

LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:

LA NECESIDAD IMPERIOSA DE CONSOLIDAR LA
ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Eugênio Vilaça Mendes



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Consejo Nacional de Secretarios de Salud

LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:

LA NECESIDAD IMPERIOSA DE CONSOLIDAR LA
ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Eugênio Vilaça Mendes

Brasilia-DF

2014

Organización Panamericana de la Salud.

Las condiciones crónicas en la Atención Primaria de la Salud: La necesidad imperiosa de consolidar la Estrategia de Salud de la Familia. Brasília, DF: OPS, 2014.

1. Condiciones crónicas. Gestión de la Salud. Atención a la Salud. Redes de Atención a la Salud. Sistema Único de Salud. I. Título.
II. Eugênio Vilaça Mendes.

ISBN 978-85-8071-014-4

© 2014 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 2.ª edição – 2014 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19.
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
<http://www.paho.org/bra/apsredes>

Consejo Nacional de Secretarios de Salud
ED. TERRA BRASILIS QUADRA 1, BL N. 14 ANDAR, SALA 1404
SETOR DE AUTARQUIA SUL BRASILIA - DF
CEP: 70070-010 Brasília/DF – Brasil

Elaboración:
Eugênio Vilaça Mendes
Adaptación versión español:
María Roxane Salvatierra
Diagramación:
All Type

El proyecto gráfico, la traducción, adaptación y la edición fue financiada por el Término de Cooperación n° 60 firmado entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud con la mediación del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass).

SUMÁRIO

PRESENTACIÓN	13
PREFACIO	15
INTRODUCCIÓN	17
AGRADECIMIENTO	25
CAPÍTULO 1 – LA CRISIS FUNDAMENTAL DEL SUS	27
Concepto de condiciones crónicas	27
Situación de salud en Brasil	30
La crisis fundamental del SUS	34
CAPÍTULO 2 –RESPUESTA SOCIAL A UNA SITUACIÓN DE SALUD DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA ACELERADA Y DE TRIPLE CARGA DE ENFERMEDAD: REDES DE ATENCIÓN DE LA SALUD	43
Concepto de Redes de Atención	43
Elementos constitutivos de las Redes de Atención de Salud	45
Población	45
Estructura operativa de las Redes de Atención de Salud	46
Modelos de atención de salud	48
Modelo de atención de las condiciones agudas	49
CAPÍTULO 3 –ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD	51
Un poco de historia de la APS e interpretación en la práctica social	51
Características de la APS en las Redes de Atención de Salud	54
Atención Primaria de Salud: ¿Por qué sí? Bibliografía internacional sobre la APS	56
La APS: ¿Por qué no?	61
CAPÍTULO 4 – ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL	67
Evolución histórica de la APS en la salud pública brasileña	67
Consolidación del ciclo de la Atención Básica de Salud y evidencia sobre el Programa de Salud Familiar	70
Problemas del PSF y agotamiento del ciclo de Atención Básica de Salud	85
La cuestión ideológica	85
Baja valoración económica y social del PSF e institucionalización incipiente	86
Fragilidad institucional	87

Insuficiencia de infraestructura adecuada	87
Baja densidad tecnológica	87
Debilidad de los sistemas de apoyo diagnóstico	88
Carencia de equipos multidisciplinarios	90
Debilidad de los sistemas de información clínica	91
Problemas gerenciales	91
Fragilidad del control social	93
Problemas educacionales	93
Problemas en las relaciones de trabajo	94
Fragilidad de los modelos de atención de salud	95
Financiamiento inadecuado	96
Octavo ciclo de desarrollo de la APS en Brasil: Atención Primaria de Salud y Consolidación de la Estrategia de Salud de la Familia	98
Dimensión política de la Estrategia de Salud de la Familia	101
Cambio ideológico: la Estrategia de Salud Familiar como coordinadora de las RAS y organizadora del SUS	102
Nuevo pacto federativo en la Estrategia de Salud Familiar	103
Fortalecimiento institucional de la Estrategia de Salud Familiar	103
Ampliación de la Estrategia de Salud Familiar	105
Mejoramiento de la infraestructura de las unidades de la Estrategia de Salud Familiar	106
Refuerzo tecnológico de la Estrategia de Salud Familiar	108
Fortalecimiento del apoyo diagnóstico	109
Utilización de equipos multidisciplinarios	115
Sistemas de información clínica automatizados	116
Fortalecimiento gerencial de las unidades de la Estrategia de Salud Familiar	117
Fortalecimiento del control social en la Estrategia de Salud Familiar	122
Superación de los problemas educacionales	122
Superación de problemas de relaciones laborales	125
Instauración de modelos de atención de salud para condiciones agudas y crónicas	126
Financiamiento adecuado de la Estrategia de Salud Familiar	129
CAPÍTULO 5 – MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR	135
Introducción	135
Modelo de atención crónica	135
Historia del CCM	135
Descripción del CCM	136
Organización de la atención de salud	137
Diseño del sistema de prestación de servicios	138
Apoyo a las decisiones	139
Sistema de información clínica	139

Autocuidado apoyado	140
Recursos de la comunidad	141
Evaluación del CCM	141
Aplicación del CCM	142
El ccm en la práctica	145
Modelo de la pirámide de riesgos	149
Bases del modelo de la pirámide de riesgos	149
Descripción del modelo de la pirámide de riesgo	151
Evidencia de los buenos resultados del MPR	155
Importancia del MPR en la atención de las condiciones crónicas	156
Modelo de la determinación social de la salud	158
Modelo de atención de las condiciones crónicas (MACC)	163
¿Por qué se necesita un modelo de atención de las condiciones crónicas en el SUS?	163
Descripción general del MACC	164
Ámbitos de aplicación del MACC	167

CAPÍTULO 6 – MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESF 173

Nivel 1 del MACC en el cuidado de las condiciones crónicas en la ESF: intervenciones de promoción de la salud 173

Nivel 2 del MACC en el cuidado de las condiciones crónicas en la ESF: intervenciones de prevención de las condiciones de salud relativas a los factores determinantes sociales proximales de la salud 176

Factores de riesgo proximales	176
Matriz de la prevención de las condiciones de salud relativas a los factores determinantes sociales proximales	177
Importancia de los factores de riesgo asociados a los comportamientos y a los estilos de vida en la salud	179
Intervenciones sobre los factores de riesgo asociados al comportamiento y los estilos de vida	181
Dieta inadecuada	182
Exceso de peso	187
Inactividad física	188
Tabaquismo	194
Consumo excesivo de alcohol	200
Abordajes del cambio de comportamiento	203
Modelo Transteórico de Cambio (MTT)	204
Entrevista Motivacional (EM)	209
El Grupo Operativo (GO)	217
Proceso de solución de problemas	224

CAPÍTULO 7 –NIVELES 3,4 Y 5 DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA APS. CAMBIOS EN LA CLÍNICA Y EN LA GESTIÓN DE LA ESF	229
El espacio de la clínica de APS y su crisis	229
Intervenciones sobre los factores de riesgo biopsicológicos individuales.	232
Nueva clínica en la ESF: cambios en la atención de salud	235
De la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad a la atención colaborativa y centrada en la persona	237
Atención de las enfermedades y las dolencias	237
Atención colaborativa y centrada en la persona	238
Evidencias sobre la atención centrada en la persona.	247
Alfabetización sanitaria	248
De la atención centrada en el individuo a la atención centrada en la familia	251
Territorialización	254
Registro familiar	255
Clasificación de riesgos familiares	256
Instrumentos del abordaje familiar.	258
Genograma	258
Ciclo de vida de las familias.	261
Orientación Fundamental sobre las Relaciones Interpersonales - FIRO.	263
Practice	267
Apgar familiar	269
Mapas de redes.	271
Fortalecimiento del autocuidado apoyado	272
¿Por qué se necesita autocuidado apoyado?	272
Método de las 5 Aes	278
Apreciación	279
Asesoramiento	279
Acuerdo	281
Asistencia	284
Acompañamiento	285
Función de los equipos de la esf en el autocuidado apoyado	289
Evidencia sobre el autocuidado apoyado	292
Equilibrio entre la atención a la demanda espontánea y la atención programada.	293
De la atención monoprofesional a la multidisciplinaria	298
Nuevas formas de atención profesional	311
Atención Compartida en Grupo (ACG)	311
Atención Continua (AC).	320
Nuevas formas de relación entre la Estrategia de Salud de la Familia y la Atención Ambulatoria Especializada.	324

Generalistas y especialistas	325
Relación entre la Estrategia de Salud de la Familia y la Atención Ambulatoria	
Especializada: modelo de coordinación de la atención	334
Modelos de organización de la Atención Ambulatoria Especializada: modelo del	
Punto de Atención Secundaria Ambulatoria en las RAS.	345
Equilibrio entre Atención Presencial y Atención No Presencial.	354
Equilibrio entre Atención Profesional y Atención por Usuarios Expertos	356
Nueva gestión en la ESF: gestión de la clínica	359
Orígenes y concepto de gestión de la clínica	359
Tipos de tecnologías de gestión de la clínica	360
Directrices clínicas	361
Concepto	361
Tipos de directrices clínicas	363
Elaboración de directrices clínicas	363
Elección de la condición de salud.	364
Definición del equipo de elaboración	364
Análisis de situación de la condición de salud en la APS	365
Búsqueda de evidencia y de directrices clínicas pertinentes.	366
Contenido	367
Formalización	367
Evaluación	368
Validación	369
Publicación	369
Actualización	370
Aplicación	371
Evidencia sobre el uso de las directrices clínicas	372
Gestión de la condición de salud	373
Antecedentes históricos.	373
Concepto de gestión clínica en salud	374
Indicación de la gestión de la condición de salud	376
Desarrollo de la gestión de la condición de salud	376
Plan de cuidado.	377
Gestión de los riesgos de la atención de salud	377
Cambios de comportamiento de profesionales de salud y usuarios	382
Programación de la atención de la condición de salud	389
Programación	389
Contratos de gestión	392
Monitoreo y evaluación	395
Evidencia sobre la gestión de la condición de salud	395
Gestión de caso.	395
Concepto	395

Objetivos de la gestión de caso	397
Proceso de la gestión de caso	398
Selección del caso	398
Identificación del problema	399
Elaboración y aplicación del plan de cuidado	400
Monitoreo del plan de cuidado	401
Evidencias sobre la gestión de caso	401
La gestión de caso en Brasil	402

CAPÍTULO 8 –IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA	405
Cambio cultural	405
Proyecto colaborativo	413
Modelo de mejora	414
Diseño del proyecto de implantación del MACC en la ESF	422
Lista de verificación del MACC en la ESF	426
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	431

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E BOXES

FIGURAS

Figura 1:	Transformación de sistemas piramidales y jerárquicos en redes de atención de salud	44
Figura 2:	Estructura operativa de las redes de atención de salud	47
Figura 3:	Atributos y funciones de la APS en las redes de atención de salud	55
Figura 4:	Espacio salud en la Unidad de Salud Alvorada, Secretaría Municipal de Salud de Curitiba	107
Figura 5:	Lógica del modelo de atención de las condiciones agudas	127
Figura 6:	Sistema Manchester de clasificación de riesgo	128
Figura 7:	Modelo de Atención Crónica	137
Figura 8:	Amplitud de la atención de las condiciones crónicas	150
Figura 9:	Modelo de la pirámide de riesgos	151
Figura 10:	Concentración relativa de atención profesional y autocuidado apoyado	153
Figura 11:	El Modelo de determinación social de Dahlgren y Whitehead	160
Figura 12:	Modelo de atención de las condiciones crónicas (MACC)	164
Figura 13:	Modelo de los cuidados innovadores para condiciones crónicas de la Organización Mundial de la Salud	168
Figura 14:	Ámbitos del Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas	169
Figura 15:	Matriz de la prevención de las condiciones de salud	177
Figura 16:	Atención de salud según el Modelo de Atención Crónica (CCM)	236
Figura 17:	Símbolos del genograma	260
Figura 18:	Tiempo de atención profesional en la vida de una persona con condición crónica	274
Figura 19:	Método de las 5 aes en el autocuidado apoyado	287
Figura 20:	Modelo de la coordinación de la atención de salud	340
Figura 21:	Tecnologías de gestión de la clínica	360
Figura 22:	Gestión de la condición de salud	376
Figura 23:	Modelo de Mejora	417
Figura 24:	Estructura del proyecto de desarrollo e implantación del MACC	425

QUADROS

Cuadro 1:	El sentido de los cambios en la implementación de la reforma de la atención primaria de salud	133
Cuadro 2:	Etapas de cambio e incentivos	207
Cuadro 3:	Diferencias en los abordajes de confrontación de la negación y la entrevista motivacional en relación con el alcoholismo	210
Cuadro 4:	Principales características de la persona-paciente y la persona-agente en la atención de las condiciones crónicas	242
Cuadro 5:	Factores de riesgos y protectores comunes en las personas y en las familias	257
Cuadro 6:	Ciclo de vida de la familia y tareas y temas de prevención de cada fase	262
Cuadro 7:	Cuestionario del APGAR familiar	271
Cuadro 8:	Paradigmas tradicional y colaborativo en el autocuidado apoyado	278
Cuadro 9:	Método de las 5 aes: principales acciones de los equipos de la ESF en relación con cada a	288
Cuadro 10:	Evaluación de procesos clave de la atención primaria de salud	303
Cuadro 11:	Distribución de funciones y tareas del equipo de la PSF	305
Cuadro 12:	Características de los modelos de atención ambulatoria especializada	348

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Pirámides de población, por edad y por sexo, Brasil, 2005 y 2030	30
Gráfico 2:	Proporción de personas que declararon tener por lo menos una de doce enfermedades crónicas seleccionadas, por edad, Brasil, 2008	31
Gráfico 3:	Evolución de la mortalidad proporcional (%), según grupos de causas, Brasil, 1930 a	32
Gráfico 4:	Lógica de la atención de las afecciones agudas aplicada a las condiciones crónicas	36
Gráfico 5:	La crisis del SUS: evolución de la mortalidad proporcional, por grupos de causas, Brasil, 1930 a 2009	40
Gráfico 6:	La crisis del SUS en el Distrito Federal, Brasil, 1980-2008	41
Gráfico 7:	Evolución de los recursos invertidos por el Ministerio de Salud en servicios de mediana y alta complejidad y en el PAB fijo y variable, Brasil, por año, 1998 a 2009	97
Gráfico 8:	Correlación entre la amplitud de la anomalía y los beneficios del tratamiento de la hipertensión arterial	233

TABLAS

Tabla 1:	Carga de enfermedades en años de vida ajustados por discapacidad, Brasil, 1998	33
Tabla 2:	Costo (£) de la consulta en diferentes puntos de atención de salud en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido	63
Tabla 3:	Puntaje medio de los atributos esenciales, derivados y general de la atención primaria de salud en la evaluación de profesionales, incluidos médicos y personal de enfermería, unidades tradicionales y del PSF, municipio de Curitiba, 2008	76
Tabla 4:	Diez principales factores de riesgo para la mortalidad atribuible, países del Grupo B de América Latina y el Caribe	180

RECUADROS

Recuadro 1:	Sistema de patología clínica de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba	112
Recuadro 2:	Modelo de atención crónica en Health Disparities Collaboratives	147
Recuadro 3:	Taller de Reeducción Alimentaria en la APS, Secretaría Municipal de Salud de Curitiba	185
Recuadro 4:	Programa Gimnasio de la Salud, Belo Horizonte, Brasil	193
Recuadro 5:	Utilización de la entrevista motivacional en el autocuidado apoyado	215
Recuadro 6:	Grupo operativo en la Federación de las UNIMED de Minas Gerais	223
Recuadro 7:	Proceso de solución del problema del Sr. João da Silva	228
Recuadro 8:	Programa Alfabetizando con Salud, Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, Brasil	251
Recuadro 9:	Protocolo de intervenciones con base en el método de Orientación Fundamental sobre las Relaciones Interpersonales o FIRO	266
Recuadro 10:	Curso para el autocuidado de la artritis	277
Recuadro 11:	Diálogo clínico en la forma de preguntar-informar-preguntar	280
Recuadro 12:	Cierre del lazo en un diálogo clínico	280
Recuadro 13:	Diálogo colaborativo en la construcción de un plan de autocuidado	282
Recuadro 14:	Ejemplo de plan de autocuidado apoyado	284
Recuadro 15:	Asistencia tras el plan de autocuidado	285
Recuadro 16:	La salud en casa, una guía de autocuidado para mejorar la salud y para mantenerse sano	292
Recuadro 17:	Cuestionario de autoevaluación de la satisfacción de un miembro del equipo de la ESF	304
Recuadro 18:	El trabajo médico en la Unidad de Salud Soledad	306
Recuadro 19:	Sesión de atención compartida a grupo en la ESF	314
Recuadro 20:	Atención compartida en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba	316
Recuadro 21:	Recuadro 21. Programación de la atención continua en una unidad de APS de Group Health	323
Recuadro 22:	El caso de la Sra. G.	334
Recuadro 23:	El caso de la Sra. H.	344
Recuadro 24:	Recuadro 24. Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte en Minas Gerais	353
Recuadro 25:	Programa Paciente Experto del Instituto Catalán de Salud, en España	358
Recuadro 26:	Programa de Educación Permanente (PEP) de los Médicos de Familia de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais	385
Recuadro 27:	Parámetros para la programación de la atención de los adultos mayores en la ESF en Minas Gerais	390
Recuadro 28:	Contrato de gestión por desempeño en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba: Programa de Incentivo al Desarrollo de la Calidad de los Servicios (IDQ)	394
Recuadro 29:	Selección de adultos mayores para la gestión de caso en el Centro de Salud Castlefields, en Rucorn, Reino Unido	399
Recuadro 30:	Gestión de caso en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Uberlândia, Minas Gerais	402
Recuadro 31:	Indicadores de evaluación de la implantación del MACC relacionados con la condición crónica de diabetes	412
Recuadro 32:	Planilla del Modelo de Mejora	419
Recuadro 33:	Ejemplo de utilización de un ciclo de PDSA en el Centro de Salud Rocky Road	422

PRESENTACIÓN

Esta es una nueva obra del autor Eugênio Vilaça Mendes en la que aborda los desafíos actuales de la atención primaria de salud frente al nuevo panorama de transición epidemiológica y demográfica. Consiste en un tratado sobre APS en relación con las redes de atención y la epidemia de enfermedades crónicas que ha estado asolando los sistemas de salud en el mundo.

La obra se lanzó como parte del Laboratorio de Innovaciones sobre Atención de las Condiciones Crónicas establecido por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Consejo Nacional de Secretarios de Salud [de los estados], ambos de Brasil, como una contribución teórica y empírica importante del propio coordinador del Laboratorio, doctor Eugênio Vilaça Mendes. El Dr. Vilaça Mendes es un estudioso y una de las grandes autoridades en el tema de redes de atención primaria y ahora, en el de atención de las condiciones crónicas.

A lo largo de los ocho capítulos de este libro es posible recorrer el proceso de evolución histórica del desarrollo de la atención primaria de salud en Brasil y en el mundo y la evidencia que señala que adoptar la atención primaria de salud como prioridad en los sistemas de salud fue una decisión acertada, tanto de la Organización Mundial de la Salud como de los países que así lo hicieron. Se aborda también la necesidad de reorganizar e integrar los servicios de salud en las redes de atención; se recomienda establecer un nuevo ciclo para superar los obstáculos estructurales de la Estrategia Salud de la Familia, y se describe el modelo de atención de las condiciones crónicas que debe instituirse en el Sistema Único de Salud de Brasil, tanto en relación con los aspectos preventivos y de promoción de la salud como los de gestión y gestión de la clínica.

Es una inmensa satisfacción para la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Brasil contribuir con la publicación de este libro como parte de la gestión del conocimiento y del fortalecimiento de las estrategias apoyadas por la OPS/OMS, como la de redes de atención de salud basadas en la APS y el modelo de atención de las condiciones crónicas. Se espera que esta publicación proporcione a gestores y otros interesados conocimientos y prácticas innovadoras fuertemente respaldadas por evidencia y reflexiones teóricas sobre los temas tratados en este libro.

Jacobo Finkelman a.i.
Representante de la OPS/OMS en Brasil

PREFACIO

El Servicio Único de Salud de Brasil está constantemente en construcción y por ello afronta muchos obstáculos, tanto financieros como operativos, estructurales y de gestión. Debe tenerse en cuenta que los beneficios sanitarios obtenidos no son permanentes ni acumulativos y es necesario protegerlos.

Romper con el modelo de atención del episodio agudo, transformar la cura en el cuidado continuo de las condiciones crónicas, dar atención de salud con la participación del ciudadano y de la sociedad son, sin duda, grandes desafíos. Un sistema de salud debe cuidar a las personas para que no se enfermen y no solo atender enfermos y enfermedades.

Hay evidencia de que los sistemas de salud estructurados con base en una atención primaria de salud fuerte y resolutiva, que coordina la atención del usuario, da mejores resultados sanitarios.

Las iniciativas del Consejo Nacional de Secretarios de Salud de los Estados para fortalecer la atención primaria de salud han surgido de discusiones con las secretarías de salud de los estados, el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud y el proyecto de Redes de Atención de Salud/Planificación de la Atención Primaria de Salud que están en proceso de establecerse en varios estados. El propósito constante de estas conversaciones ha sido la constitución de alianzas internas y externas,

Es necesario que el sistema de salud brasileño avance efectivamente para transformar la atención primaria de salud en una estrategia de reorganización del Sistema Único de Salud mediante la Estrategia de Salud de la Familia, sin descuidar la atención primaria denominada tradicional.

El libro Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la Estrategia de Salud de la Familia es fruto de una larga experiencia práctica del autor en el tema y de la alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En él se presenta un análisis de la situación de salud brasileña y la conceptualización de las condiciones agudas y crónicas y de las redes de atención de salud. También se relata la historia de la APS en el mundo y como parte del SUS, se presentan los resultados positivos del Programa de Salud de la

Familia (PSF) y los problemas estructurales que lo limitan, además de los modelos de atención de las condiciones crónicas.

Creemos que este libro debe ser lectura obligatoria para todos quienes luchan por un sistema de salud que atiende a las personas y sus necesidades de salud.

Beatriz Figueiredo Dobashi
Presidente
Consejo Nacional de Secretarios de Salud

INTRODUCCIÓN

Desde principios de este siglo, la situación de salud en Brasil combina una transición demográfica acelerada y una transición epidemiológica caracterizada por una triple carga de enfermedades: la persistencia aún no superada de las enfermedades infecciosas y carenciales; la carga importante que ocasionan las causas externas y el predominio de las afecciones crónicas.

