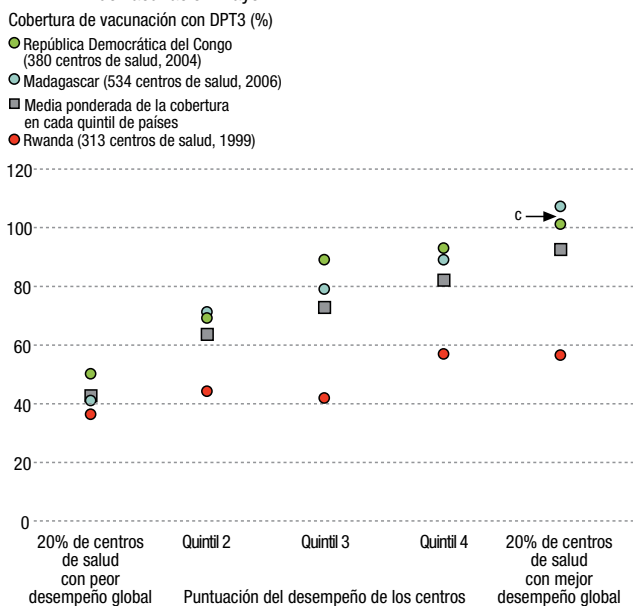
Comprender a las personas y el contexto en que viven no sólo es importante para ofrecer una respuesta integral y centrada en la persona, sino que también condiciona la continuidad de la atención. Los dispensadores de salud se comportan a menudo como si su responsabilidad comenzara al entrar el paciente y terminara al irse. La atención, sin embargo, no debe limitarse al momento en que el paciente expone su problema, ni quedar confinada a las cuatro paredes de la sala de consulta. La preocupación por los resultados obliga a aplicar un enfoque sistemático y coherente a la gestión del problema del paciente, hasta que éste se resuelva o el riesgo que justifica el seguimiento haya desaparecido. La continuidad de la atención es un factor determinante de la eficacia, ya sea para el tratamiento de enfermedades crónicas, la salud reproductiva o la salud mental o para verificar que los niños crezcan sanos (cuadro 3.4).

La continuidad de la atención exige que se garantice la continuidad de la información a medida que la gente envejece, cuando cambia

### Cuadro 3.4 Continuidad de la atención: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados

Menor mortalidad por todas las causas – Shi (2003) <sup>90</sup> , Franks (1998) <sup>91</sup> , Villalbi (1999) <sup>92</sup> , OPS (2005) <sup>93</sup>
Mejor acceso a la atención – Weinick (2000) <sup>94</sup> , Forrest (1998) <sup>95</sup>
Menos rehospitalizaciones – Weinberger (1996) <sup>96</sup>
Menor número de consultas con especialistas – Woodward (2004) <sup>97</sup>
Menor uso de los servicios de urgencias – Gill (2000) <sup>98</sup>
Mejor detección de los efectos indeseables de las intervenciones médicas – Rothwell (2005) <sup>99</sup> , Kravitz (2004) <sup>100</sup>

**Figura 3.3** En los centros sanitarios más integrales se logra una cobertura de vacunación mayor<sup>a,b</sup>



<sup>a</sup> En total 12 227 centros de salud, que abarcan una población de 16 millones de personas.

<sup>b</sup> La cobertura de vacunación no estaba incluida en la evaluación del desempeño global de los centros de salud en toda una gama de servicios.

<sup>c</sup> Incluye la vacunación de niños no pertenecientes a la población destinataria.



de residencia o cuando diferentes profesionales interactúan con una persona u hogar determinados. El acceso a las historias clínicas y los informes de alta, electrónicos, convencionales o conservados por los pacientes, mejora la elección del tratamiento y la coordinación de la atención. En el Canadá, por ejemplo, una de cada siete personas que acudían a un servicio de urgencias presentaba en su información médica lagunas que tenían muchas probabilidades de perjudicarles<sup>101</sup>. La falta de información es una causa frecuente de retrasos en la atención y de utilización de servicios innecesarios<sup>102</sup>; en los Estados Unidos se asocia al 15,6% de todos los errores notificados en la atención ambulatoria<sup>103</sup>.

Las actuales tecnologías de la información y las comunicaciones, a pesar de estar infrautilizadas, ofrecen posibilidades sin precedentes para mejorar la circulación de la información médica a un costo módico<sup>104</sup>, en beneficio de la continuidad, la seguridad y el aprendizaje (recuadro 3.5). Por otra parte, ya no es el privilegio exclusivo de entornos dotados de abundantes recursos, como demuestra el Open Medical Record System: las historias clínicas electrónicas desarrolladas a través de círculos profesionales y software de código abierto están fomentando la continuidad y la calidad de la atención a pacientes con VIH/SIDA en muchos países de ingresos bajos<sup>105</sup>.

### Recuadro 3.5 Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención primaria

Las tecnologías de la información y las comunicaciones permiten a las personas que viven en zonas remotas e insuficientemente atendidas acceder a servicios y conocimientos especializados de los que de otro modo no podrían disponer, especialmente en los países con una distribución desigual o escasez crónica de médicos, enfermeras y técnicos de salud, o donde el acceso a las instalaciones y al asesoramiento de expertos obliga a recorrer largas distancias. En esos contextos, el objetivo de mejorar el acceso a la atención de salud ha estimulado la adopción de tecnologías de diagnóstico, seguimiento y consulta a distancia. En Chile, la experiencia de transmisión inmediata de electrocardiogramas en casos de sospecha de infarto de miocardio es un ejemplo destacable: el examen se lleva a cabo en un ambulatorio y los datos se envían a un centro nacional donde los especialistas confirman el diagnóstico por fax o correo electrónico. Esta consulta con especialistas facilitada por la tecnología permite ofrecer una respuesta rápida y tratamiento apropiado donde antes no era posible. Internet es un factor clave para su éxito, al igual que las conexiones telefónicas garantizadas para todos los servicios de salud del país.