Los sistemas de atención de la salud son la respuesta social a las necesidades sanitarias de los individuos y, como tal, deben ser totalmente coherentes con su situación de salud. En este momento, la falta de coherencia determina la crisis fundamental del Sistema Único de Salud (SUS), que es fruto del desajuste entre la velocidad con que avanzan los factores contextuales (las transiciones demográfica y epidemiológica y la innovación e incorporación tecnológica) y la lentitud con que se mueven los factores internos, es decir, la capacidad de adaptación del sistema de atención de la salud a esos cambios (cultura y arreglos organizativos, sistemas de pago e incentivos, estilos de liderazgo, organización de recursos). Ese desajuste es la causa de que una situación sanitaria del Siglo XXI reciba una respuesta social de un sistema de atención instituido a mediados del Siglo XX, cuando aún predominaban las afecciones agudas.

El SUS es un sistema cuya organización es fragmentada, que responde a las demandas sociales de manera reactiva y episódica y está destinado principalmente a tratar las afecciones agudas y las agudizaciones de las crónicas. Esas características no funcionaron en los países desarrollados y tampoco están funcionando en Brasil. La solución de esta crisis es acelerar la transformación del sistema de atención de salud mediante reformas profundas, que pongan en marcha las redes de atención de la salud, coordinadas por la atención primaria de salud (APS).

Desde el punto de vista de las redes de atención de la salud, la APS debe cumplir las funciones esenciales de una estrategia de ordenamiento de los sistemas: resolver 85% de los problemas más comunes de salud; ordenar y coordinar flujos y contraflujos de personas, productos e información en las redes, y asumir la responsabilidad por la salud de los usuarios adscritos asignada a los equipos de atención primaria en las redes de atención de la salud. Solo será posible organizar el SUS en redes de atención de la salud cuando la APS esté capacitada para desempeñar adecuadamente

esas tres funciones, ya que solo así podrá coordinar las redes de atención de la salud (RAS) y constituir la estrategia de reordenamiento del SUS.

Este libro se basa en ese supuesto y está estructurado para llevar al lector a comprender la crisis del SUS y la propuesta de redes de atención de salud. Fundamentalmente, está destinado a examinar la cuestión de la atención primaria de salud en el SUS y busca fundamentar sus ideas en evidencia científica producida dentro y fuera de Brasil, proveniente de una amplia revisión bibliográfica.

Hay pruebas amplias – analizadas en el texto – que confirman que los países que cuentan con una atención primaria de salud fuerte tienen sistemas sanitarios más eficaces, más eficientes, de mejor calidad y más equitativos que aquellos donde la atención primaria es frágil. Sin embargo, a pesar de esa evidencia incuestionable, hay una tendencia más o menos generalizada a desvalorizar política, económica y sanitariamente la atención primaria de salud. Las razones son diversas, pero lo cierto es que la APS no es prioritaria para los políticos ni para los grandes prestadores de servicios, ni para el complejo industrial de la salud ni para la población y, por lo tanto, el cambio que se requiere tiene, indiscutiblemente, carácter de transformación política.

En el sistema público de salud brasileño, la atención primaria tiene larga trayectoria. Se inició en la década de 1920 y pasó por varios ciclos, hasta constituirse, durante el gobierno de Itamar Franco, en el ciclo de atención básica de salud.

Actualmente, la atención básica de salud se caracteriza por la instauración y consolidación del Programa de Salud de la Familia (PSF), que ya cuenta con más de 30.000 equipos que cubren la mitad de la población brasileña en todo el territorio nacional. Sin embargo, debe reconocerse que existe una percepción más o menos difusa de que el PSF llegó a su fin como forma de organización de la atención primaria de salud en el SUS. Los diagnósticos son diversos, incluso los más radicales señalan el fracaso del PSF, al igual que las propuestas de reforma, muchas de las cuales sugieren dar flexibilidad al PSF.

En este libro se presenta la evidencia existente sobre el PSF en el SUS. Afortunadamente, uno de los resultados del PSF fue estimular la producción académica sobre la atención primaria de salud, que creció significativamente en los últimos años. Un análisis de los trabajos sobre el PSF mostró que esa política pública no fracasó, sino por el contrario, dentro de sus límites, ha tenido un gran éxito. Varios trabajos muestran que el PSF es siempre mejor que la forma tradicional de organizar la atención primaria de salud, que algunos proponen como una salida. El PSF no fracasó, pero se sí se agotó el ciclo de la atención básica de salud en el cual fue constituido. La causa de ese agotamiento es la persistencia de problemas estructurales de la

atención primaria de salud que no fue posible superar y que se señalan y analizan en la presente publicación.

La atención primaria de salud, para poder estar en posición de reordenar el SUS y coordinar las redes de atención de la salud tiene que sostener reformas profundas que permitan resolver los problemas actuales. En la práctica, eso se hará a partir de la conversión del PSF en la Estrategia de Salud de la Familia. El cambio semántico ya se incorporó al discurso oficial, lo que es importante, pero ahora es necesario ir más allá y transformar el contenido, es decir, lograr un cambio de paradigma.

Para transformar el Programa de Salud de la Familia en Estrategia de Salud de la Familia, se requiere un nuevo ciclo, el de atención primaria de salud. La atención primaria de salud es un problema complejo y, como tal, exige respuestas complejas, profundas y sistémicas y no se resuelve con soluciones parciales. Desde ese punto de vista y a partir del diagnóstico de los problemas del PSF, en este libro se propone un programa de reformas amplio, que lleve a la consolidación de la ESF en el SUS. Tal programa es coherente con las propuestas de reforma de la atención primaria de salud planteadas por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, que señalan que la APS es un derecho humano fundamental. “Ahora más que nunca”, con base en los avances innegables del PSF y en sus límites, la consolidación de la ESF en el SUS pasa a ser imperiosa.

La epidemia de condiciones crónicas plantea grandes dificultades a la consolidación de la ESF. Hacer frente a estas condiciones exigirá cambiar radicalmente la atención primaria de salud, tal como señala la bibliografía internacional. En este libro se analiza, especialmente, un nuevo modelo de atención de las condiciones crónicas y con ese fin, se retoma parte de la producción del autor presentada en el libro *Las Redes de Atención de la Salud* y la lleva al terreno de la atención primaria de salud.

A partir de modelos internacionales, como el de atención de las condiciones crónicas, el de la pirámide de riesgos y el de la determinación social de la salud de Dahlgren y Whitehead, se propone el modelo de atención de las condiciones crónicas adaptado a las particularidades de un sistema público universal, el SUS.

Los tres últimos capítulos de esta obra se dedican a describir, detalladamente, cómo sería la Estrategia de Salud de la Familia consolidada para operar un modelo de atención de las condiciones crónicas en el ámbito de la atención primaria de salud.

Está claro que la ESF es un espacio privilegiado para llevar a cabo intervenciones de promoción de la salud y de prevención y manejo de las condiciones crónicas. A

su vez, la consolidación de la ESF requiere cambios en la forma de prestar atención de salud y de gestionarla, lo cual exige la incorporación de la gestión de la clínica.

Para realizar los cambios que llevarán a la consolidación de la ESF es indispensable que se rompa ideológicamente con la interpretación como atención primaria selectiva y de cuidados primarios como nivel de atención. Es necesario desvincularla de la noción – que tuvo sentido en tiempos heroicos – de una atención primaria de salud pobre para regiones y personas pobres. Llegó la hora. El Brasil contemporáneo, una de las economías más grandes del mundo, no puede contentarse con esas visiones limitadas; es bueno recordar aquí lo señalado por Beveridge: las políticas públicas exclusivas para pobres son políticas pobres.

La consolidación de la ESF no será una lucha fácil ni breve ni mucho menos barata, porque exigirá más recursos para la atención primaria de salud. Los recursos públicos asignados al SUS son insuficientes; de hecho, no son suficientes para transformar ese sistema público de salud en un sistema universal y gratuito para todos los brasileños. No obstante, con voluntad política, los recursos actuales serán suficientes para revolucionar la atención primaria de salud por medio de la consolidación de la ESF y con ello la situación de salud de la población podrá mejorar mucho.

El programa propuesto es complejo pero viable, ya que la ESF no es un problema sin soluciones; la ESF es una solución con problemas.

Este libro está estructurado en ocho capítulos. En el primero, se presenta el concepto de condición de salud y se establece la diferencia entre condición aguda y crónica. Se analiza la situación de la salud en Brasil, que se caracteriza por una transición demográfica acelerada y una situación epidemiológica de triple carga de enfermedades, con un predominio relativamente fuerte de las afecciones crónicas. Se caracteriza la crisis fundamental de los sistemas de salud del mundo y del SUS, que consiste en una incoherencia entre la situación de la salud y la respuesta social del sistema de atención sanitaria, ya que la salud del Siglo XXI está fuertemente dominada por las condiciones crónicas, pero la respuesta social está dada por un sistema desarrollado en el siglo XX, cuyo blanco son las afecciones y eventos agudos.

En el capítulo 2 se proponen las redes de atención de salud como respuesta de los sistemas de atención de la salud a las exigencias de la situación sanitaria brasileña. Asimismo, se conceptualizan las redes de atención de salud y se definen sus elementos constitutivos: la población, la estructura operativa (atención primaria de salud, puntos de atención secundarios y terciarios, sistemas de apoyo, logísticos y de gobernanza) y los modelos de atención de salud. Se hace también una breve descripción del modelo de atención de las condiciones agudas.

En el capítulo 3 se relata la historia de la atención primaria de salud en el mundo y se analizan las tres concepciones de cuidados primarios para mostrar los atributos y funciones que se exigen de la APS como ordenadora de los sistemas de atención de la salud y coordinadora de las redes de atención. También se analiza la bibliografía internacional, en la que se describe cómo los países que adoptaron políticas fuertes de APS obtuvieron mejores resultados sanitarios y económicos que aquellos que no lo hicieron y las razones por las cuales la APS no es valorada política y socialmente en Brasil y otros países.

El capítulo 4 trata sobre la APS en el SUS. Describe su evolución histórica, dividida en siete ciclos, desde el inicio del siglo XX hasta su ciclo actual, el de la atención básica, que se caracteriza por haber establecido e institucionalizado el Programa de Salud de la Familia. Con base en evidencia científica, se muestran los grandes resultados que tuvo el PSF en el SUS, si bien se señala que el ciclo de la atención básica llegó a su fin, no por el fracaso del PSF, sino por no haberse superado los problemas estructurales que lo limitaron. Así, se analizan esos problemas y se propone una salida para la consolidación de la ESF que inaugurará un octavo ciclo en la evolución de la APS en el SUS, el ciclo de la atención primaria de salud. Para que se produzca la consolidación de la ESF, se propone que, además del discurso oficial, haya un programa amplio de reformas que habrán de realizarse en los próximos años y se hace hincapié en que ese programa debe ponerse en práctica en su totalidad, porque problemas complejos como la ESF exigen soluciones complejas y sistémicas.

En el capítulo 5 se examinan los modelos de atención de las condiciones crónicas, es decir, el modelo seminal o modelo de atención crónica desarrollado en los Estados Unidos de América y aplicado en muchos países del mundo y las pruebas sobre sus buenos resultados sanitarios y económicos. El segundo modelo analizado es el de la pirámide de riesgo desarrollado por Kaiser Permanente* y utilizado en varios países, que constituye la base de la estratificación de los riesgos en el manejo de las condiciones crónicas. Un tercer modelo es el de la determinación social de Dahlgren y Whitehead, que se ha propuesto para Brasil. Con base en esos tres modelos se construye el de atención de las condiciones crónicas para aplicar en el caso singular de un sistema público universal como el SUS, que se describe detalladamente.

El capítulo 6 trata sobre los niveles 1 y 2 del modelo de atención de las condiciones crónicas, dando por hecho que las intervenciones en ambos niveles pueden realizarse en los ámbitos macro, meso y microsociales. No obstante, por tratarse de un libro sobre la APS, se hace hincapié en las funciones de la ESF. En el nivel 1, de

* Kaiser Permanente es una operadora privada de seguros médicos sin fines de lucro en los Estados Unidos, que se estructura como sistema integrado de salud. Kaiser Permanente es aseguradora y también prestadora de servicios de salud.

promoción de la salud, las acciones deben llegar a la población en su conjunto y realizarse en la zona de cobertura de una unidad de la ESF. El modo de intervención es el proyecto intersectorial, en el que la ESF se articula con otros sectores, como educación, vivienda, seguridad alimentaria, deportes, empleo, ingresos y otros. En el nivel 2, de prevención de las condiciones de salud, las acciones estarán destinadas a diferentes subgrupos de población que presentan factores de riesgo proximales asociados a comportamientos y estilos de vida. Se destacan cinco factores proximales: la dieta inadecuada, el exceso de peso, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Para cada uno de esos factores se analiza la importancia que tiene en la producción de condiciones de salud y se presentan intervenciones cuyo manejo en la ESF ha sido eficaz y costo-efectivo. Se exploran también algunas tecnologías que han dado buenos resultados con relación al cambio de comportamiento, como el modelo transteórico del cambio, la entrevista motivadora, el grupo operativo y la técnica de solución de problemas.

En el capítulo 7 se abordan los niveles 3, 4 y 5 del modelo de atención de las condiciones crónicas que se estructuran para atender los factores biopsicológicos individuales y las condiciones crónicas establecidas. Ese es el campo de la clínica, que presenta una crisis grave determinada por el fracaso del sistema de atención basado en la consulta médica de corta duración. En el nivel 3 de atención de las condiciones crónicas se realizan intervenciones para afectar los factores de riesgo biopsicológicos individuales y las condiciones crónicas de menor riesgo, según el modelo de la pirámide de riesgos; el nivel 4 corresponde a las intervenciones para atender las condiciones crónicas más complejas y el nivel 5, a las condiciones crónicas muy complejas. La superación de la crisis manifiesta en la atención primaria de salud, en el microespacio de la clínica, exige cambios profundos, que se producirán en dos dimensiones: en la forma de prestar la atención de salud y en la gestión de los cuidados primarios. Se puede hablar incluso de una nueva clínica y una nueva gestión. Se profundiza en los cambios a la clínica en nueve dimensiones principales: de la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad a la atención colaborativa y centrada en la persona; de la atención centrada en el individuo a aquella centrada en la familia; el fortalecimiento del autocuidado apoyado; el equilibrio entre la atención de la demanda espontánea y la atención programada; de la atención provista por un único profesional a la atención por múltiples profesionales; la introducción de nuevas formas de atención profesional; el establecimiento de nuevas formas de relación entre la ESF y la atención ambulatoria especializada; el equilibrio entre la atención presencial y la no presencial y entre la profesional y la provista por legos. Los cambios en la gestión conllevan la adopción cotidiana de tres tecnologías de gestión de la clínica: las directrices clínicas, la gestión de la condición de salud y la gestión de caso.

El Capítulo 8 se dedica a la implantación del modelo de atención de las condiciones crónicas en la ESF. En él se arguye que se trata de un cambio cultural profundo, se elabora sobre la gestión del cambio y se propone que el proceso de cambio se lleve a cabo a través de estrategias educativas. Asimismo, con base en evidencia del campo de la salud, se propone la utilización del proyecto colaborativo, en el que diferentes unidades de la ESF aprenden a aprender e intercambian experiencias sobre sus procesos. Como no todos los cambios representan mejoras, se analiza el Modelo de Mejora que parte de tres cuestiones fundamentales y aplica las reformas a través de ciclos PDSA* secuenciales. Por último, en este capítulo se incluye una lista de verificación que abarca todas las dimensiones del modelo de atención de las condiciones crónicas propuesto y que habrán de ser aplicadas por los equipos de la ESF.

* El ciclo PDSA, conocido también como ciclo de Deming, es una técnica sencilla para el control de los procesos y puede usarse de forma continua para la gestión de las actividades de una organización. Su nombre se deriva del conjunto de medidas que componen la sigla en inglés: P (plan: planificar; D (do: hacer; S (study: estudiar), y A (act: actuar). Este ciclo se explica en detalle en el capítulo 8 de esta obra.

AGRADECIMIENTO

El autor agradece:

Al Consejo Nacional de Secretarios de Salud y a la Organización Panamericana de la Salud por el interés en editar este trabajo, por la publicación de excelente calidad y por la difusión del libro.

A los miembros del Laboratorio de Innovación en la Atención de las Condiciones Crónicas en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, por el diálogo constante y profundo mantenido en el Proyecto Emu, que fue de gran ayuda en la producción de este libro: Eliane Veiga Chomatas, Secretaria Municipal de Salud, Raquel Ferraro Cubas, Coordinadora del Laboratorio, Ademar Cezar Volpi, Ana Cristina Alegretti, Ana Maria Cavalcanti, Ângela Cristina de Oliveira, Anna Paula Lacerda Penteado, Antonio Dercy Silveira Filho, Camila Santos Franco, Cláudia Schneck de Jesus, Cristiane Honório Venetikides, Gerson Schwab, Karin Regina Luhm, Liliane Grochocki Becker, Nilza Teresinha Faoro, Simone Chagas Lima, Simone Tetu Moisés, Soriane Kieski Martins, Gustavo Pradi Adam y João Alberto Rodrigues. A los dos últimos agradece la revisión del texto en los temas de consumo excesivo de alcohol y tabaquismo. Un agradecimiento especial a Cleide Aparecida de Oliveira, Supervisora del Distrito Sanitario Cajuru, y a Maria Cristina Arai, Autoridad Sanitaria de la Unidad de la ESF Alvorada y a todo su equipo por la osadía de servir como unidad piloto del Laboratorio.

A las personas que participaron, directa o indirectamente, en la elaboración de los recuadros de este libro: Ana Maria Cavalcanti, Ana Luisa Schneider, Ailton Alves Júnior, Celeide Barcelos Araujo, Cláudia Schnek de Jesus, Cláudia Nogueira Souza, Eleusa Pereira Lima, Fábio Britto Carvalho, João Batista Silvério, Priscila Rabelo Lopes, Inês Marty, Maria Emi Shimazaki, Raquel Ferraro Cubas, Ruth Borges Dias, Tânia Ferreira Lima, Tomoko Ito y Wilmar de Oliveira Filho.

CAPÍTULO 1 – LA CRISIS FUNDAMENTAL DEL SUS

CONCEPTO DE CONDICIONES CRÓNICAS

Una condición de salud puede definirse como la circunstancia de la salud de una persona, que se presenta de forma más o menos persistente y exige respuestas sociales reactivas o proactivas, episódicas o continuas, fragmentadas o integradas, de los sistemas de atención de la salud en reacción a ella o para prevenirla; esa respuesta puede ser eventual o continua y fragmentada o integrada.

La categoría condición de salud es fundamental en la atención sanitaria, porque los sistemas de atención de salud solo agregan valor para los usuarios cuando la condición de salud se atiende en su ciclo completo ⁽¹⁾.

En el campo de la salud, tradicionalmente se trabaja con una distinción entre enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles. Esa tipología, desde el punto de vista de la etiopatogenia, se utiliza mucho, especialmente en epidemiología y, si bien ha sido muy útil en estudios epidemiológicos, no es una referencia apropiada para organizar los sistemas de atención de salud. La razón es simple: desde el punto de vista de la respuesta social a los problemas de salud – que es el propósito de los sistemas de atención de la salud – la atención de determinadas enfermedades transmisibles, por su largo curso natural, se asemeja más a las enfermedades crónicas que a las transmisibles de curso rápido. Además, es una tipología fundada en el concepto de enfermedad y excluye las condiciones que no son enfermedad pero que exigen una respuesta social adecuada de los sistemas de atención sanitaria.

Dado lo anterior, se ha considerado una nueva clasificación basada en el concepto de condición de salud; fue desarrollada inicialmente en relación con la teoría del modelo de atención crónica ^(2, 3) y más adelante fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾. Las nuevas categorías son condiciones agudas y las condiciones crónicas, que surgen de la forma en que profesionales, usuarios y sistemas de atención de la salud se organizan con respecto a la atención, ya sea de forma reactiva y episódica o proactiva y continua. Esto es diferente de la tipología clásica de enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles basada principalmente en la etiopatogenia de las enfermedades.

Además, la condición de salud va más allá de la enfermedad, ya que incorpora ciertos estados fisiológicos, como el embarazo, y el seguimiento a lo largo de los ciclos de vida, por ejemplo, en la niñez (puericultura), la adolescencia y la tercera edad, que no son enfermedades, sino condiciones de salud de responsabilidad de los sistemas de atención de la salud.

Esa tipología está principalmente orientada por algunas variables clave del concepto de condición de salud: 1) la duración de la condición de salud, ya sea breve o larga; 2) la forma en que los profesionales de la salud, el sistema de atención de la salud y los usuarios hacen frente a la condición, ya sea de manera episódica, reactiva y centrada en las enfermedades y en la conducta de queja o continua, proactiva y centrada en las personas y la familia, mediante cuidados más o menos permanentes, a partir de un plan de cuidado elaborado conjuntamente por el equipo de salud y el usuario.

Las condiciones agudas, por lo general, son de corta duración (menos de tres meses) y su curso suele ser autolimitado. Por el contrario, las crónicas son de más larga duración (tres meses o más) y en algunos casos pueden tener un carácter definitivo y permanente ^(2, 5).

Por lo general, las condiciones agudas son manifestaciones de enfermedades transmisibles de curso corto, como el dengue o la gripe, o de enfermedades infecciosas, también de corta duración, como la apendicitis, o de causas externas, como los traumatismos. Las enfermedades infecciosas de curso largo, como la tuberculosis, la lepra y el sida se consideran condiciones crónicas.

El ciclo evolutivo de las condiciones agudas y crónicas es muy diferente. En general, las condiciones agudas se inician repentinamente, su causa es simple y de diagnóstico fácil, son de corta duración y responden bien a tratamientos específicos, por ejemplo, con medicamentos o cirugía. Tanto para los médicos como para los usuarios la incertidumbre es relativamente menor. El ciclo típico de una condición aguda consiste en malestar por algún tiempo, tratamiento y mejoría. Su atención depende del conocimiento y la experiencia profesional, fundamentalmente de los médicos, para diagnosticar y recetar el tratamiento correcto. La apendicitis es un buen ejemplo. Comienza rápidamente, con síntomas de náuseas y dolor abdominal. El diagnóstico se realiza mediante el examen médico, que lleva a una cirugía para extirpar el apéndice. Después de un período de convalecencia, el paciente generalmente vuelve a su vida normal con su salud restablecida.

Las condiciones crónicas, especialmente las enfermedades crónicas, son diferentes: se inician y evolucionan lentamente; por lo general, presentan causas múltiples

que varían con el tiempo, entre otras, factores genéticos hereditarios, estilos de vida, exposición a factores ambientales, además de los fisiológicos. Normalmente, estas afecciones no evolucionan de manera uniforme ni previsible y, al revés de las condiciones agudas, en las que generalmente puede esperarse una recuperación adecuada, las condiciones crónicas desarrollan más síntomas y llevan a la pérdida de la capacidad funcional. Cada síntoma puede, a su vez, generar otros, en un ciclo vicioso: condición crónica que lleva a tensión muscular, que genera dolor, que lleva a estrés y ansiedad, que generan problemas emocionales, que conducen a depresión, que lleva a fatiga, que refuerza la condición crónica ⁽⁶⁾.

Muchas condiciones agudas pueden convertirse en crónicas. Es el caso de ciertos traumatismos que dejan secuelas de larga duración, debido a que generan algún tipo de discapacidad que exigirá atención más o menos permanente del sistema de atención sanitaria. Es el caso de algunos problemas motores postraumáticos. Por otro lado, las condiciones crónicas pueden presentar períodos de agudización; en esos momentos específicos, deben ser atendidas con la misma lógica episódica y reactiva de las condiciones agudas. Ese es el campo de las redes de atención de urgencias.

Las condiciones crónicas, por lo tanto, abarcan más que solo las enfermedades crónicas (diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad respiratoria crónica), ya que incluyen también las enfermedades infecciosas persistentes (lepra, tuberculosis, VIH/sida, hepatitis virales, y otras), las condiciones asociadas a la maternidad y al período perinatal (seguimiento de la embarazada y atención del parto, el puerperio y el recién nacido); el mantenimiento de la salud por ciclos de vida (puericultura, adolescencia y tercera edad); los trastornos mentales de largo plazo; la discapacidad física y estructural continua (por ejemplo, por amputación, ceguera o deficiencias motoras persistentes); las enfermedades metabólicas y bucales y las condiciones de salud que se caracterizan como dolencias en las que hay sufrimiento, pero que no encuentran correspondencia en patrones biomédicos.

Si por un lado las condiciones agudas se manifiestan indiscutiblemente como eventos agudos, percibidos subjetiva u objetivamente, en determinados momentos las enfermedades crónicas pueden presentar eventos agudos, también percibidos objetiva o subjetivamente, muchas veces como consecuencia de la mala atención de esas condiciones crónicas, especialmente en la APS (por ejemplo, manifestaciones de urgencia hipertensiva). Por lo tanto, los eventos agudos son diferentes de las condiciones agudas y es común que se manifiesten también en las condiciones crónicas. Las condiciones agudas se manifiestan generalmente mediante eventos agudos, al igual que las condiciones crónicas que también pueden manifestarse, en determinados momentos y de manera profusa, en forma de eventos agudos.

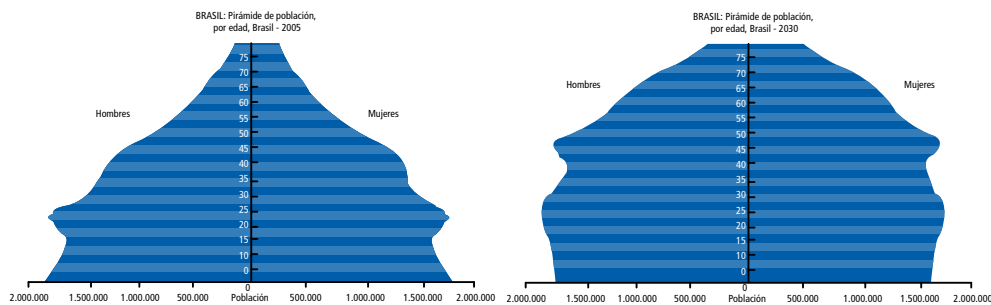
SITUACIÓN DE SALUD EN BRASIL

Los sistemas de atención de salud son la respuesta social a las necesidades sanitarias de la población. Por consiguiente, debe haber buena sintonía entre la situación de salud de la población y la forma en que se estructura el sistema de atención sanitaria para responder socialmente a esa situación particular.

La situación de salud en Brasil se caracteriza por una transición demográfica acelerada y una situación epidemiológica de triple carga de enfermedades.

Como se observa en el gráfico 1, el efecto combinado de la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad, en especial la tasa de mortalidad infantil, es una transformación de la pirámide de población. Su forma triangular de base extensa en 2005, en 2030 dará lugar a una pirámide con la parte superior más ancha, típica de sociedades envejecidas.

Gráfico 1: Pirámides de población, por edad y por sexo, Brasil, 2005 y 2030



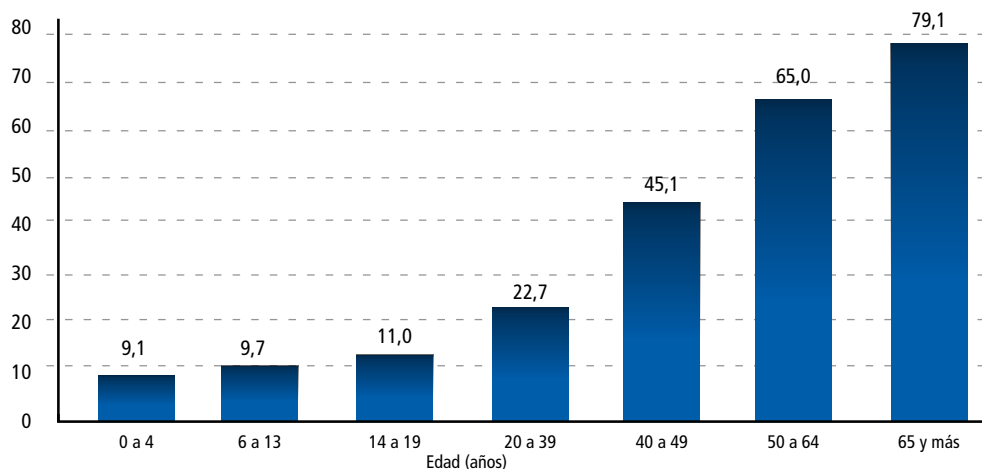
Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística ⁽⁷⁾

En Brasil, la proporción de jóvenes de 0 a 14 años de edad bajó de 42% en 1960 a 30% en 2000 y será 18% en 2050. Por el contrario, la proporción de adultos mayores de 65 años de edad, que era de 2,7% en 1960, aumentó a 5,4% en 2000 y llegará a 19% en 2050, es decir, será mayor que la de los jóvenes ⁽⁸⁾.

El proceso de envejecimiento rápido de la población señala que habrá un aumento relativo creciente de las condiciones crónicas, especialmente de las enfermedades crónicas, porque ellas afectan más a los segmentos poblacionales de mayor edad. La Encuesta Nacional por Muestreo por Domicilio (PNAD 2008) mostró que a medida que avanza la edad aumentan las enfermedades crónicas, de tal manera que 79,1% de los brasileños de 65 o más años de edad señalaron que padecían de por lo menos una de un grupo de doce enfermedades crónicas. Además, 31,3% de la población

general, es decir, 60 millones de personas, padecen de enfermedades crónicas y 5,9% de esa población tiene tres o más enfermedades crónicas (Gráfico 2).

Gráfico 2: Proporción de personas que declararon tener por lo menos una de doce enfermedades crónicas seleccionadas, por edad, Brasil, 2008

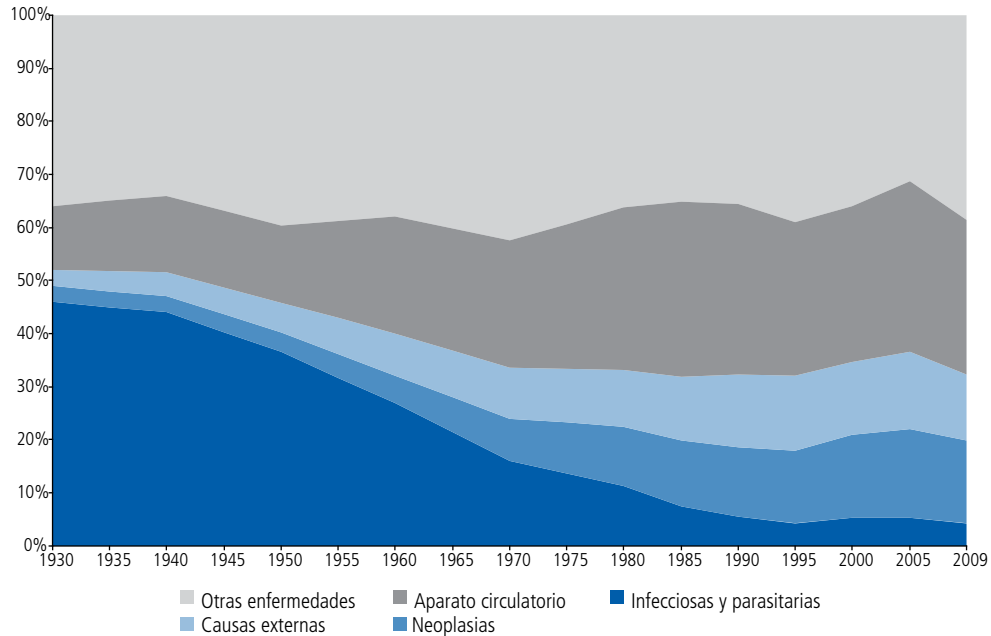


Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística ⁽⁹⁾.

Del análisis de la situación demográfica se puede concluir que el perfil epidemiológico brasileño estará cada vez más presionado por las enfermedades crónicas. Por lo tanto, se puede suponer que, en el futuro, la transición demográfica muy rápida podrá determinar un aumento progresivo de la morbilidad por condiciones crónicas en Brasil, tanto en términos absolutos como relativos.

La situación epidemiológica brasileña puede analizarse según la mortalidad, los factores de riesgo y la carga de enfermedades. Según se ilustra en el gráfico 3, la transición epidemiológica singular del país, desde el punto de vista de la mortalidad, indica que en 1930 las enfermedades infecciosas en las capitales de estado causaban 46% de las muertes y que ese valor se había reducido a aproximadamente 5% en 2000; al mismo tiempo, las enfermedades cardiovasculares, que representaban alrededor de 12% de las muertes en 1930, causaron casi 30% de las defunciones en 2009.

Gráfico 3: Evolución de la mortalidad proporcional (%), según grupos de causas, Brasil, 1930 a



Fuente: Malta ⁽¹⁰⁾.

El predominio relativo de las muertes por enfermedades crónicas se manifiesta en todas las regiones del país: región Norte, 65,3%; Noreste, 74,4%; Centro-Oeste, 69,5%; Sureste, 75,6%, y Sur, 78,5%.

Otra forma de analizar la situación epidemiológica es por la carga de enfermedades. En Brasil, la carga de enfermedades ⁽¹¹⁾ medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (tabla 1) muestra que la suma de las enfermedades crónicas y las condiciones maternas y perinatales – que constituyen condiciones crónicas – alcanza 75% de la carga global de enfermedad. Mientras que las condiciones agudas, representadas por las enfermedades infecciosas, incluidas las parasitarias, más la desnutrición y las causas externas, abarcan 25% de la carga de enfermedades. Sin embargo, debe observarse también que una parte significativa de las enfermedades infecciosas, aquellas de larga duración, deben considerarse condiciones crónicas, lo que aumenta a más de dos tercios el peso relativo de las condiciones crónicas en la carga de enfermedad.

Ese predominio relativo de las condiciones crónicas tiende a aumentar en función de la producción social de tales condiciones, a partir de una prevalencia significativa y generalmente creciente de los factores determinantes sociales proximales de la salud asociados a comportamientos y estilos de vida, como el tabaquismo, la inactividad física, el exceso de peso y el consumo excesivo de alcohol y otras drogas ⁽¹²⁾.

Tabla 1: Carga de enfermedades en años de vida ajustados por discapacidad, Brasil, 1998

GRUPOS DE ENFERMEDADES	TASA POR 1.000 HABITANTES	%
Infecciosas, incluidas las parasitarias y desnutrición	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condiciones maternas y perinatales	21	8,8
Enfermedades crónicas	124	66,3
Total	232	100,0

Fuente: Schramm et al. ⁽¹¹⁾

La situación epidemiológica brasileña conlleva una epidemia oculta, la de las enfermedades crónicas. La tasa de mortalidad estandarizada por edad por enfermedades crónicas entre la población de 30 o más años de edad es de 600 por 100.000 habitantes en Brasil, el doble de la tasa de Canadá y 1,5 veces la del Reino Unido ⁽¹³⁾. En consecuencia, se estima que en Brasil mueren diariamente más de 450 personas solo por infarto agudo del miocardio y accidentes cerebrovasculares.

A partir de la información analizada, se puede concluir que Brasil presenta un proceso de envejecimiento de su población y una situación de transición epidemiológica caracterizada por la reducción relativa de las enfermedades agudas y el aumento relativo de las condiciones crónicas. La situación epidemiológica brasileña es muy particular y está definida por algunos atributos fundamentales ⁽¹⁴⁾: la superposición de etapas, con la persistencia concomitante de enfermedades infecciosas y carenciales y enfermedades crónicas; el resurgimiento de enfermedades que se creían superadas, es decir, las reemergentes, como el dengue y la fiebre amarilla; la transición prolongada o falta de resolución de la transición en un sentido definitivo; la polarización epidemiológica representada por la agudización de las desigualdades sociales en materia de salud y la aparición de nuevas enfermedades, las emergentes. Esa compleja situación se ha definido como triple carga de enfermedad ⁽¹⁵⁾, porque hay simultáneamente problemas no resueltos de infecciones, desnutrición y de salud reproductiva; un desafío de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo (ta-

baquismo, sobrepeso, inactividad física, consumo excesivo de alcohol y otras drogas), alimentación inadecuada y otros, sumados al fuerte aumento de las causas externas.

LA CRISIS FUNDAMENTAL DEL SUS

Los sistemas de atención de salud son la respuesta social a las necesidades sanitarias de la población, que se expresan fundamentalmente en sus situaciones de salud. Por consiguiente, debe haber alta sintonía entre esas necesidades de salud de la población y la forma en que se organiza el sistema de atención para responder socialmente a esas necesidades. Esto no es lo que está ocurriendo en los sistemas de atención de salud en el mundo.

La crisis contemporánea de los sistemas de atención sanitaria refleja el desajuste entre una situación epidemiológica dominada por condiciones crónicas y un sistema de atención de la salud centrado en las enfermedades agudas y las agudizaciones de las condiciones crónicas de forma fragmentada, episódica y reactiva. Ese abordaje no funcionó en los países desarrollados y no está funcionando en el SUS.

Hay una relación estrecha entre la transición de las condiciones sanitarias y la de los sistemas de atención de salud, ya que ambas constituyen la transición de la salud ⁽¹¹⁾. La transición de las condiciones de salud, junto con otros factores, como el desarrollo científico, tecnológico y económico, determina la transición de la atención de salud ⁽¹⁶⁾. Por esa razón, en cualquier momento y en cualquier sociedad debe haber una coherencia entre la situación de las condiciones de salud y el sistema que las atiende. Cuando esa coherencia se pierde, como ocurre en este momento a escala mundial, los sistemas de atención de salud entran en crisis.

Dicho de otro modo, la crisis contemporánea de los sistemas de atención de la salud refleja la falta de correspondencia entre una situación de salud cuya transición demográfica es completa o acelerada y una situación epidemiológica dominada por las afecciones crónicas – en los países desarrollados de forma más contundente y en los países en desarrollo por la doble o triple carga de enfermedades – y un sistema de atención de salud dedicado predominantemente a dar respuesta a las condiciones agudas y a las agudizaciones de las condiciones crónicas. Quienes proponen el modelo de atención crónica han caracterizado dicha crisis como el resultado de la *"dictadura de las condiciones agudas"* ⁽¹⁷⁾. Esta crisis neurálgica de los sistemas de atención de la salud está determinada por factores históricos, técnicos y culturales.

Ham hizo un análisis histórico de los sistemas de atención de salud en el que muestra que hasta la primera mitad del siglo XX, tales sistemas de atención sanitaria

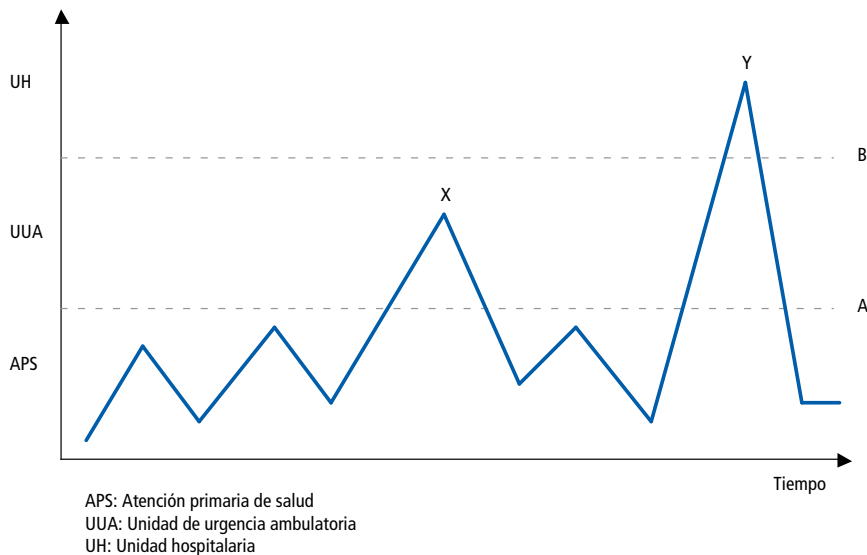
se volcaban hacia las enfermedades infecciosas y en la segunda mitad, hacia las condiciones agudas. El mismo autor afirma que a comienzos del siglo XXI los sistemas de atención de la salud deben ser reformados profundamente para poder atender las condiciones crónicas, por las razones resumidas en la siguiente cita: *“El paradigma predominante de la enfermedad aguda es un anacronismo. Fue formulado por la noción del siglo XIX de la enfermedad como ruptura de un estado normal determinada por un agente externo o traumatismo. En ese modelo de atención de las condiciones agudas afronta directamente la amenaza. Sin embargo, la epidemiología moderna muestra que los problemas de salud que hoy prevalecen, definidos en términos de impacto sanitario y económico, giran alrededor de las condiciones crónicas”* ⁽¹⁸⁾.

En esa misma línea, la Organización Mundial de la Salud afirma que, históricamente, los problemas agudos, como algunas enfermedades infecciosas y los traumatismos, han constituido la principal preocupación de los sistemas de atención de salud. Los avances de la ciencia biomédica y la salud pública logrados principalmente en el siglo pasado permitieron reducir el impacto de un sinnúmero de enfermedades infecciosas. Por otra parte, hubo un aumento relativo de la prevalencia de enfermedades crónicas. Asimismo, señala que: *“Debido a que los sistemas de salud actuales fueron desarrollados para tratar problemas agudos y necesidades urgentes de los pacientes, fueron diseñados para funcionar bajo presión. Por ejemplo, los exámenes, el diagnóstico, el alivio de los síntomas y la expectativa de cura son características del tratamiento ofrecido actualmente. Además, esas funciones se ajustan a las necesidades de los pacientes con problemas de salud agudos o episódicos. Sin embargo, se observa una gran disparidad cuando se adopta el modelo de tratamiento agudo para pacientes con problemas crónicos. El tratamiento de las enfermedades crónicas es, por naturaleza, diferente del de los problemas agudos. En ese aspecto, los sistemas de salud predominantes en todo el mundo están fallando, puesto que no logran seguir la tendencia a la disminución de los problemas agudos y al aumento de las afecciones crónicas. Cuando los problemas de salud son crónicos, el modelo de tratamiento agudo no funciona. De hecho, los sistemas de salud no evolucionaron de manera perceptible más allá de su método de tratamiento y diagnóstico de las enfermedades agudas. El paradigma del tratamiento agudo es dominante y actualmente prevalece entre quienes toman decisiones, trabajadores de salud, administradores y pacientes. Para afrontar el aumento de las afecciones crónicas, es imprescindible que los sistemas de salud superen ese modelo predominante. El tratamiento de los casos agudos será siempre necesario, ya que incluso las condiciones crónicas presentan episodios agudos; sin embargo, los sistemas de salud deben adoptar el concepto de tratamiento de problemas de salud de largo plazo”* ⁽⁴⁾.

La razón técnica de la crisis de los sistemas de atención de salud radica en que las condiciones crónicas se encaran con la misma lógica de las condiciones agudas,

es decir, con tecnologías destinadas a responder a los momentos de agudización de las condiciones crónicas – normalmente según la percepción de las propias personas – para atender la demanda espontánea, principalmente en unidades de urgencia ambulatorias u hospitalarias. Se hace caso omiso de la necesidad ineludible de dar atención continuada en los momentos silenciosos de las condiciones crónicas, cuando ellas evolucionan insidiosa y ocultamente (Gráfico 4).

Gráfico 4: Lógica de la atención de las afecciones agudas aplicada a las condiciones crónicas



Fuente: Adaptado de Edwards, Hensher y Werneke ⁽¹⁹⁾

En el gráfico 4 se ilustra el curso hipotético de una enfermedad de un paciente con una afección crónica. La región inferior, desde la base del gráfico hasta la línea A, representa la gravedad de la afección crónica en un determinado momento en que puede manejarla el equipo de atención primaria de salud. La zona entre las líneas A y B representa la gravedad en un momento en que el paciente puede ser atendido en una unidad de urgencia ambulatoria. Por último, la zona del gráfico que se encuentra por encima de la línea B representa la gravedad de la afección crónica en el momento que requiere atención hospitalaria. Suponiendo que se trate de un caso de diabetes tipo 2, la lógica de la atención de las afecciones agudas haría que cuando ese paciente se sienta mal o su enfermedad se agudice, busque atención en el sistema y la reciba de parte de la unidad de urgencia ambulatoria (punto X); en un segundo momento, presentaría una descompensación metabólica y sería internado en un hospital (punto Y). Sin embargo, en los intervalos entre ambos momentos,

no recibe atención continuada y proactiva, coordinada por el equipo de atención primaria de salud. A largo plazo, ese sistema que atiende las enfermedades crónicas con la lógica de atención de las afecciones agudas llevará a resultados sanitarios y económicos desastrosos. Con los años, el paciente con diabetes habrá de desarrollar, entre otras, retinopatía y nefropatía o una de sus extremidades inferiores será amputada. Esto se debe a que, en casos de condiciones de salud ya establecidas, el sistema solo responde cuando las manifestaciones clínicas percibidas por los propios pacientes son abundantes, sin reconocer los factores sociales determinantes distales, intermedios y proximales, los factores de riesgo biopsicológicos ni la gestión de la salud basada en una atención primaria de calidad. Esa forma de atención centrada en las manifestaciones agudas, otorgada en unidades de urgencia ambulatoria y hospitalaria, no permite realizar intervenciones apropiadas para las personas con diabetes, con el fin de promover el control glucémico, reducir el tabaquismo, disminuir el sedentarismo, controlar el peso y la presión arterial, promover el control regular de los pies y ofrecer exámenes oftalmológicos periódicos. Sin ese monitoreo continuo de las intervenciones sanitarias no es posible controlar la diabetes ni mejorar los resultados sanitarios y económicos entre los grupos de población que sufren de la enfermedad.