Otra ventaja del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los servicios de atención primaria es la mejora de la calidad de la atención. Los dispensadores de salud no sólo están luchando para ofrecer una atención más eficaz, sino también para ofrecer una atención más segura. Herramientas tales como las historias clínicas electrónicas, sistemas computarizados de prescripción y asistentes para tomar decisiones clínicas ayudan a los médicos a ofrecer una atención más segura en una amplia gama de entornos. En una aldea situada en el oeste de Kenya, por ejemplo, las historias clínicas electrónicas integradas con sistemas de laboratorio, compra de medicamentos y notificación han reducido drásticamente el trabajo administrativo y los errores, y han mejorado la atención de seguimiento.

Como los costos de la prestación de servicios de salud siguen aumentando, las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrecen nuevas vías para ofrecer una atención personalizada y centrada en los ciudadanos y los hogares. Con este fin, se han realizado importantes inversiones en investigación y desarrollo de aplicaciones que redundan en beneficio de los consumidores. En Ciudad del Cabo, en Sudáfrica, un «servicio de avisos para el cumplimiento del tratamiento» toma los nombres y números de teléfono móvil de los pacientes con tuberculosis (suministrados por un dispensario) y los introduce en una base de datos. Cada media hora el servidor lee la base de datos y envía mensajes de texto personalizados a los pacientes, para recordarles que tomen su medicación. Se trata de una tecnología sólida y de bajo costo. Las tasas de curación y terminación del tratamiento son similares a las de los pacientes que recibieron el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) de tipo ambulatorio, pero a un costo inferior tanto para el ambulatorio como para el paciente, y mediante un procedimiento que interfiere mucho menos en la vida cotidiana que las visitas ambulatorias<sup>106</sup>. En esa misma línea, basada en el apoyo a estilos de vida vinculados a la atención primaria, los dispositivos conectados en red se han convertido en un elemento clave de un innovador programa comunitario en los Países Bajos, donde se instalan dispositivos de vigilancia y comunicación en apartamentos «inteligentes» para personas mayores. Con este sistema se reducen las visitas médicas y se facilita la vida independiente a personas aquejadas de enfermedades crónicas que requieren controles frecuentes y ajustes de la medicación.

Muchos médicos interesados en promover la salud y prevenir las enfermedades están depositando grandes esperanzas en Internet como la fuente más idónea de consejos de salud para complementar o incluso reemplazar la búsqueda de asesoramiento por profesionales sanitarios. La aparición de nuevas aplicaciones, servicios y fórmulas de acceso a la información ha modificado de forma permanente las relaciones entre los consumidores y los profesionales sanitarios, poniendo los conocimientos directamente al alcance de la gente.

La mejora de las historias clínicas es una condición necesaria pero no suficiente. Los servicios de salud tienen que esforzarse activamente por reducir al mínimo los numerosos obstáculos a la continuidad de la atención. En comparación con el pago por capitación o por episodio, los pagos directos del bolsillo del usuario no sólo son un factor disuasivo usual del acceso, sino que también menoscaban la continuidad de la atención<sup>107</sup>. En Singapur, por ejemplo, los pacientes no estaban autorizados a utilizar su cuenta de ahorros de salud (Medisave) para recibir tratamiento ambulatorio, lo que provocaba retrasos e inobservancia del tratamiento entre los enfermos crónicos; el problema adquirió tales dimensiones que hubo que cambiar las normas al respecto. Actualmente los hospitales alientan la transferencia de pacientes aquejados de diabetes, hipertensión, dislipidemias y accidentes cerebrovasculares a médicos generalistas, y las cuentas de Medisave sufragan la atención ambulatoria<sup>108</sup>.

Otros impedimentos a la continuidad son las pautas de tratamiento que requieren una asistencia ambulatoria frecuente y suponen una pesada carga de tiempo, gastos de viaje o pérdida de sueldo. A veces esas pautas se interpretan erróneamente o el paciente no está motivado; además, los pacientes pueden sentirse perdidos en el complejo entorno institucional de hospitales de referencia o servicios sociales. Estos problemas se han de prever e identificar en una etapa temprana. El esfuerzo que debe desplegar el personal sanitario no es nada desdeñable: negociar las modalidades de la pauta de tratamiento con los pacientes para aumentar al máximo la probabilidad de que llegue a buen fin; mantener los registros de los usuarios aquejados de enfermedades crónicas; y abrir vías de comunicación realizando visitas a domicilio, conectando con los trabajadores comunitarios y empleando recordatorios y mensajes de texto telefónicos para restablecer el contacto. Estas tareas rutinarias marcan a menudo la diferencia entre el éxito y el fracaso del tratamiento, pero rara vez se ven recompensadas. Son mucho más fáciles de aplicar cuando el paciente y el cuidador determinan claramente la manera de organizar el seguimiento y el responsable del mismo.

### Un proveedor habitual y de confianza como punto de acceso

La integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona son fundamentales para obtener resultados sanitarios mejores, y las tres exigen una relación personal estable, a largo plazo (es lo que se denomina también «longitudinalidad»<sup>84</sup>), entre la población y los profesionales que son sus puntos de acceso al sistema de salud.

La mayor parte de la atención ambulatoria en entornos convencionales no está organizada para posibilitar ese tipo de relación. El entorno ajetreado, anónimo y técnico de los ambulatorios de hospital, con sus numerosos especialistas y subespecialistas, genera interacciones mecánicas entre individuos sin nombre y la institución, en vez de propiciar una atención centrada en la persona. Los dispensarios más pequeños son menos anónimos, pero la atención que dispensan a menudo tiene más de transacción comercial o administrativa que comienza y termina en la consulta que de actividad receptiva de solución de problemas. En este sentido los consultorios privados difieren de los centros de salud pública<sup>64</sup>. En las zonas rurales de los países de ingresos bajos, los centros de salud públicos se han concebido en general para trabajar en estrecha relación con la comunidad atendida, pero la realidad suele ser otra. La asignación de recursos y personal a determinados programas produce una fragmentación creciente<sup>109</sup>, mientras que la falta de fondos, la pauperización del personal sanitario y la mercantilización desenfrenada dificultan ese tipo de interacción<sup>110</sup>. Hay muchos ejemplos de lo contrario, pero la relación entre los proveedores y sus clientes, especialmente los más pobres, a menudo no propicia el establecimiento de relaciones de comprensión, empatía y confianza<sup>62</sup>.