Por último, la razón cultural de la crisis contemporánea de los sistemas de atención de salud estriba en la concepción vigente de las condiciones crónicas y las formas de afrontarlas, lo que implica negligencia. La Organización Mundial de la Salud sintetiza en 10 los errores o mitos generalizados acerca de las enfermedades crónicas como una amenaza distante o menos importante que las agudas ⁽¹³⁾.

La causa fundamental de la crisis de los sistemas de atención de la salud radica en la discrepancia entre sus factores contextuales y los intrínsecos. Los sistemas de atención de salud se mueven en una relación dialéctica entre los primeros (transición demográfica, transición epidemiológica, avances científicos e incorporación tecnológica) y los segundos (cultura de organización, recursos, sistemas de pago y de incentivos, estructura organizativa y estilos de liderazgo y de gestión). Los factores contextuales externos al sistema se modifican más rápidamente que los internos, que dependen de la gobernabilidad del sector. Por lo tanto, los sistemas de atención de la salud no tienen la capacidad de adaptarse oportunamente a los cambios contextuales. Allí radica la crisis universal de los sistemas de atención de la salud, que fueron concebidos y desarrollados con una presunción de continuidad de funcionamiento centrada en condiciones y eventos agudos, sin tener en cuenta la epidemia contemporánea de afecciones crónicas ⁽²⁰⁾. Como resultado, se está respondiendo a una situación de salud del siglo XXI mediante un sistema de atención de salud desarrollado en el siglo XX, que es de carácter fragmentado y se centra principalmente en condiciones y eventos agudos; es la agenda hegemónica del siglo pasado.

Los sistemas fragmentados de atención de salud, con gran presencia en Brasil y otros lugares, son aquellos que se (des)organizan en un conjunto de puntos de atención de la salud aislados e incommunicados entre sí y que, por lo tanto, no tienen la capacidad de prestar una atención continua a la población ⁽²¹⁾. Generalmente, no tienen a su cargo una población adscrita. En ellos la APS no se comunica fluidamente con los servicios de atención secundaria de la salud y, a su vez, esos dos niveles tampoco se articulan con la atención terciaria, con los sistemas de apoyo, ni con los sistemas logísticos. La atención es fundamentalmente reactiva, episódica y centrada en la enfermedad.

Los efectos de esos sistemas fragmentados en la atención de las condiciones crónicas son nefastos. No obstante y a pesar de ello, son muy valorados por los políticos, los gestores, los profesionales de salud y, especialmente, por la población, que es su gran víctima. Tómese el ejemplo de la diabetes en los Estados Unidos. En 2007, había 23,6 millones de personas con diabetes, 17,9 millones diagnosticadas y 5,7 millones sin diagnóstico, es decir, 24% del total ⁽²²⁾. Un estudio mostró que 35% de las personas con diabetes había desarrollado nefropatía; 58%, enfermedades cardiovasculares y de 30% a 70%, neuropatía. Estas personas tuvieron cinco veces más probabilidad que los individuos sin diabetes de tener un accidente cerebrovascular y 15% sufrieron algún tipo de amputación de sus extremidades, el doble que en otros países desarrollados. Hubo entre ellas 144.000 muertes prematuras, una pérdida de 1,5 millones de años de vida productiva y 951.000 personas con incapacidad total. Es más, las personas con diabetes tenían una productividad anual de US\$ 7.000 menos que las que no tenían la enfermedad y dos veces más posibilidades de tenerse que jubilar. El costo anual de un caso de diabetes para el sistema de atención de salud era de US\$ 11.157 frente a \$2.604 de un individuo sin diabetes ⁽²³⁾.

Los resultados del control de la diabetes tampoco son buenos en Brasil. En un estudio realizado por la Universidad Federal de São Paulo y Fiocruz se examinó la hemoglobina glucosilada de 6.671 diabéticos de 18 a 98 años de edad de 22 centros clínicos localizados en 10 ciudades. Los resultados mostraron que solo 10% de los 679 pacientes con diabetes tipo 1 estaban controlados y que solamente 27% de los 5.692 pacientes con diabetes tipo 2 mantenían índices glucémicos normales. Del total, 45% de las personas con diabetes tenían signos de retinopatía, 44% presentaban neuropatía y 16%, alteración de la función renal ⁽²⁴⁾.

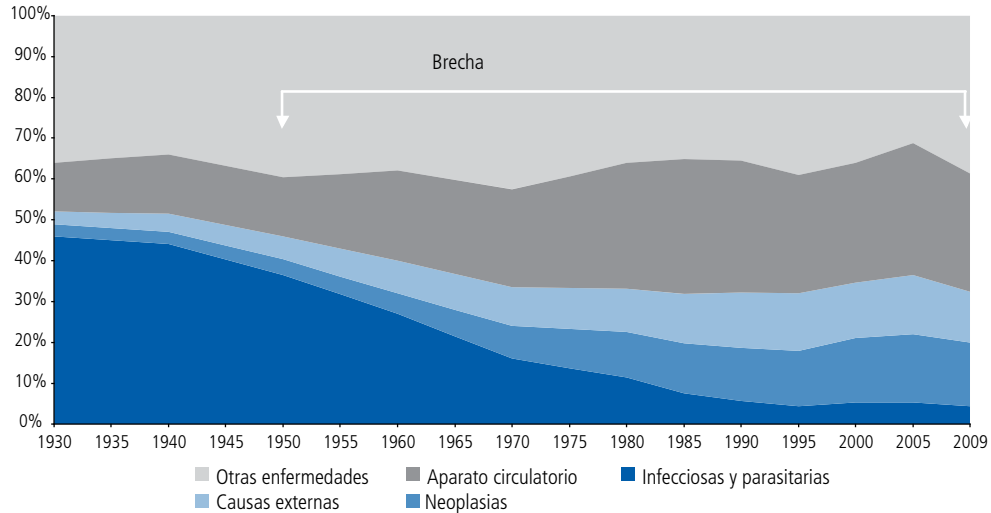
Los resultados del sistema privado suplementario de salud en Brasil no parecen ser mejores. Es lo que se desprende del caso-tipo del Sr. Sedentario presentado en un libro editado por un operador privado de salud como elemento coherente con la atención prestada por ese operador. El paciente era obeso a los 40 años de edad y tenía historia familiar de diabetes. A los 50 años fue diagnosticado con diabetes

tipo 2, con glucemia no controlada. A los 60 años de edad presentó insuficiencia coronaria y fue objeto de cirugía de revascularización del miocardio. No recibió rehabilitación cardiovascular, su seguimiento fue irregular y sus hábitos de vida inadecuados. A los 65 años presentó insuficiencia renal crónica, con indicación de hemodiálisis, diagnóstico tardío hecho en el hospital. A los 70 años presentó una úlcera en el pie, que evolucionó hasta que se le hubo de amputar el miembro. A los 75 años, sufrió un accidente cerebrovascular extenso que lo dejó hemipléjico y afásico y lo llevó a hospitalizaciones frecuentes. Poco después fue hospitalizado en el centro de cuidados intensivos y falleció ⁽²⁵⁾.

Lo interesante de las situaciones analizadas es que los resultados del control de la diabetes son insatisfactorios tanto en el sistema de salud público como privado de Brasil, al igual que en los Estados Unidos, independientemente de los recursos destinados a ellos: alrededor de US\$ 252,00 anuales per cápita en el SUS, tres veces más en el sistema de salud suplementario brasileño y US\$7.285,00 en el sistema estadounidense (valores de 2007) ⁽²⁶⁾. La comparación reitera lo demostrado en varios países acerca de la falta de asociación entre recursos invertidos en salud y resultados sanitarios. La relación se encuentra entre recursos y procedimientos (a más recursos, más procedimientos), pero más procedimientos no generan necesariamente más salud. Se estima que la mitad de los procedimientos médicos realizados en los Estados Unidos son resultado de la orientación de médicos y proveedores y no de las necesidades de salud de la población, es decir, la típica inducción de la demanda por la oferta, estimulada por el pago por procedimientos ^(27, 28). Lo que importa es el valor generado para las personas por el dinero invertido, lo cual depende fundamentalmente del modelo de atención de salud que se aplica ^(29, 30). Invertir más recursos para hacer más de lo mismo no resuelve la crisis de los sistemas de atención de salud. Es necesario cambiar radicalmente la lógica operativa de esos sistemas, como señala el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en su libro sobre la superación del abismo de la calidad en ese país ⁽³¹⁾.

La crisis contemporánea de los sistemas de atención de salud se manifiesta indiscutiblemente en el SUS. La razón es que una situación de salud en medio de una transición demográfica acelerada y de triple carga de enfermedades, con fuerte predominio relativo de las condiciones crónicas, ha tenido una respuesta social inadecuada, puesta en práctica por medio de un sistema de atención de la salud fragmentado, centrado en las condiciones agudas, reactivo, episódico, centrado en la enfermedad y sin la participación protagónica de los usuarios en el cuidado de su salud (Gráfico 5).

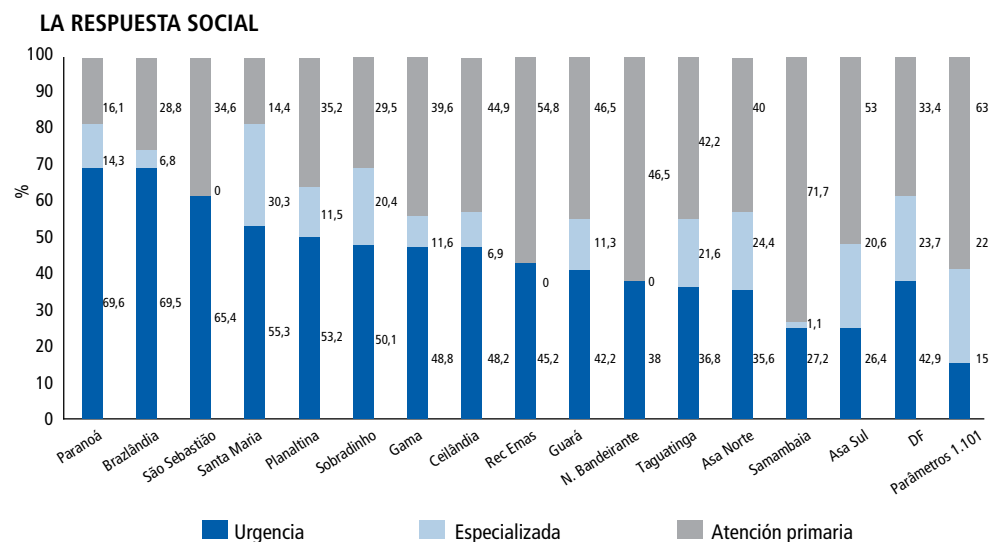
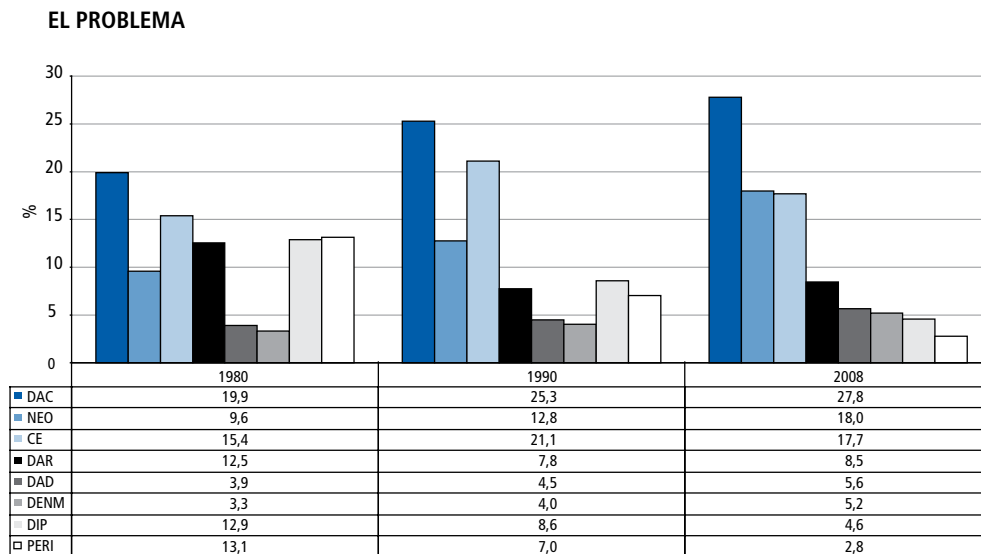
Gráfico 5: La crisis del SUS: evolución de la mortalidad proporcional, por grupos de causas, Brasil, 1930 a 2009



Fuente: Malta ⁽¹⁰⁾; Mendes ⁽²¹⁾

En el gráfico 5 se ilustra la evolución de la mortalidad proporcional por grupos de causas entre 1930 y 2009, ya señalada en el gráfico 3. Aquí se constata un aumento relativo muy rápido de la proporción de muertes por enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias y causas externas, al mismo tiempo que se observa una fuerte disminución de la proporción de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias. Así se produce una brecha entre la situación de salud de inicios del siglo XXI (triple carga de enfermedades con predominio fuerte de condiciones crónicas) y una respuesta social fragmentada, episódica, reactiva y centrada en las condiciones y eventos agudos, que continúa vinculada a una situación de salud del siglo XX, en cuya primera mitad predominaban las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias y, en la segunda, comenzaban a aumentar las causas externas y las enfermedades crónicas. Estas últimas se afrontaban en los momentos de agudización, en servicios de urgencia ambulatoria y hospitalaria. Un buen ejemplo regional de esa crisis en el SUS es el caso del Distrito Federal de Brasil (Gráfico 6).

Gráfico 6: La crisis del SUS en el Distrito Federal, Brasil, 1980-2008



Fuente: Nunes et al. (32)

En español: Parâmetros. Indicar también a qué corresponden los nombres del eje horizontal. ¿Municipios?

La parte superior del gráfico 6 ilustra una evolución muy pronunciada y rápida de las enfermedades del aparato circulatorio y de las neoplasias y una reducción vertiginosa de las enfermedades infecciosas y parasitarias en el período de 1980 a 2008, configurándose un cuadro de triple carga de enfermedades, con predominio de condiciones crónicas. La parte inferior del mismo gráfico muestra que la respuesta social del SUS a la situación epidemiológica con base en la demanda de atención médica está muy concentrada en las consultas de urgencia, que responden a 42,9% del total. Solo 33,4% de las consultas tienen lugar en la APS. Esos números no son coherentes con el parámetro del Ministerio de la Salud (parte de la Ordenanza n° 1.101, del 12 de junio de 2002) que propone que 63% de las consultas se hagan en la APS y 15% en urgencia, a pesar de ser este un parámetro conservador por estar basado en la programación de la oferta. Ese desajuste entre una situación de salud dominada por las condiciones crónicas y una organización del SUS como sistema fragmentado, centrado en la enfermedad, reactivo y episódico y dedicado principalmente a la atención de las condiciones agudas y las agudizaciones de las condiciones crónicas constituye la causa esencial de la crisis del sistema público en el Distrito Federal diagnosticada en 2010. Lo mismo ocurre, con diferentes grados de visibilidad, en todos los estados de la federación brasileña.

CAPÍTULO 2 –RESPUESTA SOCIAL A UNA SITUACIÓN DE SALUD DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA ACELERADA Y DE TRIPLE CARGA DE ENFERMEDAD: REDES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

CONCEPTO DE REDES DE ATENCIÓN

El desfase entre la situación de salud y el sistema de atención de la salud actualmente predominante constituye el problema fundamental del SUS; para superarlo, es necesario implantar las redes de atención de salud (RAS). Estas son organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a determinada población, coordinada por la APS y proporcionada en el momento oportuno, el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada, segura y con equidad, con responsabilidad sanitaria y económica por la población adscrita, que genera valor para la población ⁽²¹⁾.

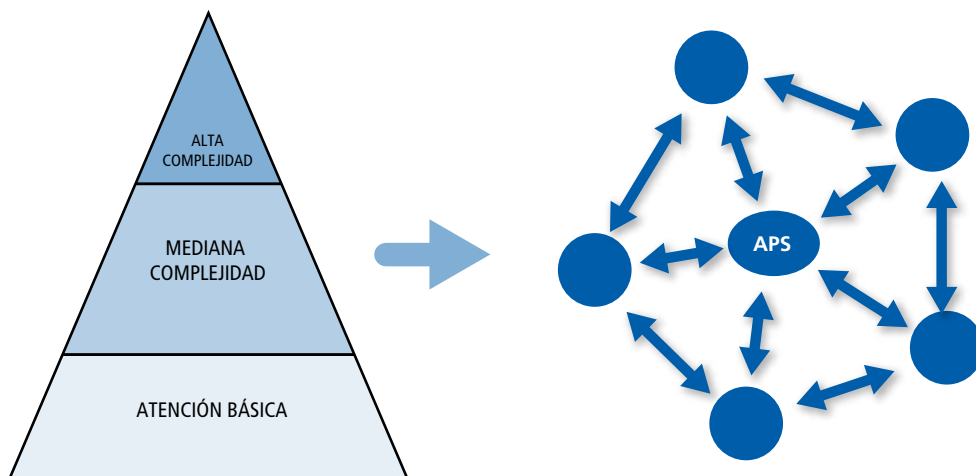
De esa definición surge el contenido básico de las RAS: tienen misión y objetivos comunes; funcionan cooperativa e interdependientemente; intercambian recursos constantemente; los puntos de atención de salud no se organizan de forma jerárquica, sino poliárquica; proporcionan un continuo de atención en los niveles primario, secundario y terciario, además de atención integral con intervenciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas; son coordinadas por la APS; prestan atención oportuna, en el momento y lugar adecuados, de forma eficiente, con servicios seguros y eficaces, de acuerdo con la evidencia disponible; atienden el ciclo completo de una condición de salud; tienen responsabilidades sanitarias y económicas incuestionables frente a su población y generan valor para ella.

El objetivo de las RAS es mejorar la calidad de la atención, la calidad de vida de los usuarios, los resultados sanitarios del sistema, la eficiencia de la utilización de los recursos y la equidad en salud ⁽³³⁾.

En las RAS, la jerarquía se sustituye por la poliarquía y el sistema se organiza en forma de red horizontal de atención de salud. De esa manera, no hay en las RAS una jerarquía entre los diferentes puntos de atención de salud, la APS y los sistemas de apoyo. En esta conformación horizontal hay puntos de atención de distintas densidades tecnológicas, la APS y sus sistemas de apoyo, sin orden y sin grado de importancia entre ellos. Para cumplir los objetivos de las redes, todos sus componentes deben ser igualmente importantes y solo se diferencian unos de otros por su respectiva densidad tecnológica.

La concepción vigente en la normativa del SUS es de un sistema jerárquico, piramidal, constituido de acuerdo con la complejidad relativa de cada nivel de atención, ya sea básica, mediana o alta. Esa concepción debe ser sustituida por otra, la de redes poliárquicas de atención de salud, en las que se respetan las diferencias de densidades tecnológicas, se rompen las relaciones verticales y se conforman redes policéntricas horizontales. Sin embargo, las RAS tienen una singularidad: su centro de comunicación está situado en la APS (Figura 1).

Figura 1: Transformación de sistemas piramidales y jerárquicos en redes de atención de salud



Fuente: Mendes ⁽²¹⁾.

Solamente el funcionamiento de una RAS puede generar valor para la población adscrita. El valor de la atención de salud se expresa en la relación entre los resultados económicos, clínicos y humanos y los recursos utilizados en el cuidado de la salud. Hay

evidencia en varios países que sustenta que las RAS mejoran los resultados clínicos, sanitarios y económicos de los sistemas de atención de salud ⁽³³⁻⁴⁴⁾.

En Brasil, la concepción de RAS se ha estado discutiendo desde hace algún tiempo, pero se incorporó oficialmente al SUS mediante dos instrumentos jurídicos: la Ordenanza N° 4.279 del 30 de diciembre de 2010, que establece directrices para la organización de las redes de atención de salud en el ámbito del SUS y el Decreto N° 7.508 del 28 de junio de 2011, que reglamenta la Ley n° 8.080/90. En la Ordenanza Ministerial, la RAS se define como *"organización de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por medio de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, buscan garantizar la integridad de la atención"*. En el Decreto Presidencial se hace explícito que *"la integridad de la asistencia de salud empieza y termina en la red de atención de salud"*. ⁽²⁴³⁾.

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Las RAS están constituidas por tres elementos fundamentales: la población, la estructura operativa y el modelo de atención de salud.

POBLACIÓN

El primer elemento de las RAS y su razón de ser es una población de su responsabilidad sanitaria y económica. Así se distingue la atención de salud basada en la población, que es una característica esencial de las RAS.

Ya se ha visto que en los sistemas privados o públicos, organizados por la competencia gestionada, las RAS pueden prescindir de territorios sanitarios, pero no hay ninguna posibilidad de que esas redes, privadas o públicas, puedan instaurarse sin una población adscrita. Por lo tanto, las RAS de los sistemas públicos como el SUS exigen la construcción social de territorios/población.

La población de responsabilidad de las RAS vive en territorios sanitarios específicos, se organiza socialmente en familias y se registra en subgrupos de población según sus riesgos sociosanitarios. La población total de responsabilidad de una RAS debe ser totalmente conocida y estar registrada en sistemas de información potentes. Pero no basta con conocer la población total; ella debe ser segmentada, clasificada en grupos por factores de riesgo y estratificada por riesgos en relación a las condiciones de salud establecidas.

Conocer la población de una RAS es un proceso complejo estructurado en varios momentos: territorialización; registro de las familias; clasificación de las familias por riesgos sociosanitarios; vinculación de las familias a la unidad de APS/Equipo del Programa de Salud de la Familia; identificación de subgrupos de población con a) factores de riesgo, b) condiciones de salud estratificadas por grado de riesgo y c) problemas de salud muy complejos.

En la concepción de RAS, cabe a la APS la responsabilidad de articularse íntimamente con la población; es imposible hablar de una función coordinadora de esas redes si no existe, en ese espacio micro del sistema, el conocimiento total y la relación íntima del equipo de salud con la población adscrita, estratificada en subgrupos de población y organizada socialmente en familias.

El conocimiento profundo de la población usuaria de un sistema de atención de salud es el elemento básico que hace posible romper con la gestión basada en la oferta, característica de los sistemas fragmentados, e instituir la gestión basada en las necesidades de salud de la población o gestión de base poblacional, elemento esencial de las RAS.