Crear relaciones duraderas requiere tiempo. Los estudios realizados indican que han de transcurrir de dos a cinco años para que se alcance el máximo potencial<sup>84</sup> pero, como demuestra el centro de salud de Alaska mencionado al principio de este capítulo, esas relaciones cambian drásticamente la manera de dispensar la atención. El contacto con el mismo equipo de profesionales a lo largo del tiempo favorece el desarrollo de una relación de confianza entre el paciente y su médico<sup>97,111,112</sup>. Los profesionales sanitarios tienden a respetar y entender mejor a los pacientes



que conocen bien, lo que genera una interacción más positiva y una mayor comunicación<sup>113</sup>. Pueden comprender y anticipar más fácilmente los obstáculos a la continuidad de la atención, seguir los progresos y evaluar en qué medida la experiencia de la enfermedad o la discapacidad afecta a la persona en su vida cotidiana. Al ser más conscientes de las circunstancias en que vive la gente, pueden adaptar la atención a sus necesidades específicas y reconocer los problemas de salud en sus fases iniciales.

El interés de todo esto no radica sólo en el fomento de la confianza y satisfacción del paciente, por muy importantes que sean esos dos aspectos<sup>114,115</sup>; lo fundamental es que ello propicia una mayor calidad y mejores resultados (cuadro 3.5). Las personas que utilizan la misma fuente de atención médica para la mayor parte de sus necesidades sanitarias tienden a respetar más los consejos que les dan, recurren en menor medida a los servicios de urgencia, requieren menos hospitalizaciones y están más satisfechas con la atención<sup>98,116,117,118</sup>. Los médicos ahorran tiempo de consulta, recurren a menos pruebas

de laboratorio y reducen costos<sup>95,119,120</sup>, y prestan más atención preventiva<sup>121</sup>. La motivación mejora gracias al reconocimiento social que crean esas relaciones. Aun así, incluso los profesionales de salud más abnegados no aprovechan todas esas posibilidades de manera espontánea<sup>122,123</sup>. La interfaz entre la población y sus servicios de salud tiene que diseñarse de manera no sólo que posibilite ese proceso sino que, además, lo convierta en la forma de actuar más probable.

### La organización de redes de atención primaria

Un servicio de salud que sirva de punto de acceso ambulatorio de los problemas de salud o relacionados con la salud debería ofrecer por tanto una amplia gama de servicios integrados diagnósticos, curativos, rehabilitativos y paliativos. En contraste con los modelos asistenciales más convencionales, la oferta de servicios debería incluir la prevención y la promoción, así como intervenciones centradas en los determinantes de la mala salud a nivel local. Una relación directa y duradera entre el médico y los miembros de la comunidad atendida es esencial para poder tener en cuenta el contexto personal y social de los pacientes y sus familias, garantizando la continuidad de la atención a lo largo del tiempo y en todos los servicios.

Para transformarlos en vehículos de la atención primaria – es decir, para garantizar que se atribuya a los rasgos distintivos citados la debida importancia – los servicios de salud convencionales deben ser objeto de reorganización. Como condición previa, hay que garantizar el acceso directo y permanente a ellos, sin condicionarlos a pagos directos y con la protección social ofrecida por los sistemas de cobertura universal. Sin embargo, hay otra serie de disposiciones que son fundamentales para transformar la atención convencional – basada en ambulatorios e instituciones, generalista y especializada – en redes locales de centros de atención primaria<sup>135,136,137,138,139,140</sup>:

- acercar más la atención a las personas, situándola en entornos muy próximos y en relación directa con la comunidad, trasladando así el punto de acceso de los hospitales y especialistas a centros generalistas de atención primaria más cercanos al usuario;

**Cuadro 3.5** Punto de entrada habitual: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados

Mayor satisfacción por los servicios recibidos – Weiss (1996) <sup>116</sup> , Rosenblatt (1998) <sup>117</sup> , Freeman (1997) <sup>124</sup> , Miller (2000) <sup>125</sup>
Mayor observancia del tratamiento y menor tasa de hospitalización – Weiss (1996) <sup>116</sup> , Rosenblatt (1998) <sup>117</sup> , Freeman (1997) <sup>124</sup> , Mainous (1998) <sup>126</sup>
Menor uso de especialistas y servicios de urgencias – Starfield (1998) <sup>82</sup> , Parchman (1994) <sup>127</sup> , Hurley (1989) <sup>128</sup> , Martin (1989) <sup>129</sup> , Gadomski (1998) <sup>130</sup>
Menor número de consultas a especialistas – Hurley (1989) <sup>128</sup> , Martin (1989) <sup>129</sup>
Aprovechamiento más eficiente de los recursos – Forrest (1996) <sup>82</sup> , Forrest (1998) <sup>95</sup> , Hjortdahl (1991) <sup>131</sup> , Roos (1998) <sup>132</sup>
Mejor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas del paciente – Gulbrandsen (1997) <sup>55</sup>
Mejor utilización de la atención preventiva por parte de los adolescentes – Ryan (2001) <sup>133</sup>
Menor riesgo de sobretreatmento – Schoen (2007) <sup>134</sup>

- asignar a los proveedores de atención primaria la responsabilidad de la salud de una población bien definida, que abarque a todos los individuos sin excepción: personas enfermas y sanas, usuarios o no de los servicios;
- reforzar el papel de los proveedores de atención primaria como coordinadores de las aportaciones de otros niveles de atención, otorgándoles la autoridad administrativa y el poder adquisitivo necesario para ello.