La gestión sanitaria de base poblacional es la habilidad de un sistema de determinar necesidades de salud de una población específica según riesgos, de poner en marcha y evaluar las intervenciones sanitarias relativas a esa población y de proporcionar atención a las personas en su contexto cultural y de necesidades y preferencias ⁽⁴⁵⁾.

Las regiones de salud podrán ser intraestatales, interestatales e internacionales y las RAS estarán comprendidas en el ámbito de una o más regiones de salud.

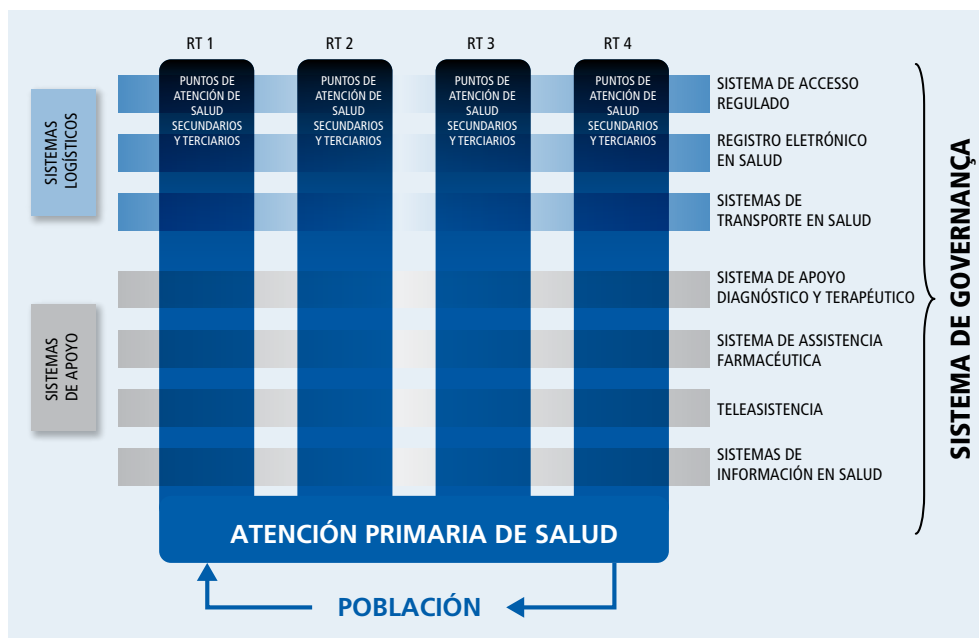
ESTRUCTURA OPERATIVA DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

El segundo elemento constitutivo de las RAS es la estructura operativa constituida por sus centros y las conexiones materiales e inmateriales entre los diferentes centros.

Según Castells ⁽⁴⁶⁾, el espacio de los flujos en una red está constituido por algunos lugares de intercambio que desempeñan la función de coordinación para lograr la interacción perfecta entre todos los elementos integrados en la red; estos son los centros de comunicación. También hay otros lugares donde se localizan funciones estratégicamente importantes con una serie de actividades en torno a la función de llave que tiene la red; estos son los nodos de la red.

La estructura operativa de las RAS tiene cinco componentes: el centro de comunicación o APS; los puntos de atención de salud secundarios y terciarios; los sistemas de apoyo (diagnóstico y terapéutico, de asistencia farmacéutica y de información en salud); los sistemas logísticos (tarjeta de identificación de los usuarios, historia clínica, sistemas regulados de acceso a la atención y sistemas de transporte en salud), y el sistema de gobernanza. Los tres primeros corresponden a los centros de las redes y el cuarto, a las conexiones que los comunican (Figura 2).

Figura 2: Estructura operativa de las redes de atención de salud



RT: Red temática 1,2,3...n

Fuente: Mendes ⁽²¹⁾

De la observación detallada de la figura 2 se concluye que se pueden construir redes temáticas de atención de salud, como las de atención de mujeres y niños, de enfermedades cardiovasculares, enfermedades renales crónicas y diabetes, de enfermedades respiratorias y otras. Las RAS se estructuran para hacer frente a una condición de salud específica o a grupos homogéneos de condiciones de salud a lo largo de un ciclo completo de atención. Solo se genera valor para la población cuando las respuestas sociales se integran y se refieren a un ciclo completo de atención. Como afirman Porter y Teisberg ⁽¹⁾: “el valor de la atención de la salud se determina teniendo en cuenta la condición de salud del paciente durante todo el

ciclo de atención, desde el control y la prevención, hasta el tratamiento y la gestión de la enfermedad".

Sin embargo, esa visión de RAS temáticas no guarda relación con el concepto de programas verticales. Los programas verticales son sistemas de atención de salud dirigidos, supervisados y ejecutados, exclusivamente, mediante recursos especializados ⁽⁴⁷⁾. Por ejemplo, un programa vertical de tuberculosis puede tener un dispensario de tuberculosis, un sanatorio de tuberculosis y un laboratorio para exámenes de tuberculosis, como ocurrió en el pasado en los servicios de salud pública brasileña. Por el contrario, los programas horizontales son aquellos que se estructuran para resolver varios problemas de salud comunes, con visión y objetivos únicos y con tecnologías y recursos compartidos para alcanzar su propósito ⁽⁴⁸⁾. Hay estudios que muestran que los programas verticales parecen tener beneficios, por ejemplo, la claridad de los objetivos, aunque estos se dan a corto plazo, especialmente como parte de sistemas de atención de salud muy poco desarrollados ⁽⁴⁹⁾. Por otra parte, los programas verticales debilitan los sistemas de atención de salud, desperdician recursos escasos y tienen problemas de sostenibilidad ⁽⁵⁰⁾. Por esas razones, en salud pública se ha estado consolidando recientemente la posición de dejar de lado la dicotomía entre programas verticales y horizontales y, extendiendo la metáfora geométrica, favorecer los programas diagonales que combinan los objetivos singulares de determinadas condiciones de salud con una estructura operativa que organiza transversalmente los sistemas de apoyo, logísticos, de gobernanza y la APS ^(15, 51). La forma más adecuada de organizar diagonalmente los sistemas de atención de salud parece ser por medio de las RAS.

La organización diagonal de los sistemas de atención de salud mediante las RAS se manifiesta en una parte temática limitada exclusivamente a los puntos de atención secundarios y terciarios. Eso se impone en función de la división técnica del trabajo, que exige la especialización en esos puntos de atención. Según se observa en la figura 2, todos los demás componentes de las redes de atención de salud, la APS y los sistemas de apoyo, logísticos y de gobernanza son transversales a todas las redes temáticas, por lo tanto, comunes a todas ellas.

MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD

El tercer elemento constitutivo de las RAS es el modelo de atención de salud. Este corresponde al sistema lógico que organiza el funcionamiento de las RAS articulando de forma singular las relaciones entre los componentes de la red y las intervenciones sanitarias definidas en función de la visión de salud prevaeciente, la situación demográfica y epidemiológica y los factores sociales determinantes de la salud vigentes en

un momento y una sociedad determinados ⁽²¹⁾. Los modelos de atención de salud se clasifican en los de las condiciones agudas y de las condiciones crónicas.

MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES AGUDAS

Los modelos de atención de las condiciones agudas también sirven para organizar la respuesta de los sistemas de atención de salud a las agudizaciones de las condiciones crónicas. El objetivo de un modelo de atención de las condiciones agudas es determinar, en el menor tiempo posible y con base en señales de alerta, la gravedad de una personas en situación de urgencia y seleccionar el punto de atención adecuado en su caso; la variable crítica es el tiempo de atención que requiere la clasificación del riesgo, para lo cual es necesario adoptar un modelo de triaje de riesgo en las redes de atención de urgencias.

Desde el punto de vista de las RAS, para hacer frente a la organización del sistema de atención de salud de modo que pueda responder a las necesidades que plantean las condiciones agudas y los eventos agudos de las condiciones crónicas, se requiere construir un lenguaje que penetre todo el sistema y establecer el mejor lugar para atender un episodio de enfermedad determinado. La experiencia internacional señala que ese lenguaje se estructura en directrices clínicas, codificadas en un sistema de clasificación de riesgo, como base de una red de atención de urgencias.

Hay modelos de triaje de urgencias diversos, según la experiencia que los define, pero tienen en común el triaje de riesgos. Existen modelos que utilizan de dos a cinco grados de gravedad; los de cinco grados son los más aceptados. Los modelos de triaje más avanzados y que tienen una concepción sistémica, es decir, son utilizados por una red de servicios, son: el modelo australiano (*Australasian Triage Scale – ATS*), que fue de los primeros y usa tiempos de espera de acuerdo con la gravedad del paciente; el modelo canadiense (*Canadian Triage Acuity Scale – CTAS*) que es muy semejante al australiano, pero más complejo; el modelo estadounidense (*Emergency Severity Index – ESI*), que trabaja con un único algoritmo y se centra más en la necesidad de recursos para la atención; el modelo de Andorra (*Model Andorrà del Triage – MAT*) que está basado en síntomas, factores de discriminación y algoritmos, cuyo uso es complejo y lento, y el Sistema Manchester de Clasificación de Riesgo (*Manchester Triage System – MTS*) que funciona con algoritmos y factores determinantes asociados a tiempos de espera representados por colores; este último se usa en varios países de Europa ⁽⁵²⁾. Aunque el sistema de Manchester se diseñó para la atención en puntos secundarios y terciarios, especialmente hospitalarios, se ha aplicado en la APS en diferentes lugares en el SUS ⁽⁵²⁾.

La clasificación de riesgos es fundamental para organizar la red de atención de urgencias, porque define el lugar adecuado para la atención y el tiempo de respuesta del sistema de atención de salud en función de los riesgos.

Los modelos de atención de las condiciones crónicas son modelos mucho más complejos, en los que la variable clave no es el tiempo de respuesta en función de los riesgos. Esos modelos se abordarán más detalladamente en esta obra porque constituyen el objeto de ella.

CAPÍTULO 3 –ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

UN POCO DE HISTORIA DE LA APS E INTERPRETACIÓN EN LA PRÁCTICA SOCIAL

Como puede observarse en la figura 2, anterior, la estructura operativa de las RAS tiene su base en la APS. Es muy importante entender que no se puede concebir una RAS eficaz, eficiente y de calidad sin una APS bien estructurada.

El concepto moderno de APS surgió en el Reino Unido en 1920 en el Informe Dawson, que defendió la organización del sistema de atención de salud en niveles: servicios domiciliarios, centros de salud primarios y secundarios, servicios suplementarios y hospitales docentes ⁽⁵³⁾. En ese documento clásico se describen las funciones de cada nivel de atención y las relaciones entre ellos. Es más, el trabajo constituye el fundamento de la regionalización de los sistemas de atención de salud organizados con base en la población e influyó en la organización de esos sistemas en diversos países. El documento es la propuesta seminal de las RAS coordinadas por la APS.

El informe Dawson apareció una década después del informe Flexner, que instituyó la medicina científica y asociaba el desarrollo de la atención de salud al crecimiento de las especialidades médicas, practicadas con base en algunos elementos ideológicos, como el mecanicismo, vitalismo e individualismo y el énfasis en lo curativo ^(54, 55). Ese informe fue sumamente importante para la teoría y la práctica de la medicina y sus elementos esenciales siguen vigentes hasta hoy en día.

En esa época, desde el inicio de la década de 1920 hasta fines de la de 1970, se produjeron varios movimientos que directa o indirectamente llevaron a la APS. Uno de ellos, muy importante, fue la creación del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido en 1948 y la adopción de la función del médico general ⁽⁵⁶⁾. También se destacaron varios otros, muchos de ellos durante la década libertaria de 1970, entre ellos: el movimiento feminista y la píldora anticonceptiva; los movimientos pacifistas y ecológicos; la salud materno-infantil; los estudios de Framingham sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares; la publicación del Cirujano General de los Estados Unidos sobre salud y tabaco; el establecimiento de las organizaciones

estadounidenses de mantenimiento de la salud; la propuesta de Iván Illich de eliminar la medicalización de la atención de la salud, y el gran liderazgo asumido por la Organización Mundial de la Salud dirigida entonces por Halfdan Mahler ⁽⁵⁷⁾. Todo eso creó un clima cultural y político propicio para institucionalizar la APS a escala mundial, lo que se produjo en 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ⁽⁵⁸⁾.

En la Conferencia de Alma-Ata se consolidó la gran idea de la APS, la que, con palabras extraordinarias, Sakellarides comparó con las catedrales góticas: “Cuando finalmente entendemos la importancia de la atención primaria procuramos construirla a la manera de las antiguas catedrales góticas, de los viejos burgos medievales, es decir, diseñadas por pocos, construidas por algunos, frecuentadas obligatoriamente por todos los demás” ⁽⁵⁷⁾.

En la conferencia de Alma-Ata, la APS se definió como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” ⁽⁵⁸⁾.

De esa definición surgieron en ese momento elementos esenciales de la APS: la educación en salud; el saneamiento básico; el programa maternoinfantil, incluidas la inmunización y la planificación familiar; la prevención de endemias; el tratamiento apropiado de las enfermedades y daños más comunes; el suministro de medicamentos esenciales; la promoción de una alimentación saludable y el consumo de micronutrientes, y la valoración de prácticas complementarias. Estos elementos sostienen, principalmente, la salud como expresión de derecho humano.

En 1979, la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud exhortó a sus Estados Miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales, regionales y mundiales con el objetivo de alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000. Sin embargo, cuando la OMS propuso un programa para hacer operativas las metas pactadas en Alma-Ata, los países industrializados en gran parte ya las habían alcanzado, mientras que la mayoría de los países en desarrollo todavía estaban lejos de ello. Esa situación generó problemas de conceptualización y, consecuentemente, de aplicación ⁽⁵⁹⁾.

Las variaciones en la interpretación de la APS también se explican por la historia de su origen y la evolución del concepto y por la ambigüedad de algunas de sus

definiciones formales elaboradas en foros internacionales; por el uso diferenciado de la expresión en algunas escuelas de pensamiento sanitario, y por tratar de conceptualizar positivamente el proceso salud/enfermedad en un momento en que su concepción negativa era claramente predominante.

Es así que hay tres interpretaciones principales de la APS ⁽⁶⁰⁾: la de atención primaria selectiva, la de la APS como nivel primario del sistema de atención de salud y la de la APS como estrategia de organización del sistema de atención de salud. Esas tres interpretaciones de la atención primaria se encuentran en distintos países e incluso existen simultáneamente en un mismo país.

La interpretación de la APS como atención primaria selectiva la define como un programa específico, destinado a la población y regiones pobres, a quienes se ofrece, exclusivamente, un conjunto de tecnologías sencillas y de bajo costo, proporcionadas por personal de baja cualificación profesional y sin la posibilidad de referencia a una atención de mayor densidad tecnológica ^(61, 62).

La APS concebida como primer nivel del sistema de atención de salud corresponde al modo de organizar y hacer funcionar la puerta de entrada al sistema, con hincapié en su función resolutoria en los servicios de salud en relación con los problemas sanitarios más comunes, con el fin de minimizar los costos económicos y satisfacer las demandas de la población. Sin embargo, su función está limitada a la atención en el primer nivel ⁽⁶³⁾. Esta interpretación es muy común en países desarrollados y, generalmente, está relacionada con la oferta de médicos especializados en medicina general o de familia ⁽⁶⁴⁾.

La concepción de APS como estrategia de organización del sistema de atención de salud se entiende como una forma singular de apropiarse, recombinar y reordenar todos los recursos del sistema de salud para satisfacer las necesidades, demandas y representaciones de la población; esto requiere la articulación de la APS como parte y coordinadora de una RAS. En consecuencia, hay quienes sugieren que la APS debe ocupar el asiento del conductor del sistema de atención de salud ⁽⁶⁵⁾ y quienes proponen las RAS basadas en la APS ⁽⁶⁶⁾.

La Organización Panamericana de la Salud, fiel a esa interpretación más amplia y contemporánea, propone una renovación de la APS por las siguientes razones: los nuevos desafíos epidemiológicos que habrá que afrontar; la necesidad de corregir las deficiencias e incoherencias de los abordajes más limitados de la APS; la necesidad de incorporar conocimientos e instrumentos nuevos a la práctica cotidiana de la APS con el fin de mejorar su eficacia; la importancia de reconocer la función de la APS para fortalecer la capacidad de la sociedad de reducir las desigualdades en salud.

Por lo tanto, es esencial entender que la APS es una buena manera de abordar y superar las deficiencias y las desigualdades en salud. De ese movimiento renovador deberá emerger una cuarta interpretación de la APS, en la que esta sea un abordaje de salud y derechos humanos que presupone que la atención primaria superará los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo serán más globales, dinámicas y transparentes, y que estarán respaldadas por compromisos legales y financieros de manera que se pueda mejorar la equidad en salud ⁽⁶⁴⁾.

En la primera concepción de la APS, esta se ve como un programa centrado en las personas y regiones pobres; en la segunda, la APS corresponde al primer nivel del sistema de atención de salud y en la tercera, es una estrategia de organización de todo el sistema de atención de salud y un derecho humano fundamental.

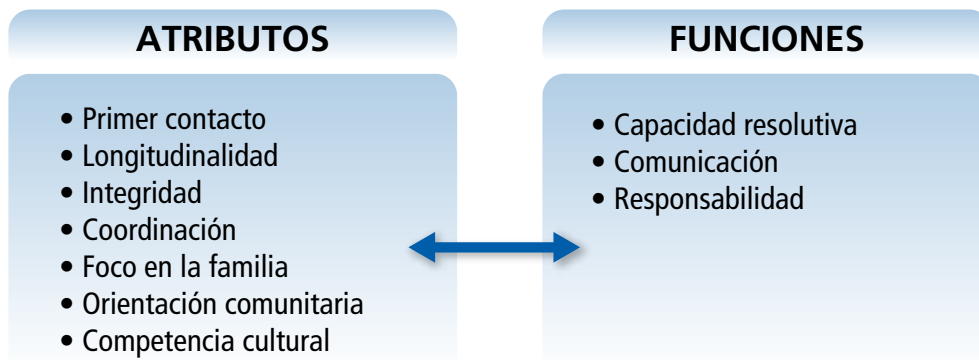
La interpretación de la APS como estrategia de organización del sistema de atención de salud es la visión más compatible con la propuesta de las RAS por varias razones: es la interpretación más correcta desde el punto de vista técnico; es amplia, de modo que puede abarcar en su significado estratégico las otras dos concepciones más estrechas; es perfectamente factible y viable en la etapa de desarrollo de Brasil y compatible con el volumen de gasto público en el SUS. Es la concepción que permite ejercer las funciones de la APS como coordinadora de las RAS.

Aunque el discurso oficial respecto al SUS defienda una APS como estrategia de salud de la familia, la realidad es que todavía combina elementos culturales, técnicos y operativos de las otras dos interpretaciones más estrechas: la APS selectiva y la APS como nivel primario de atención de salud. Si bien el cambio semántico fue importante, ahora se trata de profundizar la transformación para lograr un nuevo paradigma. La institucionalización de la APS en el SUS como estrategia de salud de la familia (ESF) conlleva dos grandes cambios: la superación del ciclo de la atención básica de salud mediante el ciclo de la atención primaria de salud y la consecuente superación del programa de salud de la familia (PSF) mediante la consolidación de la estrategia de salud de la familia (ESF).

CARACTERÍSTICAS DE LA APS EN LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

La concepción de la APS como una estrategia de organización del sistema de atención de salud requiere que ella tenga ciertos atributos y desempeñe algunas funciones (Figura 3).

Figura 3: Atributos y funciones de la APS en las redes de atención de salud



Fuentes: Mendes ⁽⁶⁰⁾; Starfield ⁽⁶⁷⁾

Solo habrá una APS de calidad cuando sus siete atributos sean totalmente operativos. Los primeros cuatro son atributos esenciales y los tres últimos, derivados. El primer contacto se refiere a la accesibilidad y el uso de los servicios para cada nuevo problema de salud o nuevo episodio de un problema para el que se busca atención de salud. La longitudinalidad se refiere al aporte rutinario de atención por parte del equipo de salud y su uso constante a lo largo del tiempo, donde haya una relación de confianza mutua y humanizada entre equipo de salud, individuos y familias. La integridad significa que, a través del equipo de salud, se presta un conjunto de servicios que atiende las necesidades de la población adscrita en los campos de la promoción, prevención, cura, atención y rehabilitación y que la APS se hace responsable de la oferta de servicios en otros puntos de atención de salud y de reconocer adecuadamente los problemas biológicos, psicológicos y sociales causantes de enfermedades. La coordinación se trata de la capacidad de garantizar la continuidad de la atención otorgada por el equipo de salud y el reconocimiento de problemas que requieren seguimiento constante; la coordinación se articula con la función de centro de comunicación de las RAS. El foco en la familia implica que ella es el objeto de la atención, lo que exige que el equipo de salud interactúe con esa unidad social y conozca todos sus problemas de salud y las formas singulares del abordaje familiar. La orientación comunitaria se refiere al reconocimiento de las necesidades de la familia en el contexto físico, económico y social en el que viven, por lo tanto, requiere un análisis de las necesidades de las familias con respecto a salud desde el punto de vista poblacional, y la integración de la APS en programas intersectoriales que afrontan los factores determinantes sociales proximales e intermedios de la salud. La competencia cultural exige una relación horizontal entre

el equipo de salud y la población, que respete las particularidades culturales y las preferencias individuales y familiares ⁽⁶⁷⁾.

La presencia de los siete atributos de la APS es importante para garantizar los resultados y calidad de la atención. Hay evidencia en Brasil de que la heterogeneidad de la calidad de la APS generalmente se asocia a la ausencia de uno o más de esos atributos, especialmente en atención prenatal, puericultura, atención domiciliaria y de los adultos mayores.

Al igual que con los atributos anteriores, solo podrá haber APS de calidad si se cumplen tres funciones esenciales: resolución, comunicación y responsabilidad. La función resolutoria, inherente a la atención primaria, significa que la APS debe estar preparada cognitivamente y tecnológicamente para atender más de 85% de los problemas de su población. La función de comunicación es la expresión de la APS como centro de comunicación de las RAS, es decir, tiene condiciones de ordenar el flujo y contraflujo de personas, productos e información entre los diferentes componentes de la red. La función de responsabilidad requiere un conocimiento y relación íntima de la población adscrita en los microterritorios sanitarios y el ejercicio de responsabilidad económica y sanitaria en relación con esa población ⁽⁶⁰⁾.

Para evaluar si la APS es eficiente, eficaz, de calidad y articulada en una RAS basta con determinar en qué medida cumple con los siete atributos y las tres funciones. Para ello existe un instrumento de evaluación de los atributos de la APS denominado instrumento de evaluación de la atención primaria (Primary Care Assessment Tool o PCATool) ^(68, 69).

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ¿POR QUÉ SÍ? BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL SOBRE LA APS

Un estudio ya clásico sobre la asociación de la APS con resultados sanitarios en 11 países desarrollados permitió determinar que los países con bajo puntaje en relación con su APS obtenían resultados sanitarios más pobres, especialmente en los indicadores de salud infantil ⁽⁷⁰⁾.

Un análisis de la bibliografía mostró que en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que tenían una APS más fuerte se logró una mayor reducción del número de años potenciales de vida perdidos en comparación con los países cuya APS era más frágil. Se comprobó también que las razones más altas de médicos de familia por población se asociaban a mejores resultados sanitarios entre la población más pobre. La oferta de médicos de APS tenía

un impacto mayor en el mejoramiento del bajo peso al nacer y la mortalidad infantil en zonas de alta desigualdad social. El estudio permitió a los autores concluir que los beneficios de la APS en los sistemas de atención de salud son: mayor acceso a los servicios necesarios; mejor calidad de la atención; mayor hincapié en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades; gestión precoz de los problemas de salud; contribución acumulada de la APS a un cuidado más apropiado, y reducción de la atención secundaria innecesaria o dañina propiciada por especialistas ⁽⁷¹⁾.

El Consejo de Salud de los Países Bajos promovió una revisión sistemática de la bibliografía sobre la APS. En ese trabajo se comprobó que existe una relación significativa entre una APS fuerte y un mejor estado de salud. Además, dos características de una APS potente (su función de puerta de entrada y el pago por lista de usuarios al médico general) estuvieron asociadas a una reducción del gasto en los sistemas de salud. Desde el punto de vista de la eficacia y la eficiencia, el estudio mostró la superioridad de los sistemas con una APS fuerte ⁽⁷²⁾.

La organización Red de Evidencias sobre Salud (Health Evidence Network) hizo una revisión sistemática de 107 trabajos internacionales sobre las ventajas y desventajas de reestructurar los sistemas de salud con base en la APS. Es interesante señalar que los autores no encontraron ningún estudio que confirmara las ventajas de estructurar los sistemas de salud con base en la atención especializada. Encontraron sí evidencia de que los sistemas basados en una APS fuerte se asociaban a mejores resultados sanitarios para la población en relación a todas las causas de mortalidad y de muerte prematura y las causas específicas de muertes prematuras por enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Además, los sistemas con una atención primaria de salud fuerte obtenían mayor satisfacción de los usuarios y menos gastos agregados en la atención de salud. Los sistemas de atención de salud en países de bajos ingresos con APS fuerte tendieron a ser más equitativos y accesibles. Estudios realizados en países desarrollados mostraron que la atención de salud con orientación especializada se asocia con la inequidad en el acceso. En lo operativo, la mayoría de los estudios que compararon servicios que deberían ser provistos tanto por la APS como por la atención especializada mostraron que la utilización de atención primaria redujo costos y aumentó la satisfacción de los usuarios, sin afectar negativamente la calidad de la atención ni los resultados sanitarios. La mayoría de los estudios que analizaron la sustitución de los servicios secundarios por servicios primarios mostraron que ese cambio resultó costo-eficaz ⁽⁵⁰⁾.

A fines de la década de 1980, la Organización Panamericana de la Salud elaboró la estrategia de Sistemas Locales de Salud, que acabó siendo un programa de fortalecimiento de la APS importante ⁽⁷⁵⁾. Recientemente, la Organización sustentó su documento de posición sobre la APS ⁽⁶⁴⁾ con un análisis bibliográfico amplio, en el

que se destacan trabajos evaluativos de varios autores de diferentes partes del mundo ^(73-74, 76-93). Esos estudios internacionales mostraron que los sistemas de atención de salud con una APS fuerte dieron resultados mejores y más equitativos, fueron más eficientes, sus costos fueron menores y dieron más satisfacción a los usuarios en comparación con los sistemas cuya APS era frágil. Los sistemas con APS fuerte permitieron liberar recursos para atender las necesidades de la población más pobre y mejoraron la equidad, porque fueron menos costosos para los individuos y más costo-eficaces para la sociedad; aumentaron la eficiencia de los servicios, porque ahorraron tiempo en las consultas, redujeron los exámenes de laboratorio y los gastos en salud; empoderaron a grupos vulnerables; minimizaron los gastos directos de las familias al instituir la cobertura universal, eliminando así mecanismos que generan inequidad en los sistemas de atención de salud. Algunos estudios sobre hospitalizaciones por afecciones que podrían atenderse ambulatoriamente mostraron que los sistemas basados en la APS que aseguraban acceso y primer contacto mejoraban los resultados sanitarios, beneficiaban otros ámbitos del sistema y permitían reducir las hospitalizaciones, especialmente aquellas por angina, infecciones urinarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infecciones de garganta, oído y nariz. Las personas con acceso a una fuente regular de APS durante su vida estaban más satisfechas con su sistema de atención de salud, tuvieron menos hospitalizaciones y utilizaron menos las unidades de urgencia. En la región de las Américas, la experiencia costarricense mostró que las reformas basadas en la APS mejoraron los resultados sanitarios y la equidad; la mortalidad infantil se redujo 13% y la de adultos 4% cada cinco años adicionales después de la reforma, independientemente del mejoramiento de otros factores determinantes de la salud. Se mostró que los servicios deben ser de buena calidad técnica para que la APS beneficie a la población.

En su Informe sobre la Salud Mundial de 2008, en el que se conmemoran los 30 años de Alma-Ata, la Organización Mundial de la Salud lanzó un llamado para renovar la APS con el lema "*Ahora más que nunca*" documento que está respaldado por pruebas contundentes, especialmente en lo que se refiere a los principios y atributos de la APS. Con respecto al principio de centrarse en las personas y la familia, puede concluirse que produce resultados positivos, ya que mejora la integración de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades ⁽⁹⁵⁾; mejora la comprensión de aspectos psicológicos individuales ⁽⁹⁶⁾; aumenta la confianza y la adhesión al tratamiento ⁽⁹⁷⁾; mejora la calidad de vida de las personas ⁽⁹⁸⁾; facilita la comunicación entre el profesional de salud y el usuario ⁽⁹⁹⁾, y aumenta la confianza de los usuarios para abordar problemas delicados ⁽¹⁰⁰⁾. En cuanto al atributo de integridad, se constataron mejores resultados sanitarios ^(67, 81, 101); más trabajo destinado a la prevención ⁽¹⁰²⁾ y disminución de las hospitalizaciones por complicaciones evitables de enfermedades crónicas ⁽¹⁰³⁾. En relación al atributo de longitudinalidad, se constató una disminución de la mortalidad por todas las causas ^(104, 105, 106); mayor acceso a la atención ^(107, 108);

disminución de las rehospitalizaciones⁽¹⁰⁹⁾; reducción de las derivaciones a especialistas⁽¹¹⁰⁾; menor utilización de los servicios de urgencia⁽⁸⁶⁾, y disminución de los efectos indeseables de la atención médica^(111, 112). Sobre la aplicación del atributo de primer contacto, se observó más satisfacción con los servicios recibidos^(79, 113, 114, 115); mejor cumplimiento del tratamiento y reducción de la tasa de hospitalizaciones^(79, 113, 114, 116); menor utilización de atención especializada y de servicios de urgencia^(81, 117, 118, 119); mayor eficiencia en el uso de recursos^(81, 108, 120, 121); mejor comprensión de los aspectos psicológicos⁽⁹⁶⁾; más atención a la prevención de parte de los adolescentes⁽¹²²⁾ y menor riesgo de dar tratamiento de más⁽¹²³⁾. Sobre el atributo de la coordinación, se constataron efectos positivos en la salud; menos atención especializada y hospitalizaciones; disminución de la espera por servicios especializados; menos días de estancia hospitalaria; aumento del autocuidado, y mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria^(101, 118, 119). Además, en el documento se compara la atención de salud otorgada por un profesional generalista con la de especialistas y concluye que la atención ambulatoria primaria tiene igual o mayor probabilidad que la especializada de detectar las enfermedades graves más comunes^(124, 125); tiene el mismo grado de adhesión a las normas clínicas que entre los especialistas⁽¹²⁶⁾, aunque la adopción de las normas es más lenta^(127, 128). En la atención primaria se prescriben menos intervenciones invasivas⁽¹²⁹⁻¹³²⁾, se necesitan menos hospitalizaciones y estas son más cortas^(117, 122, 132) y las intervenciones tienen una orientación más preventiva^(122, 133). Lo anterior resulta en costos totales en salud más bajos⁽⁸¹⁾, aunque, como mínimo, con el mismo efecto en la salud^(129, 133-137) y mayor satisfacción de los usuarios^(115, 133, 138). La comparación entre países ricos mostró que cuanto más alta era la proporción de profesionales generalistas en la atención ambulatoria, menores eran los costos totales en salud y más alta la clasificación de la calidad⁽¹³⁹⁾. Por el contrario, los países con mayor dependencia de los especialistas hospitalarios tienen resultados poblacionales estables o en deterioro y la fragmentación de la atención agrava la insatisfacción de los usuarios y contribuye a la brecha creciente entre los servicios de salud y los servicios sociales^(73, 139, 140). La información sobre países de ingresos bajos y medios es más difícil de obtener, pero existen indicios de que los patrones observados son similares⁽¹⁴¹⁾. En Tailandia se observó que la APS prestada por profesionales generalistas se concentra más en las personas, es más barata y tiende menos a la medicalización excesiva⁽¹⁴²⁾.

Un documento de posición de la Organización Mundial de la Salud sobre la reforma de la APS en Europa⁽⁶⁵⁾ da muchas pruebas acerca de las posibilidades de fortalecimiento de la atención primaria. Una APS puede garantizar la continuidad de la atención⁽¹⁴³⁾ y proveer servicios de menor costo^(71, 144, 145), más eficaces y costo-efectivos⁽¹⁴⁶⁻¹⁵⁴⁾.

Un libro sobre la propuesta del modelo del Medical Home concluye que los sistemas de atención de salud basados en la APS se asocian con atención de mejor calidad y costos más bajos y que la APS es una política de salud basada en evidencia ⁽¹⁵⁵⁾. Una encuesta realizada en California, Estados Unidos, mostró que 94% de los entrevistados valoraban el hecho de tener un médico de atención primaria y la mayoría prefería tener el contacto inicial con un médico general más que con un especialista ⁽¹⁵⁶⁾. Es más probable que la atención tenga continuidad cuando está a cargo de profesionales generalistas y no de especialistas ⁽⁶⁷⁾; asimismo la atención por los primeros se asocia a mejores resultados en el control de la diabetes ⁽¹⁵⁷⁾ y la hipertensión ⁽¹⁰³⁾ y en la utilización de servicios de urgencia ⁽¹⁰³⁾. Un análisis de 40 estudios mostró que la continuidad de la atención estaba asociada con mejores resultados clínicos, incluidos los preventivos, de las condiciones crónicas y la atención materno-infantil ⁽¹⁵⁸⁾. Las personas atendidas en sistemas con una APS fuerte tienen mayor probabilidad de recibir cuidados preventivos apropiados, de cumplir los tratamientos y de estar satisfechas con la atención recibida ^(102, 113, 159, 160). En los Estados Unidos, los estados con mayor número de médicos de familia tienen tasas de mortalidad general, mortalidad por cáncer y enfermedades cardiovasculares y mortalidad neonatal más bajas ⁽¹⁶¹⁾. Donde existía una fuente regular de APS, los costos del sistema de atención de salud fueron más bajos que donde no había un punto de primer contacto regular ^(79, 162, 163). Por otra parte, en 19 de 20 estudios analizados se constató que la continuidad de la atención, que es más probable de sostener cuando el cuidado es proporcionado por médicos generalistas, está asociada con la reducción del número de hospitalizaciones y urgencias ⁽¹⁵⁶⁾. Los costos de la atención de salud fueron más caros donde hay un alto porcentaje de médicos especialistas en relación a médicos generales ⁽¹⁶⁴⁾. En países con una mayor proporción de médicos en la APS los gastos en salud per cápita fueron menores que en los países con mayor proporción de médicos especialistas ⁽⁶⁷⁾. En los Estados Unidos, en las zonas metropolitanas con mayor número de especialistas, los gastos per cápita en salud fueron más altos sin que la atención fuera de mejor calidad ^(165, 166). En un estudio sobre el programa Medicare* en distintos estados de los Estados Unidos se constató que la mejor calidad de la atención de salud estaba asociada significativamente con menores gastos per cápita en salud y que los estados con mayor número de médicos especialistas per cápita la calidad de la atención era menor y los gastos per cápita en salud más altos ⁽¹⁴⁰⁾.

Una revisión sistemática de 18 trabajos sobre condiciones que pueden tratarse en atención primaria mostró que la continuidad de la atención estaba asociada a

* Medicare es un programa nacional de seguro social administrado por el Gobierno Federal de los Estados Unidos para la población de 65 años y más de edad, para menores de 65 años de edad con ciertos tipos de discapacidad y de cualquier edad con enfermedad renal terminal o enfermedad de Lou Gherig. <https://questions.medicare.gov/faq.php?id=5007&faqId=3951>.

menores tasas de CSAP, en los Estados Unidos y Canadá ⁽¹⁶⁷⁾. En diferentes estudios, la continuidad de la atención, el equipo multidisciplinario y, en menor proporción, la población adscrita al médico, se asociaban a una menor probabilidad de hospitalización por afecciones que pueden tratarse en la atención primaria. La conclusión general del trabajo fue que los principios fundamentales de la atención primaria están asociados a un menor riesgo de hospitalización por esas afecciones.

En otro análisis sistemático ⁽¹⁶⁸⁾, este de 85 estudios realizados en Europa sobre estructura (gobernanza, condiciones económicas y desarrollo de la fuerza de trabajo), procesos (acceso, longitudinalidad, coordinación e integralidad) y resultados (calidad, eficiencia y equidad), se concluyó que la APS puede definirse y abordarse como un sistema multidimensional estructurado por la gobernanza, las condiciones económicas y el desarrollo de la fuerza de trabajo; así facilita el acceso a una variedad de servicios de manera coordinada y continua, con un uso eficiente de los recursos para dar atención de alta calidad y contribuir a una distribución de salud más equitativa. La APS, como sistema multidimensional, contribuyó significativamente al desempeño del sistema de atención de salud como un todo y a mejorar la salud.

Las evaluaciones surgidas de numerosos estudios realizados en un gran número de países y regiones permiten concluir que la bibliografía internacional presenta evidencia contundente sobre los resultados positivos de la APS en los sistemas de atención de salud.

Con base en esta revisión, se puede afirmar que los sistemas de atención de salud basados en una APS fuerte, en comparación con los que tienen poca orientación hacia la APS, son más adecuados, porque se organizan a partir de las necesidades de salud de la población. También son más eficaces, porque son la única forma de afrontar consecuentemente una situación epidemiológica en la que predominan las condiciones crónicas y porque impactan significativamente los niveles de salud de la población. Son más eficientes, porque sus costos son más bajos y reducen el número de procedimientos más caros; son más equitativos, porque discriminan a favor de los grupos y regiones más pobres y disminuyen el gasto directo de las personas y las familias, y son de mejor calidad, porque hacen hincapié en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y ofrecen tecnologías más seguras para los usuarios y los profesionales de salud.

LA APS: ¿POR QUÉ NO?

A pesar de que se han documentado con evidencia las ventajas de los sistemas de atención de salud basados en una APS fuerte, su valoración política, económica y

social es baja en todo el mundo. En los países desarrollados con tradición de atención primaria hay quienes hablan sobre una crisis en la APS ⁽¹⁶⁹⁾. En Europa se cuestiona la credibilidad de la APS con respecto a su habilidad para obtener o mantener el respeto necesario y el estatus para respaldar su desarrollo en los sistemas de salud ⁽¹⁷⁰⁾. En los países en desarrollo, en los que generalmente la APS todavía no se ha institucionalizado, los problemas se derivan principalmente de la fragilidad de la concepción de la atención primaria selectiva.

En los países ricos, donde la APS a menudo es parte del modelo de medicina general o familiar, las dificultades se manifiestan en varias dimensiones: en la insatisfacción de los médicos ⁽¹⁷¹⁻¹⁷³⁾, en el modelo de enseñanza médica orientado hacia la especialización ⁽¹⁷⁴⁾, en el salario bajo de los médicos generales en comparación con el de los especialistas ^(155, 161), en una sensación de aislamiento en función de un trabajo en pequeñas clínicas ⁽¹⁵⁵⁾, en el aumento de las responsabilidades clínicas de la APS ⁽¹⁷⁰⁾, en una percepción de que la atención propuesta para la APS supera las posibilidades de los profesionales ⁽¹⁷⁵⁾, en la insatisfacción de los usuarios ⁽¹⁷⁶⁾ y en las exigencias del régimen de trabajo ⁽¹⁷⁷⁾. Algunas de estas dificultades se explican por la enorme falla de los sistemas de atención de salud tradicionales que remuneran mal las consultas médicas intensivas, aun sabiendo que mejoran significativamente la salud en comparación con los procedimientos más intensivos de tecnologías duras ⁽¹⁾.

La baja valoración política, económica y social de la APS tiene varias razones. Desde el punto de vista económico, la APS utiliza tecnologías de menor densidad, aunque de mayor conocimiento; tiende a ser desvalorizada en un sistema de pago por procedimientos que favorece una mayor densidad tecnológica y una mayor oferta de servicios, y no los más necesarios para la población. Las tecnologías de baja intensidad son poco interesantes para las industrias farmacéutica y de equipamiento biomédico, y no son reconocidas por los médicos de mayor prestigio que son, generalmente, los especialistas de renombre.

En la tabla 2 figuran los costos relativos, por procedimiento, según los diferentes puntos de atención de salud en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Se observa que el costo de la atención en la APS es la décima parte del servicio ambulatorio especializado y menos de la milésima parte del hospital terciario.

Tabla 2: Costo (£) de la consulta en diferentes puntos de atención de salud en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido

PUNTO DE ATENCIÓN DE SALUD	COSTO MEDIO DE LA CONSULTA (£)
Atención primaria	15,00
Centro de llamadas	16,00
Ambulatorio especializado	150,00
Hospitalización (día)	1.000,00
Hospital secundario (día)	5.000,00
Hospital terciario (día)	20.000,00

Fuente: Rawaf ⁽¹⁷⁸⁾

Otra forma de expresar esas diferencia de costo económico de la APS surgió del presidente de una empresa privada importante de salud de los Estados Unidos, quien afirmó: *“Examiné los números y observé las variaciones. Los pacientes podrían pagar US\$ 100 por una visita médica de prevención del asma, más \$200 por su inhalador, comprado con receta. Una visita a la sala de urgencia podría llegar a costar entre \$2.000 y \$4.000 en recetas para el prestador y una hospitalización, de \$10.000 a \$40.000 en recetas para la institución. Si el pago incentiva el comportamiento de los prestadores, como sociedad, ¿dónde estamos colocando nuestro dinero hoy en día? No es en la prevención del asma, ni siquiera en los Estados Unidos, donde estamos ante una epidemia de asma”* ⁽²⁷⁾.

Desde el punto de vista ideológico, la lógica de la APS confronta algunos principios predominantes de la medicina flexneriana, como la visión negativa de la salud (salud como ausencia de enfermedad), el individualismo, el vitalismo, la especialización y el énfasis en lo curativo ⁽⁵⁵⁾. La medicina heroica, inherente a determinados procedimientos de mayor densidad tecnológica, no es el campo de la APS; por lo tanto, su trabajo cotidiano, aunque agregue más salud a la población, no tiene espacio en los grandes medios de comunicación y no genera noticias positivas sobre la salud. La ideología de la medicina científica seduce a la población, que ve la APS como medicina de baja calidad y busca ávidamente la atención de los especialistas. No es raro que en Brasil la población se refiera a la APS de manera ambigua, en la que se combinan un poco de simpatía y muchos prejuicios, como el “puestito” de salud.

Los factores económicos e ideológicos descritos afectan el plano político. En la miopía de la micropolítica de corto plazo, políticos y gestores prefieren invertir en unidades de atención especializada y hospitales, ambos de mayor visibilidad política,

restando así recursos financieros a la APS y debilitándola. Es mejor negocio invertir en hospitales que en la APS, aunque muchas veces los hospitales no añaden valor para la población. Es el caso de las inversiones en hospitales pequeños en Brasil. En la última elección presidencial, todos los candidatos trataron el tema de la APS solo tangencialmente. Por influencia de los especialistas en mercadotecnia y los resultados de encuestas cualitativas, el meollo de las discusiones fue la atención de urgencia y la especializada, especialmente en los centros urbanos medianos y grandes. En el fondo, se ve una tendencia de los gestores a practicar una forma de gerencia denominada de inercia activa, un impulso a agregar a lo que ya se hace, de forma espectacular, sin buscar opciones que efectivamente generen cambios y se sustentan en evidencia científica ⁽⁴⁴⁾.

En lo que concierne al valor que la población le asigna a la APS del SUS, la situación es ambigua. Mediante una investigación sobre la percepción de la salud sobre una muestra de 2.733 residentes en domicilios permanentes que habían utilizado o acompañado a algún familiar, se trató de obtener la percepción de los encuestados acerca de tres aspectos: los tipos de servicios ofrecidos por el SUS, la evaluación general del SUS y la evaluación de los servicios ofrecidos por seguros de salud privados ⁽¹⁷⁹⁾. Entre los servicios prestados por el SUS, la atención domiciliaria otorgada por un miembro del equipo del Programa de Salud Familiar obtuvo la mayor proporción de opiniones positivas entre los encuestados. En Brasil, 80,7% de los entrevistados que habían sido visitados en su domicilio por algún miembro del equipo de salud de la familia opinaron que la atención prestada había sido muy buena o buena. Solo 5,7% de los entrevistados opinaron que esa atención había sido mala o muy mala. Ese resultado fue favorable al PSF, que es el modelo que permite dar atención ambulatoria de mejor calidad y establecer una relación más íntima con la población, mediante la presencia regular del programa en los domicilios. Los otros servicios que obtuvieron porcentajes de aprobación más bajos fueron: suministro de medicamentos, 69,6%; médicos especialistas, 60,6%; atención de urgencia, 48,1%, y atención en centros o puestos de salud, 44,9%. Esta última recibió la proporción más baja de calificación muy buena o buena (44,9%) y la más alta, mala o muy mala (31,1%), entre los servicios estudiados. Es en esas unidades de salud que se presta la atención primaria. Es interesante señalar que los porcentajes de servicios considerados malos o muy malos son más altos en relación a los centros y puestos de salud y la atención de urgencia en las regiones Sur, Centro-Oeste y Noreste. Aun así, en conjunto, las calificaciones muy bueno, bueno y regular de los centros y puestos de salud llega a 69%, un poco distante de la situación de caos en la APS del SUS que describen los medios de difusión. Los resultados muestran que las peores evaluaciones del SUS son las de personas que no utilizan sus servicios, de los cuales 27,6% eran usuarios y 34,3% no. Los tres principales problemas del SUS señalados en la encuesta fueron: la falta de médicos, 58,1%; la demora en la atención en centros, puestos de salud

y hospitales, 35,4% y la demora para conseguir una consulta con un especialista, 33,8%. Esos datos muestran que los usuarios del SUS tienen una visión común, la misma de los medios de comunicación – tal vez forjada por estos–, de un sistema centrado en el médico en la APS y en el sistema como un todo, lo que refleja la visión ideológica predominante de la sociedad, que no tiene respaldo científico.