### Acercar la atención a la población

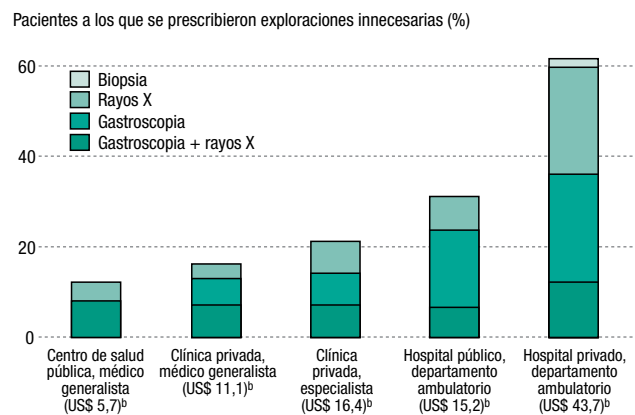
Un primer paso consiste en desplazar el punto de acceso al sistema sanitario de los consultorios especializados, los ambulatorios de hospital y los servicios de urgencia a la atención generalista ambulatoria en entornos cercanos al usuario. La evidencia acumulada demuestra que esa transferencia conlleva ventajas cuantificables en cuanto a alivio del sufrimiento, prevención de enfermedades y defunciones, y mejora de la equidad en salud. Estos resultados se obtienen en estudios tanto nacionales como transnacionales, aunque no se hayan materializado plenamente todos los rasgos distintivos de la atención primaria<sup>31</sup>.

La atención ambulatoria generalista tiene las mismas probabilidades que los servicios especializados<sup>141,142</sup>, si no más, de detectar afecciones comunes potencialmente mortales. Los médicos generalistas se adhieren a los protocolos diagnóstico-terapéuticos tanto como los especialistas<sup>143</sup>, aunque tardan más en adoptarlos<sup>144,145</sup>. Prescriben menos intervenciones invasivas<sup>146,147,148,149</sup>, menos hospitalizaciones y más breves<sup>127,133,149</sup>, y se centran más en la atención preventiva<sup>133,150</sup>. Esto se traduce en costos generales más bajos de la atención de salud<sup>82</sup>, aunque los resultados sanitarios sean parecidos<sup>146,151,152,153,154,155</sup>, y en una mayor satisfacción del paciente<sup>125,150,156</sup>. Los datos aportados por las comparaciones entre países de renta alta demuestran que la presencia de una mayor proporción de profesionales generalistas en los entornos ambulatorios se asocia a menores costos totales y a puntuaciones más altas en lo relativo a la calidad<sup>157</sup>. Por el contrario, los países que aumentan su dependencia de los especialistas obtienen resultados sanitarios iguales o inferiores cuando se miden a nivel poblacional, mientras que la fragmentación de la atención

agrava la insatisfacción de los usuarios y amplía la separación entre los servicios de salud y los servicios sociales<sup>157,158,159</sup>. Aunque es más difícil obtener información sobre los países de ingresos bajos y medios<sup>160</sup>, los indicios apuntan a un fenómeno similar. Según algunos estudios, si en América Latina y el Caribe hubiera una mayor atención generalista podría evitarse una de cada dos hospitalizaciones<sup>161</sup>. En Tailandia, la atención ambulatoria generalista fuera del contexto hospitalario ha demostrado estar más centrada en los pacientes y ser más receptiva, así como más barata y menos proclive a la sobremedicación<sup>162</sup> (figura 3.4).

La transición del hospital especializado a la atención ambulatoria generalista como punto de acceso preferente crea las condiciones para implantar una atención más integral, continua y centrada en la persona, y eso amplifica los beneficios reportados por esa transición. Es lo que ocurre cuando los servicios se organizan como una densa red de pequeños puntos de prestación de servicios cercanos al usuario. Eso facilita la organización de equipos suficientemente pequeños para conocer sus comunidades y ser conocidos por ellas, y suficientemente estables para entablar una relación duradera. Estos equipos requieren medios relacionales y de organización, así como competencias técnicas para resolver la mayor parte de los problemas de salud a nivel local.

**Figura 3.4** Exploraciones prescritas sin necesidad a personas que simularon sufrir molestias gástricas leves en Tailandia<sup>a,b,162</sup>



<sup>a</sup> Observaciones realizadas en 2000, antes de que se implantara en Tailandia el sistema de cobertura universal.

<sup>b</sup> Costo para el paciente, incluidos los honorarios médicos, medicamentos, y pruebas analíticas y técnicas.



### Responsabilizarse de una población bien determinada

En la atención ambulatoria convencional el proveedor se responsabiliza de la persona que acude a la consulta durante el tiempo que ésta dure, y en el mejor de los casos esa responsabilidad se amplía para garantizar la continuidad de la atención. Este enfoque pasivo, de respuesta a la demanda, carece de interés para muchas personas que podrían beneficiarse de la atención. Hay quienes por diversas razones están o se consideran excluidos del acceso a los servicios y no los utilizan aunque los necesiten. Hay personas que padecen una enfermedad pero postergan la búsqueda de atención. Otras presentan factores de riesgo y podrían beneficiarse de programas de detección o prevención (por ejemplo, del cáncer cervicouterino o la obesidad infantil), pero quedan excluidas porque no acuden a la consulta: cuando los servicios preventivos se limitan a los usuarios de los servicios, a menudo excluyen a los más necesitados<sup>163</sup>. Un enfoque pasivo, basado en responder a la demanda, tiene una segunda consecuencia desfavorable: carece de ambición para afrontar los determinantes locales de la mala salud, ya sean sociales, ambientales o relacionados con el trabajo. Todo esto representa una pérdida de oportunidades para mejorar la salud: los proveedores que sólo se responsabilizan de sus usuarios centran su atención en reparar más que en mantener y promover la salud.