Cabe destacar que la desvalorización de la APS es crítica en el sector privado de la salud suplementaria. A pesar de que hay documentación científica sólida de todo el mundo sobre la eficacia, la eficiencia y la calidad superior de los sistemas de atención de salud basados en la APS, ese tema ni siquiera se ha tratado significativamente en las discusiones de los operadores privados de seguros de salud. Tal situación revela la baja valoración política, económica y sanitaria que tiene la APS en el segmento de salud suplementaria.

En conclusión, se puede afirmar que el tema de la APS es poco atractivo para los políticos, para los grupos de interés de mayor fuerza presentes en el panorama sanitario, para el complejo industrial de la salud, para los médicos de mayor prestigio, para los medios de comunicación, para el sector de salud suplementaria y para la propia población. Por lo tanto, el fortalecimiento de la APS tiene por delante una lucha que no será breve ni fácil en los planos político, económico e ideológico. No obstante, tiene a su favor que el modelo vigente del sistema es fragmentado, reactivo, episódico, centrado en la enfermedad y organizado con base en el fortalecimiento de las unidades de atención especializada, muchas veces sustentado por políticas de salud espectaculares que no son sostenibles a largo plazo. Los sistemas de atención de salud que se organizan con una APS frágil son como edificios sin cimientos. A largo plazo, tendrán resultados económicos y sanitarios desastrosos.

CAPÍTULO 4 – ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA APS EN LA SALUD PÚBLICA BRASILEÑA

La atención primaria de salud tiene una larga historia en el sistema público de atención de salud de Brasil. Esa historia está registrada en distintos ciclos de desarrollo de la APS ^(60, 180).

El primer ciclo se dio en la segunda década del siglo XX, con los centros de salud establecidos en la Universidad de São Paulo. Probablemente, esos centros fueron influenciados por el pensamiento de Dawson, del Reino Unido. Tenían una población adscrita y su trabajo fundamental era dar educación sanitaria; se dedicaban principalmente a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y diferenciaban claramente el campo de la salud pública del de la atención médica.

El segundo ciclo comenzó al inicio de la década de 1940, con la creación del Servicio Especial de Salud Pública (SESP), hoy en día llamado Fundación Nacional de Salud. El SESP se creó como parte de un esfuerzo de guerra, mediante un convenio entre el Gobierno Federal de Brasil y la Fundación Rockefeller y se inspiró en el modelo sanitarista estadounidense. Fue pionero en relación con el establecimiento de unidades de APS que articulaban el trabajo preventivo y curativo, aunque solo en el campo de las enfermedades infecciosas y carenciales, además de algunas intervenciones verticales de salud pública.

El tercer ciclo se instituyó y desarrolló hacia mediados de la década de 1960 en las secretarías de salud de los estados. En ese ciclo se conservó el núcleo tecnológico original del SESP, por lo tanto, el trabajo tenía por objeto la prevención de las enfermedades. Incorporaba también la atención médica en un modelo dirigido especialmente a la salud maternoinfantil y las enfermedades infecciosas, como tuberculosis y lepra, mediante los denominados programas de salud pública, que funcionaban con algún grado de verticalidad.

El cuarto ciclo, en el decenio de 1970, fue concomitante con la propuesta internacional de la APS que sería ratificada por la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Comenzó a surgir en la forma de programas de extensión de la cobertura, claramente a partir de la interpretación de la APS como programa de atención primaria selectiva. Luego de haberse iniciado como proyectos universitarios piloto, llegaron a

convergir con el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), que comenzó en el Noreste en 1976, y alcanzó cobertura nacional en 1979. Consecuentemente, se produjo un gran crecimiento de la APS en el país mediante un amplio programa de medicina simplificada; el número de unidades de APS pasó de 1.122 en 1975 a 13.739 en 1984, un crecimiento de 1124% en una década.

El quinto ciclo se inició a principios de la década de 1980 y coincidió con una crisis grave de la Seguridad Social, que llevó a establecer las Acciones Integradas de Salud (AIS), que a su vez llevaron la cultura de atención médica del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS) a las unidades de APS del sistema de salud pública. Las AIS ampliaron la red de atención primaria de salud de 112 municipios en 1984 a 2.500 en 1987 y se institucionalizaron con el respaldo de recursos abundantes de la Seguridad Social que se transferían por convenio a las secretarías de salud de estados y municipios. No obstante, había una diferencia fundamental con el modelo del Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), ya que la medicina simplificada ya no era suficiente, porque el convenio exigía que las unidades de APS prestaran atención médica a la clientela de la seguridad social, es decir, a un grupo social integrado y con voz política.

En 1987, las AIS fueron sustituidas por el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS) y en 1988, la nueva Constitución Federal creó el Servicio Único de Salud, que adoptó la descentralización como uno de sus principios. La conformación del SUS llevó al sexto ciclo de la APS, que se concretó con la municipalización de las unidades de APS de los estados, es decir, los municipios se hicieron cargo de la gestión y las responsabilidades de la APS, con lo cual el SUS tuvo un crecimiento enorme.

El principio ordenador del SUS era la atención integral y la APS no podía mantenerse como programa de atención primaria selectiva; por lo tanto, el fortalecimiento de ese nivel de atención de salud pasó a ser indispensable y la búsqueda de un modelo de APS que pudiera concretar la integridad de las acciones de salud fue también ineludible.

Paralelamente a la municipalización de la APS, se experimentó con varios modelos de atención primaria en varias partes del país, por ejemplo: la Medicina General y Comunitaria en Porto Alegre; la Acción Programática en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (USP), el Médico de Familia de la Secretaría Municipal de Salud de Niterói y el Modelo de Defensa de la Vida de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas. La Medicina General y Comunitaria se desarrolló en Porto Alegre a partir de 1983, en el Centro de Salud Murialdo y después en el Grupo Hospitalario Conceição, donde fue impulsado por residencias médicas. Este último modelo, que se inspiró en movimientos semejantes de países desarrollados

que adoptaron la medicina familiar, presupone una práctica médica centrada en el individuo, el núcleo familiar y la comunidad, a los cuales se espera dar atención integral, continua y personalizada ⁽¹⁸¹⁾. La Acción Programática en Salud surgió del movimiento de programación de la salud en la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo en el decenio de 1970, pero se conformó como propuesta orgánica a partir de la implantación de la reforma sanitaria. Se gestó en el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la USP. La Acción Programática en Salud puede definirse como una propuesta de organización del trabajo en salud, surgida de un ideal de integración sanitaria que se inspira en tecnología de base epidemiológica y se estructura con la lógica de los programas de salud ⁽¹⁸²⁾. El Programa del Médico de Familia fue implantado en Niterói en 1992 y es un modelo con clara influencia cubana: la APS está a cargo de un equipo compuesto por un médico general y un auxiliar de enfermería, que tiene aproximadamente 250 familias a su cargo. Ese equipo proporciona atención ambulatoria, con actividades en ese entorno y en la comunidad, además del seguimiento hospitalario. La atención es integral y se dirige a la familia y las acciones de salud tienen orientación comunitaria ⁽¹⁸³⁾. El modelo de Defensa de la Vida surgió hacia fines de la década de 1980 en el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas. En él se da una descentralización de la gestión de los servicios de salud mediante colegiados y se organiza la APS en funciones de acogida, asistencia a la salud y vigilancia sanitaria. (La acogida se define como un vínculo que puede generar responsabilidad del profesional en relación con los usuarios, con la perspectiva de su autonomía [184]).

Todas las propuestas anteriores fueron importantes y algunas siguen vigentes; asimismo, fueron formas exitosas de proporcionar una APS de calidad a la población, de concretar los principios del SUS y de constituir espacios de desarrollo científico y tecnológico significativos. Sin embargo, no se institucionalizaron como políticas públicas nacionales, lo cual no ocurrió hasta fines de 1993, cuando se creó el Programa de Salud de la Familia (PSF) durante el gobierno de Itamar Franco.

Con la implantación del PSF se dio inicio al séptimo ciclo de la APS en la salud pública brasileña. Ese Programa por primera vez agregaba una dimensión cualitativa a la cuantitativa de la ampliación de la APS. No se trataba simplemente de hacer más de lo mismo, sino de hacer más con una calidad diferente del modelo de atención primaria selectiva vigente o de los modelos de medicina familiar.

El PSF tuvo influencia interna, de los modelos brasileños de APS descritos anteriormente, y externa, de las diferentes propuestas de APS, especialmente de los modelos canadiense, cubano y británico. Sin embargo, recibió la mayor influencia del Programa de Agentes de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Ceará (1987), durante el primer gobierno de Tasso Jereissati, como parte de un programa de

emergencia para combatir la sequía. Dados los resultados positivos de ese programa, especialmente la disminución de la mortalidad infantil en el estado, su repercusión política fue importante, por lo cual en 1991 el Ministerio de Salud lo amplió a todo el país con el nombre de Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS).

Visto aisladamente, el PACS es una propuesta de atención primaria selectiva, incompatible con los principios del SUS. Su puesta en funcionamiento generó una demanda de servicios de salud a la cual debía responderse con tecnología de mayor densidad. Percibiendo eso, en el gobierno de Hilário Marques, el municipio de Quixadá del estado de Ceará desarrolló un modelo innovador de APS que agregaba médicos generales y personal de enfermería a los agentes comunitarios con el fin de conformar un equipo que trabajaba con poblaciones adscritas territorialmente y organizadas en familias. Ese modelo sirvió de base para que, a principios de 1994, el Ministerio de Salud lanzara al PSF como política oficial de APS en el país.

Al institucionalizarse el PSF como la política nacional de la APS, el Ministerio de Salud lo adoptó como una estrategia de organización del SUS y dio por superada, por lo menos en el discurso oficial, la visión de la APS como programa de atención primaria selectiva o solo de cuidados primarios. Así, el objetivo general del PSF fue de *"contribuir a la reorientación del modelo asistencial a partir de la atención básica, conforme con los principios del Sistema Único de Salud, imprimiendo una nueva dinámica de desempeño a las unidades básicas de salud, con la definición de responsabilidades de los servicios de salud con la población"* ⁽¹⁸⁵⁾. Sin embargo, este cambio semántico no fue acompañado de una transformación real de paradigma que imprimiese contenido estratégico al PSF.

Así, el séptimo ciclo de desarrollo de la APS en la salud pública brasileña, que se inició en 1994 y sigue hoy vigente, puede denominarse ciclo de la atención básica de salud. A diferencia de otros países, en Brasil no se adoptó oficialmente la expresión atención primaria de salud, sino atención básica de salud.

CONSOLIDACIÓN DEL CICLO DE LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD Y EVIDENCIA SOBRE EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

El ciclo de la atención básica de salud se caracteriza por la institución y ampliación de la estrategia de salud de la familia por medio del PSF. Ese Programa siempre convivió con otros modelos, especialmente el tradicional, que no tiene a la familia como centro de la atención, no incluye territorialización ni población adscrita y

organiza el trabajo médico según las especialidades básicas de la medicina: clínica general, pediatría y ginecología y obstetricia. Se estima que de 20% a 40% de las unidades de atención del país son tradicionales. Sin embargo, es necesario señalar que el modelo dual de APS en el SUS se ha construido, en los últimos años, con hegemonía del PSF y que en el discurso oficial de los gestores del SUS se ha dado, hasta ahora, un camino estratégico de fortalecimiento del PSF.

El modelo brasileño de salud de la familia puede considerarse autóctono, aunque hay que reconocer que tuvo influencias externas importantes, de las cuales se diferencia, especialmente, por no ser una propuesta de medicina familiar, exclusivamente, y sí ser una política pública centrada en la salud de la familia. El PSF es una propuesta de salud de la familia singular, que se distanció de los modelos de medicina familiar prevalecientes en el mundo desarrollado, que generalmente se articulan en torno a la función protagónica de los médicos generales o de familia. Por ejemplo, en el modelo de medicina familiar de Canadá, solo 32% de los médicos trabajan en conjunto con otros profesionales de salud y solamente 22% lo hacen conjuntamente con el personal de enfermería ⁽¹⁸⁶⁾. Además, esos modelos internacionales tienden a valorar la libertad de los usuarios de escoger a sus médicos, independientemente de la adscripción geográfica, con el fin de mejorar la competitividad. El PSF optó por un modelo de base poblacional y territorial que se articula en función de mecanismos de cooperación y no de competencia.

Para cumplir con los objetivos del SUS inscritos en las legislaciones constitucionales e infraconstitucionales, el PSF se construyó sobre bases distintas. Específicamente, se distingue el hecho de que es un modelo de salud de la familia que se propone afectar los factores determinantes sociales de la salud en sus distintos niveles, mediante acciones integradas de promoción de la salud y de prevención, atención, cura, rehabilitación y paliación de las condiciones de salud. Tal opción estratégica necesariamente exige la territorialización de los espacios de desempeño de la APS y el trabajo intersectorial. Por lo tanto, desde un comienzo, el PSF incorporó el trabajo multidisciplinario realizado en equipos constituidos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos, técnicos de salud bucal, agentes comunitarios de salud y, circunstancialmente, otros profesionales de salud. La incorporación del agente comunitario de salud hace una gran diferencia, porque crea la posibilidad de establecer una relación más próxima entre el equipo de salud, los usuarios y sus familias y las organizaciones y movimientos sociales del territorio de que se trate.

La propuesta brasileña del PSF es la más adecuada para la situación nacional, porque se adecúa a los principios del SUS y es amplia, ya que tiene por objeto la salud de la población. Si bien valora la medicina familiar y la incorpora, va mucho más allá al ser la salud de la familia su objetivo.

El crecimiento del PSF fue muy significativo. En agosto de 2011, el Programa funcionaba en 5.284 municipios brasileños y había 32.079 equipos, cuya cobertura aproximada era de 110 millones de personas, es decir, más de la mitad de la población. Asimismo, había 248.521 agentes comunitarios de salud en funciones en 5.391 municipios y 21.038 equipos de salud bucal en 4.847 municipios ⁽¹⁸⁷⁾. Tal crecimiento es formidable en una década y media, que es un período corto para una política pública de esas proporciones.

Recientemente, en diferentes lugares y de diversos actores sociales relacionados con el SUS, ha surgido una hipótesis acerca de la fragilidad del PSF como forma de organización de la APS. Parecería haber una percepción más o menos difusa de desencanto con el PSF, ya sea porque el modelo no se aplica a todos los aspectos de la realidad brasileña o porque es caro y poco resolutivo. Esa percepción se expresa en diversas propuestas de sustitución o de flexibilización del PSF.

Entre tales propuestas están las de reorganizar el trabajo médico con la valoración relativa de la tríada de especialistas básicos en atención primaria; la flexibilización de la jornada de trabajo de los profesionales, especialmente de los médicos, para permitir el trabajo a tiempo parcial; la ampliación exagerada de las unidades de atención rápida para transformarlas en puertas de entrada del SUS, en una competencia predatoria con el PSF, y el fenómeno generalizado de la oferta de atención hospitalaria en unidades pequeñas que funcionan sin economía de escala y que, en los municipios más chicos, desvían recursos de la APS para mantener hospitales que no tienen densidad tecnológica para llevar a cabo el trabajo real de los hospitales, son ineficientes, ineficaces y de mala calidad ⁽⁶⁰⁾.

Esas propuestas se fundamentan en un supuesto fracaso del PSF y en juicios de valor y construidas contrariamente a la evidencia que las sustentan. Además, dependen de una visión anticuada de la APS, en la que esta se considera exclusivamente puerta de entrada al SUS y es, por lo tanto, una parte aislada de un sistema fragmentado, centrado prioritariamente en la atención de las condiciones y los eventos agudos, que funciona de forma episódica e intermitente y depende fuertemente de la consulta médica. Es lo que se puede concluir de las propuestas para cambiar el trabajo médico y aumentar la oferta de atención de afecciones y eventos agudos. Mediante esas propuestas, supuesta aunque no explícitamente, se pretende aumentar el acceso a los médicos, lo que es importante, pero no se toman en cuenta otros problemas estructurales que cualifican el trabajo médico. Hay buena evidencia de que el aumento del número de consultas médicas por sí solo no genera mejores resultados clínicos y sanitarios ⁽²⁹⁾.

Los problemas de los sistemas de atención de salud contemporáneos, ya analizados en el plano macro, se manifiestan también en el plano micro en el fracaso de un sistema de atención de salud estructurado con base en la consulta médica de corta duración. En los Estados Unidos, esa crisis se ha considerado el fracaso del sistema centrado en la consulta médica de 15 minutos, que es en promedio lo que dura una consulta médica en ese país ⁽¹⁸⁸⁾. En esta publicación analizaremos el plano micro con más profundidad en la discusión sobre el modelo de atención de las condiciones crónicas.

Hay estudios que demuestran indiscutiblemente que el mero aumento de las consultas médicas no mejora los resultados clínicos de la atención de las condiciones crónicas, como indica el sentido común, y que un sistema que depende únicamente de la consulta solo puede llevar a más consultas. Consecuentemente, las propuestas de cambios a la APS centradas en el trabajo médico, aunque necesarias, son insuficientes y reduccionistas. El programa de reforma de la APS debe ser mucho más profundo y global para generar valor añadido para la población.

Es necesario tener claro que las propuestas para sustituir el PSF por modelos tradicionales de APS están respaldadas por la evidencia científica. En realidad, lo que parece moderno es un regreso al pasado que con toda certeza profundizará la crisis contemporánea del SUS y perjudicará su política más consecuente, la de la salud de la familia.

Los cuestionamientos al PSF se derivan en gran parte de la percepción equivocada de que ese modelo de APS fracasó. Dentro de las limitaciones que tuvo para desarrollarse, el PSF no ha sido un fracaso sino un éxito, lo cual está respaldado por evidencia procedente de diferentes estudios realizados en varias regiones del país.

Aunque, en rigor, no pueda compararse el PSF con los modelos tradicionales de APS, puesto que son políticas de atención primaria totalmente distintas, contrariamente a lo que a veces se plantea, en la bibliografía revisada se observa la superioridad indiscutible del PSF en comparación con los modelos tradicionales, especialmente en el cumplimiento de los atributos de la APS. De hecho, no se encontró ningún trabajo evaluativo que indicara que los modelos tradicionales son superiores al PSF.

Un aspecto positivo de la introducción del PSF ha sido el aumento del interés en la investigación en Brasil entre el plantel académico; así ha sido posible eliminar las posiciones acerca del PSF basadas en opiniones. Macinko ⁽²²⁴⁾ mostró que el número de artículos nuevos sobre el PSF citados en Pubmed creció de 3 en 1998 a 75 en 2009, con un total de 297 artículos en el período analizado.

Un estudio que utilizó el PCATool* comparó el desempeño de las unidades del PSF y de las unidades tradicionales en la salud infantil en la región de Porto Alegre. Se observó que los atributos de integridad, orientación comunitaria y orientación familiar y del valor general de la APS para los niños que frecuentaban las unidades del PSF eran significativamente mayores. La proporción de niños con atención de salud calificada con alto valor general de la APS también fue significativamente mayor para aquellas cubiertas por el PSF ⁽¹⁸⁹⁾.

Un estudio evaluativo de la APS realizado en Petrópolis, en el que se comparó el PSF con el modelo tradicional permitió comprobar que el primero era más accesible, especialmente en los fines de semana; también fue mejor evaluado como servicio de primer contacto, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. En cuanto a longitudinalidad, el PSF tenía una población adscrita y daba más oportunidad a los usuarios de compartir sus dudas sobre la atención prestada y, en relación con la integridad de los servicios, el PSF prestaba mejor atención prenatal, tratamiento de la tuberculosis, orientación en casos de violencia doméstica, educación en salud, prevención del consumo excesivo de alcohol y tabaquismo. En el PSF se utilizaban más las directrices clínicas para orientar la conducta clínica y las guías para referir a los pacientes a otros servicios del sistema. En cuanto a orientación familiar, el PSF utilizaba más instrumentos de abordaje familiar, al igual que la orientación comunitaria, respecto a la cual el PSF colaboraba en más investigaciones poblacionales, daba más atención domiciliaria y participaba más en el trabajo intersectorial ⁽¹⁹⁰⁾.

En otro estudio se hizo una comparación de las unidades tradicionales de atención de salud y las del PSF en el municipio de São Paulo; el análisis se hizo por estratos de exclusión social, con el PCATool, que se aplicó a gerentes, profesionales de la salud y usuarios. Los resultados mostraron que las estimaciones de los índices de atención primaria en las unidades del PSF fueron más altas que los de las unidades tradicionales, siempre con diferencias estadísticamente significativas en todos los estratos ⁽¹⁹¹⁾.

En 41 municipios de los estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul y Santa Catarina se llevó a cabo una evaluación de la APS mediante un estudio transversal, con un grupo de comparación externo y entrevistas con presidentes de consejos municipales de salud, secretarios municipales de salud y coordinadores de APS. Los resultados indicaron que las unidades del PSF, en comparación con las unidades tradicionales de atención de salud, dedicaron más tiempo a las consultas médicas; su oferta de acciones programáticas para el cuidado integral y de actividades de grupo fue más amplia. Asimismo, la frecuencia de con-

* PCATool es un instrumento de caracterización de la atención primaria de salud cuyo nombre se deriva del inglés Primary Care Assessment Tool.

sultas de atención prenatal fue más alta en las unidades de adscripción territorial. En comparación con las unidades tradicionales de atención de salud, las del PSF ofrecían más servicios odontológicos a grupos prioritarios, promoción de la lactancia materna, puericultura, manejo de los problemas de salud infantil más graves, consultas prenatales, planificación familiar, prevención del cáncer de cuello uterino, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis y lepra, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial y diabetes, consejos acerca de actividad física y atención domiciliaria a los adultos mayores. En cuanto a los procesos de trabajo, las unidades del PSF utilizaron más los protocolos clínicos que las unidades tradicionales. La conclusión de los autores de este estudio fue que el desempeño del PSF era corrientemente mejor que el de los servicios tradicionales, tanto en el sur, como en el noreste del país, lo cual coincide con la percepción de los gestores de que el PSF es más adecuado para el funcionamiento del SUS y cuenta con mayor adhesión de los profesionales de salud que el modelo tradicional ⁽¹⁹²⁾.