La alternativa es responsabilizar expresamente a cada equipo de atención primaria de una comunidad o población bien definida, para que se encarguen mediante medidas administrativas o acuerdos contractuales, de proporcionar atención integral, continua y centrada en la persona a esa población, así como de movilizar una amplia gama de servicios de apoyo, desde actividades de promoción hasta cuidados paliativos. La forma más sencilla de asignar esa responsabilidad es determinar la comunidad que deberá ser atendida según criterios geográficos, que es el enfoque clásico en las zonas rurales. La sencillez de la asignación geográfica, sin embargo, es engañosa, pues para realizarla se sigue una lógica administrativa, propia del sector público, que a menudo no asimila bien la aparición de muchos otros proveedores. Por otra parte, la geografía administrativa puede no coincidir con la realidad sociológica, especialmente en las zonas urbanas.

La gente se desplaza y con frecuencia trabaja lejos de donde vive, de modo que la unidad sanitaria más cercana a su vivienda puede resultarle en realidad poco conveniente. Y lo que es aún más importante, la gente prefiere elegir y puede sentirse molesta si se le asigna administrativamente una unidad sanitaria concreta. Algunos países consideran que los criterios geográficos de proximidad son los más apropiados para determinar quiénes constituirán la población atendida, mientras que otros se basan en sistemas de registro activo o en las listas de pacientes. Lo verdaderamente importante no es el método, sino si la población está bien delimitada y si existen mecanismos para garantizar que nadie quede excluido.

Una vez que se han asignado esas responsabilidades integrales y explícitas para con la salud de una población bien determinada y definida, con los mecanismos financieros y administrativos de rendición de cuentas correspondientes, las reglas cambian.

- El equipo de atención primaria tiene que ampliar la cartera de servicios de salud ofrecidos, desarrollando actividades y programas que puedan mejorar los resultados, pero que de lo contrario se ignorarían<sup>164</sup>. Así se prepara el terreno para invertir en actividades de prevención y promoción y para aventurarse en esferas que a menudo se pasan por alto, como la salud en las escuelas y en el lugar de trabajo. También se obliga al equipo de atención primaria a establecer contacto con organizaciones e individuos que operan dentro de la comunidad y a trabajar con ellos: los voluntarios y los trabajadores comunitarios de salud que sirven de enlace con los pacientes o animan a los grupos comunitarios de base, los trabajadores sociales, los grupos de autoayuda, etc.
- Se obliga al equipo a llegar a las personas de la comunidad, abandonando las cuatro paredes del consultorio, lo que puede redundar en importantes beneficios para la salud. Por ejemplo, se ha demostrado que los programas en gran escala, basados en visitas domiciliarias y animación comunitaria, reducen eficazmente los factores de riesgo de la mortalidad neonatal y las tasas reales de mortalidad. En los Estados Unidos, esos programas han reducido la mortalidad neonatal en un 60% en algunos entornos<sup>165</sup>. Ello se debe en parte al mayor uso

de unos servicios eficaces por parte de personas que de otro modo se verían privadas de atención. En Nepal, por ejemplo, la dinámica comunitaria de los grupos de mujeres propiciaron una mayor utilización de la atención, con la consiguiente reducción de la mortalidad neonatal y materna, en un 29% y un 80%, respectivamente, respecto a las comunidades de control<sup>166</sup>.

- Además, se obliga al equipo a tomar iniciativas con fines claramente definidos, en colaboración con otros sectores, para llegar a los excluidos y marginados y abordar los determinantes más generales de la mala salud. Como se ha indicado en el capítulo 2, se trata de un complemento necesario para el establecimiento de una cobertura universal, en el que los servicios de salud locales tienen un papel fundamental. La ola de calor que azotó Europa occidental en 2003, por ejemplo, puso de manifiesto la necesidad de llegar a las personas mayores aisladas y las enormes consecuencias de no lograrlo: una sobremortalidad de más de 50 000 personas<sup>167</sup>.

Para las personas y comunidades, los vínculos formales con una fuente identificable de atención hacen más probable que se formen relaciones a largo plazo; que se aliente a los servicios a prestar más atención a las características definitorias de la atención primaria; y que la comunicación sea más nítida. Al mismo tiempo se pueden formalizar vínculos de coordinación con otros niveles de atención, como especialistas, hospitales u otros servicios técnicos, y con los servicios sociales.

### El equipo de atención primaria como centro de coordinación

Los equipos de atención primaria no pueden responsabilizarse plenamente de su población si no cuentan con el apoyo de servicios especializados, organizaciones e instituciones ubicados fuera de la comunidad atendida. Cuando escasean los recursos, esas fuentes de apoyo suelen estar concentradas en un «hospital distrital de referencia de primer nivel». De hecho, la imagen clásica de un sistema de salud basado en la APS es una pirámide con el hospital distrital en la parte superior y con una serie de centros de salud (públicos) que remiten a la autoridad superior.

En los entornos convencionales los profesionales de la atención ambulatoria apenas pueden influir en la posible contribución de los hospitales y servicios especializados a la salud de sus pacientes, y son poco proclives a establecer contactos directos con otras instituciones y partes interesadas que son importantes para la salud de la comunidad local. Esta situación cambia cuando se les encomienda la responsabilidad de una población definida y se les reconoce como los puntos de acceso habituales para esa población. A medida que las redes asistenciales se expanden, el paisaje de la atención de salud se hace más concurrido y pluralista. Una mayor cantidad de recursos propicia la diversificación, y la nueva gama de servicios especializados al alcance puede incluir servicios de emergencia, especialistas, infraestructura de diagnóstico, centros de diálisis, cribado del cáncer, técnicos ambientales, instituciones de atención a largo plazo, farmacias, etc. Todo esto brinda nuevas oportunidades, siempre que los equipos de atención primaria sean capaces de ayudar a su comunidad a sacar el máximo partido de ese potencial, lo cual es especialmente importante para la salud pública, la salud mental y la atención a largo plazo<sup>168</sup>.

La función de coordinación que todo esto entraña transforma efectivamente la pirámide de la atención primaria en una red, donde las relaciones entre el equipo de atención primaria y los demás servicios e instituciones ya no están basadas únicamente en una jerarquía verticalista y en la derivación hacia arriba, sino en la cooperación y la coordinación (figura 3.5). El equipo de asistencia primaria se convierte así en el mediador entre la comunidad y los demás niveles del sistema de salud, ayudando a las personas a orientarse en el laberinto de los servicios de salud y movilizándolo el apoyo de otros centros ya sea mediante la derivación de los pacientes o recurriendo a servicios especializados.

Esta función de coordinación y mediación se extiende también a la colaboración con otro tipo de organizaciones, a menudo no gubernamentales, que pueden facilitar un apoyo importante a la atención primaria local, ayudándola a garantizar que las personas sepan a qué tienen derecho y dispongan de la información necesaria para evitar a los proveedores que no satisfagan los requisitos mínimos<sup>169,170</sup>. Instituciones independientes como el ombudsman o las organizaciones



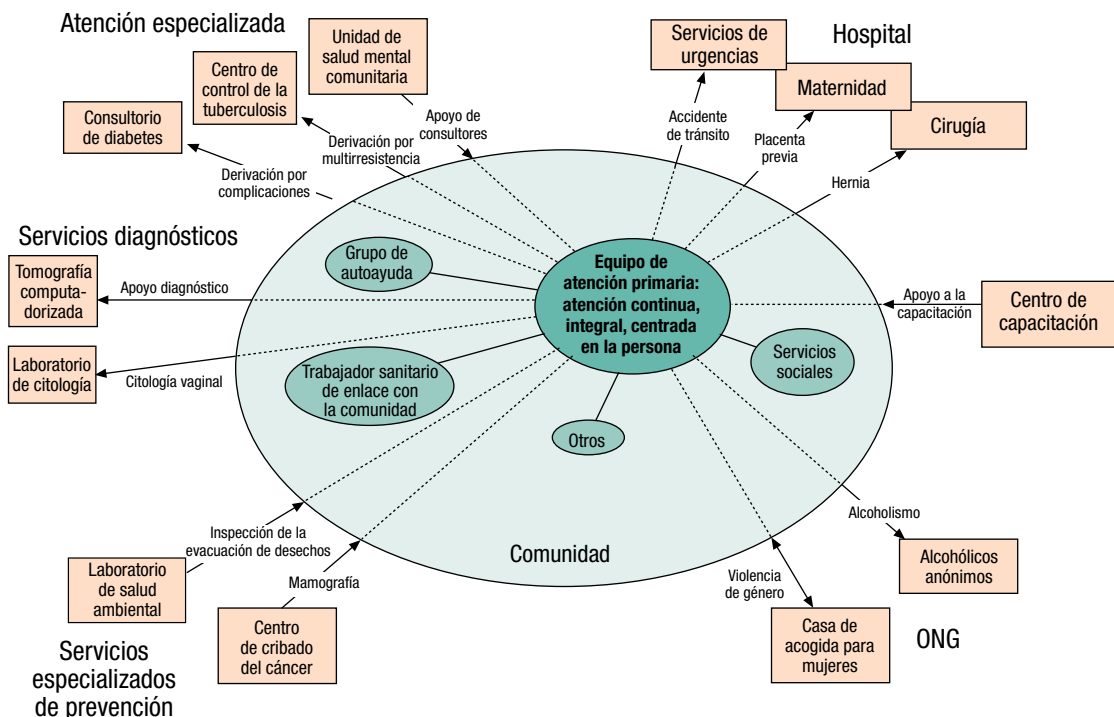
de consumidores pueden ayudar a los usuarios a tramitar las denuncias. Y, por encima de todo, hay numerosas asociaciones de autoayuda y apoyo mutuo para personas diabéticas, discapacitadas y con enfermedades crónicas que pueden ayudar a las personas a ayudarse a sí mismas<sup>171</sup>. Sólo en los Estados Unidos, más de cinco millones de personas pertenecen a grupos de ayuda mutua mientras que, en los últimos años, las organizaciones de la sociedad civil que se ocupan de la salud y otras cuestiones relacionadas con la salud, desde la autoayuda a los derechos del paciente, han proliferado en muchos países de ingresos bajos y medios. Estos grupos hacen mucho más que informar a los pacientes: ayudan a las personas a hacerse cargo de su propia situación, mejorar su salud, afrontar más eficazmente los problemas de salud, cobrar más confianza en sí mismas y reducir la sobremedicalización<sup>172</sup>. Los equipos de atención primaria sólo pueden consolidarse fortaleciendo sus vínculos con esos grupos.

Cuando los equipos de atención primaria pueden asumir esa función de coordinación, su trabajo se vuelve más gratificante y atractivo, y los efectos generales en la salud son positivos. La dependencia de especialistas y hospitalizaciones

se reduce filtrando los casos de utilización innecesaria; y paralelamente el tiempo de espera se reduce para los pacientes que realmente necesitan atención de referencia, su hospitalización se acorta, y el seguimiento tras la hospitalización mejora<sup>83,128,129</sup>.

La función de coordinación constituye el marco institucional para fomentar la movilización en todos los sectores y garantizar así la salud de las comunidades locales. No se trata de un valor añadido optativo, sino de una parte esencial de la misión de los equipos de atención primaria, y tiene implicaciones políticas: la coordinación seguirá siendo una ilusión vana a menos que el equipo de atención primaria tenga alguna forma de apoyo, administrativo o financiero. La coordinación también depende de que las diferentes instituciones reconozcan el papel fundamental que desempeñan los equipos de atención primaria. Los sistemas de formación para profesionales, las posibilidades de carrera y los mecanismos de remuneración actuales suelen ir en sentido contrario. Para eliminar esos desincentivos tan arraigados contra la atención primaria se necesita un liderazgo enérgico.

**Figura 3.5** La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos<sup>173,174</sup>



## Seguimiento de los progresos

El paso de la atención convencional a la atención primaria es un proceso complejo que no puede describirse con parámetros universales. Sólo en los últimos años se ha podido comenzar a esclarecer los efectos de las diversas características que definen la atención primaria. Ello se debe en parte a que la determinación de esos rasgos que marcan la diferencia entre la atención primaria y la atención sanitaria convencional ha requerido años de tanteos y sucesivas aproximaciones, y a que los instrumentos para medirlas no se han generalizado. El motivo es que esas características nunca se implementan como un solo paquete de reformas, pues son el resultado del desarrollo y transformación progresivos del sistema de salud. Sin embargo, pese a toda esa complejidad, es posible medir los progresos como un complemento de las actividades de seguimiento necesarias para medir los progresos hacia la cobertura universal.

La primera dimensión a considerar es el grado de aplicación de las medidas organizacionales necesarias para pasar a la atención primaria.

- ¿Se está desplazando el tipo predominante de proveedor de primer contacto del terreno de los especialistas y hospitales a equipos de atención primaria generalista próximos a donde vive la gente?
- ¿Se está consiguiendo que los proveedores de atención primaria se responsabilicen de la salud de todos los miembros de una población bien determinada, tanto de quienes acuden a los servicios de salud como de quienes no lo hacen?
- ¿Se está empoderando a los proveedores de atención primaria para que coordinen las diversas aportaciones de especialistas, hospitales y servicios sociales, mediante el fortalecimiento de su autoridad administrativa y poder adquisitivo?

La segunda dimensión a considerar es el grado de importancia que estén adquiriendo las características distintivas de la atención primaria.

- Centralidad de la persona: ¿demuestran la observación directa y las encuestas a los usuarios una mejora de la situación?

- Integralidad: ¿se está expandiendo la cartera de servicios de atención primaria y volviéndose más integral, llegando a incluir todo el paquete básico de prestaciones, desde las de carácter promocional hasta las paliativas, para todos los grupos de edad?
- Continuidad: ¿se está registrando la información sobre las personas a lo largo de todo el ciclo vital, y transfiriéndola de un nivel de atención a otro en caso de derivación y a otras unidades de atención primaria cuando la gente cambia de residencia?
- Punto de acceso sistemático: ¿se están tomando medidas para garantizar que los médicos conozcan a sus pacientes y a la inversa?

Todo esto debería servir de orientación a las instancias normativas para evaluar sus progresos en relación con la transformación de la prestación de atención sanitaria. Sin embargo, esa orientación no basta para atribuir los resultados sanitarios y sociales a aspectos específicos de las iniciativas de reforma. Para ello, el seguimiento de esas reformas debe complementarse con una agenda de investigación mucho más robusta. Es revelador que la Revisión Cochrane sobre las estrategias de integración de los servicios de atención primaria en los países de ingresos bajos y medios sólo pudiera identificar un estudio válido que tuviera en cuenta la perspectiva del usuario<sup>160</sup>. Se ha registrado por fortuna un aumento de las investigaciones sobre la atención primaria en los países de ingresos altos y, más recientemente, también en los países de ingresos medios que han puesto en marcha reformas importantes de la APS. Sin embargo, sorprende que una industria que en la actualidad moviliza el 8,6% del PIB mundial invierta tan poco en investigación sobre dos de sus estrategias más eficaces y costoeficaces: la atención primaria y las políticas públicas que la sustentan y complementan.



## Referencias

1. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems.* New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.
2. Osler W. *Aequanimitas.* Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
3. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed «new model» of primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, 66(Suppl. 1):4-13.
4. Eby D. Integrated primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 1998, 57(Suppl. 1):665-667.
5. Gottlieb K, Sylvester I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Family Practice Management*, 2008, 15:32-38.
6. Kerssens JJ et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004 82:106-114.
7. Bossyns P, Miye M, Van Lerberghe W. Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:383-390.
8. *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
9. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 2007, 8:22.
10. Scherger JE. What patients want. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:137.
11. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312:71-72.
12. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way: The second decade will be as exciting as the first. *BMJ*, 2004, 329:990-991.
13. Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library, 2008 (<http://www.cochrane.org>, consultado el 27 de julio de 2008).
14. Iha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research.* Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, 2008.
15. Smith GD, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health*, 2004, 118:96-103.
16. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*, 2008, 299:1182-1184.
17. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:892-893
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of HealthCare in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 2000, 320:768-770.
20. Kripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 2007, 297:831-841.
21. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:808-811.
22. *The purpose of a world alliance.* Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, 2008 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/>, consultado el 28 de julio de 2008).
23. Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA* 2008, 299:445-447.
24. Das J, Hammer JS, Kenneth LL. *The quality of medical advice in low-income countries.* Washington DC, The World Bank, 2008 (World Bank Policy Research Working Paper No. 4501; <http://ssrn.com/abstract=1089272>, consultado el 28 de julio de 2008).
25. Schoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 2005 (web exclusive W 5-5 09 DOI10.1377/hlthaff.W5.509).
26. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiopian Medical Journal*, 1994, 32:173-179.
27. Siddiqi S et al. The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:193-198.
28. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:359-370.
29. Data reported at World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000.
30. *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:457-502.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG et al, eds. *World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, 2002.
33. Ellsberg M et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371:1165-1172.
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331-1336.
35. Edleson JL. Children's witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 14: 839-870.
36. Dube SR et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17: 3-17.
37. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:10-18.
38. Bonomi A et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:458-466.
39. National Centre for Injury Prevention and Control. *Costs of intimate partner violence against women in the United States.* Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2003.
40. Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 2002, 325:314-318.
41. Nelson HD et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:387-403.
42. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 2002, 359:1509-1514.
43. Wathan NC, MacMillan HL. Interventions for violence against women. Scientific review. *JAMA*, 2003, 289:589-600.
44. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999,67:43-53.
45. Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1249-1256.
46. Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 2003, 327:673-676.
47. MacDonald R. Time to talk about rape. *BMJ*, 2000, 321:1034-1035.
48. Basile KC, Hertz FM, Back SE. *Intimate partner and sexual violence victimization instruments for use in healthcare settings.* 2008. Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
49. *Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence.* Geneva, World Health Organization, 2003.
50. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087-1110.
51. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 2001, 322:444-445.
52. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049-1055.
53. Marincowitz GJO, Fehrsen GS. *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process.* Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 1998.
54. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691-699.
55. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014-1018.
56. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
57. Kovess-Masféty V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
58. Bergeson D. A systems approach to patient-centred care. *JAMA*, 2006, 296:23.
59. Kravitz RL et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1869-1878.
60. Werner D et al. *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy.* Palo Alto CA, Health Wrights, 1997.
61. Norris et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:39-66.
62. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.

63. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counseling*, 2005, 56:139-146.
64. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
65. *Renewing primary health care in the Americas. A Position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
66. Penny Simkin, PT. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34:49-51.
67. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:59-72.
68. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006 (Health Evidence Network report; (<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, consultado el 21 de noviembre de 2007).
69. Diabète-France.com – portail du diabète et des diabétiques en France, 2008 (<http://www.diabete-france.com>, consultado el 30 de julio de 2008).
70. Barlow J, Cohen E, Stewart-Brown SSB. Parent training for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD002020.
71. Ahluwalia I. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in north western Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82:231.
72. De la Luz Martínez-Maldonado M, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 2007, 7:276 (DOI:10.1186/1471-2458-7-276).
73. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity*. Chilean case study prepared for the CSDH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
74. Paethayasapaa. Kam Prakard Sitti Pu Paui, 2003? (<http://www.tmc.or.th/>, consultado el 30 de julio de 2008).
75. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry*, 2007, 6:5-13.
76. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8:415-428.
77. Nakkash R et al. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Education and Behaviour*, 2003, 30:723-739.
78. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:267-268.
79. Gill JM. The structure of primary care: framing a big picture. *Family Medicine*, 2004, 36:65-68.
80. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Pan-Canadian primary health care indicators, Report 1, Volume 1*. Ottawa, Canadian Institute for Health Information 2008 (<http://www.cihi.ca>).
81. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269-276.
82. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40-48.
83. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703-706.
84. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
85. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269-276.
86. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner city minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776-781.
87. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:387-390.
88. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
89. Porignon D et al. *Comprehensive is effective: vaccination coverage and health system performance in Sub-Saharan Africa*, 2008 (de próxima publicación).
90. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412-422.
91. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105-109.
92. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atención Primaria*, 1999, 24:468-474.
93. *Regional core health data initiative*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).
94. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771-1774.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330-1336.
96. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441-1447.
97. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177-192.
98. Gill JM, Mainous AGI, Nseroko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333-338.
99. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 2005, 365:176-186.
100. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661-687.
101. Stiell A. et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:1023-1028.
102. Smith PC et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*, 2005, 293:565-571.
103. Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:125-129.
104. Elwyn G. Safety from numbers: identifying drug related morbidity using electronic records in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:170-171.
105. Open Medical Records System (OpenMRS) [online database]. Cape Town, South African Medical Research Council, 2008 (<http://openmrs.org/wiki/OpenMRS>, consultado el 29 de julio de 2008).
106. Hüslér J, Peters T. *Evaluation of the On Cue Compliance Service pilot: testing the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa*. Prepared for the City of Cape Town Health Directorate and the International Development Research Council (IDRC), Cape Town, Bridges Organization, 2005.
107. Smith-Rohrberg Maru D et al. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *International Journal for Equity in Health*, 2007, 6:14.
108. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health policy developments 7/8).
109. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725-738.
110. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
111. Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of «continuity of care» in diabetes. *Health Expectations*, 2006, 9:118-129.
112. Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. *Medscape Journal of Medicine*, 2007, 9:28.
113. Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counseling*, 2006, 62:347-354 (Epub 2006 Jul 21).
114. Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649-656.
115. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific Family Medicine Journal*, 2006, Vol 5.
116. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742-1747.
117. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364-1370.
118. Kempe A et al. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics*, 2000, 105:1020-1028.
119. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727-734.
120. De Maesseneer JM et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:131-133.
121. Saver B. Financing and organization findings brief. *Academy for Research and Health Care Policy*, 2002, 5:1-2.



122. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *Canadian Medical Association Journal*, 1998,159:797-798.
123. Oxman AD et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995,153:1423-1431.
124. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870-1873.
125. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000,106:264-269.
126. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539-1541.
127. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123-128.
128. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834-836.
129. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628-1632.
130. Gadamski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, consultado el 29 de julio de 2008).
131. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181-1184.
132. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777-783.
133. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184-190.
134. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26: w717-w734.
135. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
136. Nutting PA. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:83-88.
137. *Strategies for population health: investing in the health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, Advisory Committee on Population Health, 1994.
138. Lasker R. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
139. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001,14:54-563.
140. *Improving health for New Zealanders by investing in primary health care*. Wellington, National Health Committee, 2000.
141. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21-8.
142. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10-20.
143. Beck CA et al. Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*, 2001, 17:33-40.
144. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544-1548.
145. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*, 1999, 4:243-248.
146. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103-1118.
147. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637-643.
148. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457-462.
149. Abyad A, Homsí R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465-470.
150. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705-710.
151. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848-855.
152. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155-161.
153. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366-372.
154. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6-11.
155. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436-1444.
156. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoerom T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
157. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-184-197).
158. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 1994, 24:431-458.
159. Baicker K et al. Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2004 (web exclusive: VAR33-V44).
160. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318.
161. Estudio regional sobre asistencia hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Washington DC, Pan American Health Organization, Unidad de Organización de Servicios de Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, 2004.
162. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81-89.
163. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
164. Margolis PA et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 2001, 108:E42.
165. Donohy EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*, 2007, 119:1145-1151.
166. Manandhar D et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364:970-979.
167. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.
168. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press Institute of Medicine, 1996.
169. Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France. Palmarès des Hôpitaux. *Le Point*, 2008 (<http://hopitaux.lepoint.fr/tableau-honneur.php>, consultado el 29 de julio de 2008).
170. Davidson BN, Sofaer S, Gertler P. Consumer information and biased selection in the demand for coverage supplementing Medicare. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:1023-1034.
171. Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychology*, 2000, 55:205-217.
172. Segal SP, Redman D, Silverman C. Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services*, 51:1148-1152.
173. Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, 1971.
174. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical programmes in multi-function health services*. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).