Un estudio evaluativo realizado también con el PCATool en 62 municipios del estado de São Paulo comparó las unidades del PSF y las de atención de salud tradicionales, a partir de la opinión de profesionales sanitarios. En general, los datos mostraron que los profesionales que trabajaban en el PSF evaluaban mejor su desempeño, lo que se refleja en puntajes medios más altos. Además, siempre que hubo diferencia estadísticamente significativa entre los dos tipos de unidades, el puntaje de las unidades del PSF fue mejor ⁽¹⁹³⁾.

Se realizó otra evaluación del PSF mediante un análisis ecológico longitudinal de datos de fuentes secundarias, en el que se relacionó la mortalidad infantil con el acceso a agua y saneamiento, ingreso medio, escolaridad de la mujer, fecundidad y oferta de médicos y personal de enfermería por 10.000 habitantes y camas por 1.000 habitantes. Los resultados mostraron que el elemento más importante para reducir la mortalidad infantil en el país era la escolaridad de las mujeres, seguida de la ampliación de la oferta del PSF. El estudio demostró también que la mortalidad infantil había disminuido 4,56% al aumentar 10% la cobertura del PSF; 2,9% con un aumento de 10% del acceso a agua, y 1,35% con un aumento de 10% del número de camas hospitalarias. La fecundidad y el ingreso per cápita estaban modestamente asociados con las tasas de mortalidad infantil ⁽¹⁹⁴⁾.

También por medio del PCATool, otro estudio comparó la APS de nueve municipios de la región Centro-Oeste de Brasil (Goiás y Mato Grosso) con respecto a la atención prestada en unidades modelo del PSF y unidades tradicionales. Los resultados, medidos por el índice de atención primaria, fueron mejores para los servicios prestados por las unidades del PSF que para los de las unidades tradicionales, tanto entre los profesionales como entre los usuarios ⁽¹⁹⁵⁾.

En una evaluación de la presencia y amplitud de los atributos de la APS se compararon las unidades tradicionales y las del PSF de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba ⁽¹⁹⁶⁾. Se trató de un estudio transversal en el cual se aplicó una encuesta estructurada que utilizó el PCATool y que abarcó a profesionales sanitarios, incluidos médicos y personal de enfermería. Ese estudio es interesante porque en Curitiba coexisten los dos modelos: 53 unidades con PSF operadas por médicos generales y 51 unidades con el modelo tradicional operadas por médicos especialistas (clínicos, ginecoobstetras y pediatras) que trabajan a tiempo parcial. En Curitiba, el modelo tradicional tiene determinadas características especiales, como la territorialización, la organización según el principio de la vigilancia en salud y la participación de los agentes comunitarios de salud en los equipos. Los resultados del estudio se resumen en la tabla 3.

Tabla 3: Puntaje medio de los atributos esenciales, derivados y general de la atención primaria de salud en la evaluación de profesionales, incluidos médicos y personal de enfermería, unidades tradicionales y del PSF, municipio de Curitiba, 2008

ATRIBUTOS	UNIDAD TRADICIONAL	UNIDAD DE PSF
Esenciales	6,2	7,0
Accesibilidad	4,7	5,1
Longitudinalidad	6,2	6,7
Coordinación	6,9	7,0
Integralidad	5,9	8,3
Derivados	7,7	8,3
Orientación familiar	7,8	8,5
Orientación comunitaria	7,6	8,1
General	6,6	7,4

Fuente: Chomatas ⁽¹⁹⁶⁾

Los datos de la tabla 3 muestran que para todos los atributos los puntajes medios alcanzados por los equipos del PSF superaron los de las unidades tradicionales de atención de la salud, aunque en el atributo coordinación, esa diferencia no fue estadísticamente significativa. Además, las unidades del PSF tuvieron un mayor porcentaje de puntajes altos ($\geq 6,6\%$) en la APS, tanto en los atributos individuales como en los esenciales, derivados y general. Además, en las unidades del PSF, las acciones educativas, las visitas domiciliarias y las discusiones de caso son más frecuentes, lo cual indica que las posibilidades de cambiar el modelo para afrontar las

condiciones crónicas son mejores. Hay que añadir que esos resultados se obtuvieron a pesar de que las unidades del PSF generalmente se ubican en regiones de mayor vulnerabilidad social que las unidades tradicionales.

Otro estudio realizado en el municipio de Curitiba, en el que se compararon las unidades del PSF y las tradicionales de la Secretaría Municipal de Salud, mostró que de los 17 indicadores de salud seleccionados, siete (41 %) tenían mejores resultados con el modelo del PSF, aun cuando cinco de esos indicadores componen el atributo de accesibilidad. En la evaluación por atributos, la coordinación, la longitudinalidad y la integridad mostraron una tendencia de mejor desempeño en las unidades del PSF. Las unidades tradicionales de atención de salud no obtuvieron mejor resultado en ningún indicador ⁽¹⁹⁷⁾.

Hubo también un estudio en el que se trató de constatar la influencia del PSF en la salud infantil al comparar resultados antes y después de la introducción de esa estrategia de APS en municipios brasileños. Las variables para caracterizar la salud infantil fueron estado de salud autnotificado, número de días de actividad restringida, número de días de hospitalización, prevalencia de vómito o diarrea y número de veces que los niños requirieron atención médica. Para la mayoría de los indicadores de salud infantil utilizados en el análisis empírico, los resultados indicaron que los niños que contaban con el PSF en su municipio durante el período prenatal y en los primeros años de vida eran más saludables que aquellos en los que el PSF no estaba disponible ⁽¹⁹⁸⁾.

Un estudio sobre la salud de la familia en Brasil realizado en el período de 1998 a 2004 mostró que la cobertura del PSF se asociaba con mejores indicadores de salud ⁽¹⁹⁹⁾. Los datos sobre la proporción media anual de aumento de la homogeneidad de la cobertura de la vacuna tetravalente de menores de 1 año de edad revelaron que cuanto más elevada era la cobertura del PSF mayor había sido el aumento del indicador entre 1998 y 2003. El indicador creció 5,73% para la franja cuya cobertura del PSF era de 20%, 6,85% para la franja con cobertura de 20% a 50%, 7,80% para la de 50% a 70% y 10,97% para la de 70% o más. La variación media de la disminución de la proporción de nacidos vivos de madres sin consulta prenatal creció gradualmente con el aumento de la cobertura del PSF. Así, las franjas con menos de 20% y de 20% a 50% de cobertura del PSF presentaron disminución media anual de 7,95% y 13,47%, respectivamente, y las de 50% a 70% y de más de 70%, 15,45% y 19,04%, respectivamente. Se constató que la proporción de defunciones de menores de 1 año de edad por causas mal definidas tuvo una reducción relativamente mayor en los estratos con mayor cobertura del PSF. Esa fue también la tendencia de la tasa de mortalidad infantil posneonatal y la tasa de hospitalizaciones por accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca congestiva entre la población de 40 años y más.

Una tesis doctoral en la que se evaluó el impacto de políticas públicas organizadas en torno a intervenciones familiares y comunitarias analizó el impacto del PSF en la mortalidad, el trabajo infantil, la asistencia escolar y la oferta de trabajo adulto. Se compararon municipios que tenían y que no tenían PSF. En las regiones Norte y Noreste, los municipios que habían tenido PSF por tres años lograron reducir la tasa de mortalidad infantil en alrededor de 1,81 por 1.000 nacidos vivos más que los municipios que no contaban con el programa. Es decir, solo por participar del PSF, un municipio con una mortalidad infantil igual a la media brasileña en 1993 (27 por 1.000 nacidos vivos) habría disminuido la tasa de mortalidad infantil, en promedio, 6,7% más que un municipio que no estuviera en el programa. Además, cuanto más largo el período de participación del municipio en el programa, mayor sería ese efecto. Así, se estima que la reducción podría haber sido de 20,0% en un municipio que hubiera participado del PSF durante ocho años. En cuanto a la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad, en los municipios que participaron tres años en el PSF se logró una reducción de 0,07 por 1.000 nacidos vivos más que en los municipios que no eran parte del programa, vale decir, una reducción de 6,2% de la tasa de mortalidad en un municipio con una tasa de mortalidad en la niñez igual a la media brasileña en 1993. Esa reducción podría haber sido de 22,1% si el municipio hubiera estado en el programa durante ocho años. Se observa que el efecto del PSF en la mortalidad infantil y la de la niñez aumentó con la duración del programa.

El efecto del PSF en la tasa de mortalidad de los adultos también fue importante, ya que en los municipios que participaron en el programa por tres años, esa tasa se redujo 0,11 por 1.000 habitantes, equivalente a una reducción de 3,25% en los municipios que estuvieron tres años en el programa. La reducción de la tasa de mortalidad en los municipios que participaron en el programa durante ocho años llegó a 11,24%.

Por otra parte, el PSF no cambió la situación del trabajo infantil, aunque sí afectó la asistencia escolar de manera significativa. Un niño de un municipio que participara por cuatro años en el PSF tendría 2,1% más posibilidades de asistir a la escuela que un niño de un municipio sin ese programa. Asimismo, un niño de un municipio con ocho años de participación en el PSF tenía 4,5% más posibilidades de asistir a la escuela. En cuanto al impacto del PSF en la oferta de trabajo y el empleo de los adultos, se constató un efecto positivo y significativo en ambos casos. Así, una persona de un municipio que había participado en el PSF por cinco años tenía 5,6% más probabilidades de estar empleada, proporción que aumentaba a 6,8% en los municipios con ocho años de participación en el programa ⁽²⁰⁰⁾.

En estudios de caso sobre el PSF realizados en cuatro municipios brasileños (Araçaju, Belo Horizonte, Florianópolis y Vitória) mediante entrevistas semiestructuradas a gestores de salud y encuestas a profesionales de salud y familias registradas, los

resultados mostraron que era en el PSF donde se producía, principalmente, el primer contacto con los servicios de salud y a partir de allí se estructuraba el acceso a los servicios especializados. Entre médicos y enfermeros de familia, la proporción de opiniones concordantes con la afirmación “cuando necesita atención médica, la población busca primero la unidad de salud de la familia” fue de 92,6% en Aracaju, 89,1% en Belo Horizonte, 87,8% en Florianópolis y 83,5% en Vitória ⁽²⁰¹⁾.

Mediante la Encuesta Nacional de Muestreo por Domicilios (PNAD) 2008 sobre salud se investigó el PSF en Brasil ⁽²⁰²⁾. En los 57,6 millones de domicilios brasileños residían 189,5 millones de personas, mientras que en los 27,5 millones de domicilios registrados en el PSF vivían 96,5 millones de personas o 50,9% de la población total. Del total de 27,5 millones de domicilios, 47,7% declararon estar registrados en el PSF. Se observó que cuanto más alto era el ingreso mensual per cápita del domicilio menor era la proporción de domicilios registrados en el PSF. Entre aquellos con ingresos de hasta dos salarios mínimos, 54,0% estaban registrados, mientras entre los hogares con ingresos de más de cinco salarios mínimos, 16,3% señalaron que participaban en el PSF; estos números muestran que el programa está llegando a los más pobres. Entre los domicilios en los que la persona encuestada no tenía instrucción o tenía menos de un año de estudios, 63,8% estaban registrados en el PSF. En el caso de los domicilios en los que el encuestado tenía 11 o más años de estudios, ese porcentaje fue 33,5%. El estudio constató que 77,2% de la población con ingreso mensual de hasta un cuarto del salario mínimo utilizaba centros o puestos de salud que, en su mayoría, funcionan con equipos del PSF. Ese porcentaje bajó a 67,1% en la población con ingresos equivalentes a 0,5 hasta 1 salario mínimo; a 50,4% entre la población con ingresos de 1 a 2 salarios mínimos, y a 4,8% entre la población con más de 5 salarios mínimos. Los datos de la PNAD 2008, analizados según la cobertura del PSF por años de escolaridad de los usuarios, mostraron que esa cobertura es más alta que la de otros servicios en los grupos de menos escolaridad: de 40% a 29% en el grupo con menos de 3 años de escolaridad y de 26% a 22% en el grupo con 4 a 7 años de escolaridad. El equilibrio solo se alcanza en el grupo con 8 a 10 años de escolaridad, a partir de donde predomina el acceso a otros servicios que no son parte del PSF. Esos datos confirman que el PSF llega a la población brasileña con menos escolaridad.

Una evaluación econométrica de los efectos del PSF en la mortalidad infantil en el estado de Ceará indicó que con ese programa disminuye la tasa de mortalidad infantil, es decir, el programa disminuyó esa tasa, en promedio, -4,3 por 1.000 nacidos vivos. Esa disminución es estadísticamente significativa. Desde el punto de vista de la evaluación económica, suponiendo que la tasa de descuento empleada y la tasa de crecimiento del ingreso individual futura sean de la misma magnitud, de forma que se anulen, según el análisis de los índices empleados, el programa parece viable desde el punto de vista económico ⁽²⁰³⁾.

En un estudio que tuvo por objeto determinar el impacto del PSF en la mortalidad infantil en 721 municipios brasileños en el período de 1996 a 2004⁽²⁰⁴⁾, los municipios se clasificaron en cuatro categorías según la cobertura del PSF: incipiente o menos de 30% de la población; intermedia o de 30,0% a 69,9% de la población; igual a o mayor de 70% de la población y menos de cuatro años de duración, y cobertura consolidada de más de 70% de la población y duración de cuatro o más años. La cobertura del PSF pasó de 1% de los municipios en 1996 a 80% en 2004. Asimismo, el aumento de la cobertura intermedia fue de 0,1% a 39,3%; la tasa de mortalidad infantil bajó de 26,6 a 16,1 por 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil disminuyó 16% en los municipios de cobertura incipiente, 23% en los de cobertura intermedia y 22% en los de cobertura consolidada en el mismo período. El PSF tuvo mayor efecto en la mortalidad posneonatal que en la neonatal y en los municipios con altas tasas de mortalidad infantil y con bajo índice de desarrollo humano. Algunos procesos críticos para mejorar las tasas de mortalidad infantil aumentaron con la implantación del PSF, como el número de consultas médicas por habitante, el porcentaje de mujeres con una o más consultas prenatales y la cobertura de vacunación contra la poliomielitis, el sarampión y la difteria.

Otro estudio tuvo por objeto determinar el impacto del PSF en la mortalidad de niños menores de 5 años de edad en municipios brasileños en el período de 2000 a 2006. Para el análisis, se clasificaron las causas de muerte en mal definidas y otras⁽²⁰⁵⁾. Los municipios se dividieron en las siguientes categorías: sin cobertura del PSF; con cobertura baja o menos de 30% de la población; con cobertura intermedia, de 30,0% a 69,9% de la población, y con cobertura alta, igual o más de 70,0%. En el período estudiado, la mortalidad de menores de 5 años de edad disminuyó de 24,7 a 19,3 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad por causas mal definidas, de 2,1 a 0,4 por 1.000 nacidos vivos. El número de municipios sin PSF disminuyó de 2.483 en 2000 a 367 en 2006; al mismo tiempo, los municipios con alta cobertura (igual o más de 70%) aumentaron de 851 a 3.432. Los resultados del estudio mostraron que el PSF había logrado mejorar la calidad de la información sobre las causas de defunción y reducir el número de muertes por causas mal definidas, lo que refuerza los resultados de otros estudios^(206, 207, 208).

En un análisis del efecto del PSF en la mortalidad de niños menores de 5 años de edad, especialmente por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, se clasificaron 2.601 municipios brasileños según la cobertura del programa en el período de 2000 a 2005: baja cobertura (menos de 30% de la población), intermedia (de 30% a 70%) y alta (más de 70% de la población). Los resultados mostraron una asociación significativa entre la cobertura del PSF y la reducción de la mortalidad infantil. En el período estudiado, la mortalidad de niños menores de 5 años de edad bajó de 22,6 a 18,1 por 1.000 nacidos vivos. Las muertes por enfermedades

diarreicas disminuyeron 43% y las causadas por enfermedades respiratorias, 31%. Las reducciones fueron de 4% en los municipios con baja cobertura, 9% en los de cobertura intermedia y 13% en los de alta cobertura ⁽²⁰⁹⁾.

Durante el período de 1998 a 2004, en Minas Gerais se estudiaron las hospitalizaciones por afecciones que pueden tratarse ambulatoriamente. En esos años, la cobertura promedio del PSF en ese estado subió de 13,8% a 51,6% y las hospitalizaciones evitables o innecesarias disminuyeron 12,6%. Al estratificar por edad, esa reducción fue como sigue: en el grupo de 5 a 14 años de edad, 21,8%; menores de 1 año de edad, 19,3%; 25 a 34 años de edad, 17,7%; 45 a 54 años de edad, 17,0%; 55 a 64 años, 14,3%; 15 a 24 años, 8,9%, y 65 años o más, 8,6%. Parte sustancial de la reducción se dio en relación con la neumonía y la gastroenteritis ⁽²¹⁰⁾.

Datos de Minas Gerais sobre eventos de salud que se pueden tratar en la APS mostraron reducciones significativas del número de hospitalizaciones en el período de 2007 a 2010, en el que la APS ganó prioridad en las políticas de salud del estado. Las hospitalizaciones de menores de 5 años de edad por deshidratación disminuyeron de 6.810 en 2007 a 2.560 en 2010, equivalente a 62,4%; por neumonía, de 12.426 en 2007 a 6.378 en 2010 o 48,7%. En el mismo período, el número de nacidos vivos con menos de 2.500 gramos de peso bajó de 21.365 a 12.435 o una reducción de 41,8% y las defunciones de menores de un año por infecciones respiratorias agudas pasaron de 613 en 2007 a 158 en 2010, equivalente a una reducción de 74,2% ⁽²¹¹⁾.

Otro estudio de hospitalizaciones por enfermedades crónicas que podrían atenderse ambulatoriamente en Brasil abarcó el período de 1999 a 2007 y en él se trató de asociar esas hospitalizaciones con el PSF. En ese período, el número de hospitalizaciones disminuyó 14% entre los hombres y 7% entre las mujeres. Esa reducción se asoció con quintiles de cobertura poblacional del PSF. En los municipios en el quintil más alto de cobertura (quinto) del PSF hubo 13% menos hospitalizaciones que en los municipios en el quintil de menor cobertura del PSF (quintil 1). El alto grado de cobertura del PSF se asoció con una reducción de 23% de las hospitalizaciones por asma. En casos de accidente cerebrovascular y otras enfermedades cardíacas, la disminución del número de hospitalizaciones fue menor, aunque significativa ⁽²¹²⁾.

En el municipio de Belo Horizonte, en un estudio realizado después de la implementación del PSF en gran escala, se analizaron las hospitalizaciones por condiciones afectas a la atención ambulatoria. En un período de cuatro años, el número de hospitalizaciones por esas condiciones disminuyó 17,9%; sin embargo, el número de hospitalizaciones por afecciones que no se prestan para la atención ambulatoria bajó solo 8,3%. El número de hospitalizaciones por las primeras condiciones disminuyó

22% entre las mujeres residentes en zonas de alta vulnerabilidad social, mientras que fue de solo 9% en las zonas de baja vulnerabilidad social ⁽²¹³⁾.

Hay análisis ecológicos que sugieren que el PSF, a ocho años de su introducción, puede haber reducido en 8% la mortalidad de los adultos en Brasil y que el PSF como estrategia puede estar asociado a una mortalidad por enfermedades cardiovasculares más baja ⁽²¹⁴⁾.

En un estudio realizado en Porto Alegre, se comparó la satisfacción de los usuarios según los puntajes alto y bajo de la APS medidos por el PCATool al que se añadió un cuestionario aplicado en la última consulta. Los resultados mostraron diferencias significativas en las 12 variables que indican satisfacción con la atención: en la APS, el grado de satisfacción llegó a 95,6% en las APS de puntaje alto y a 73,5% en las de puntaje bajo ⁽²¹⁵⁾.

En Belo Horizonte se llevó a cabo una investigación con el fin de monitorear el desempeño del PSF, sus resultados y la satisfacción de los usuarios con el Programa. Se midieron seis atributos de la APS mediante una encuesta que se aplicó a 512 equipos de salud de la familia. Se obtuvieron los siguientes porcentajes de satisfacción en relación a los atributos definidos: 86,6% para integridad; 86,0% para orientación comunitaria; 84,9% para primer contacto; 78,4% para orientación familiar; 75,2% para longitudinalidad, y 61,4% para coordinación de la atención ⁽²¹⁶⁾.

En un estudio comparativo de trabajadores comunitarios en salud y su impacto positivo en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la experiencia brasileña con agentes comunitarios de salud alcanzó el mejor resultado de ocho países de tres regiones del mundo ⁽²¹⁷⁾ y obtuvo 34 puntos de un total de 36. Existen estudios que muestran que el PSF tuvo un efecto positivo en la equidad al estar orientado hacia la población más pobre ^(218, 219, 220).

Un análisis de los datos de la PNAD/2008 generó resultados importantes sobre el PSF en relación a sus atributos y la equidad ⁽²²¹⁾. Para ese análisis, la población brasileña se dividió en tres segmentos de demanda: SUS con PSF, 42,2% de cobertura, SUS sin PSF, 31,9% de cobertura y seguros privados de salud, 25,9% de cobertura. El ingreso familiar per cápita de cada segmento fue de R\$ 326,00 para el primero, \$458,00 para el segundo y \$1.396,00 para el tercero. La cobertura de la población analfabeta fue de 23,5% en el SUS con PSF, 17,1% en el SUS sin PSF y 8,6% con seguros privados de salud. El porcentaje de cobertura de los trabajadores agrícolas fue de 25,4% por el SUS con PSF, 14,8% por el SUS sin PSF y 3,1% por seguros privados de salud. Esos datos indican que el SUS con PSF tiene a su cargo la población socioeconómicamente más vulnerable. En cuanto al indicador de acceso al uso regular de los servicios, se

constató que este fue de 76,0% en el SUS con PSF, 66,0% en el SUS sin PSF y 77,2% cuando se disponía de seguros privados de salud. Por lo tanto, el acceso al SUS con PSF es muy similar al que obtienen los beneficiarios de seguros privados de salud y mucho más alto que el del SUS sin PSF. Con respecto a la función de puerta de entrada, los resultados fueron: SUS con PSF, 77,6% con entrada en puestos o centros de salud; SUS sin PSF, 66,7% con entrada en puestos o centros de salud; seguros privados de salud, 67,3% en consultorios o clínicas, que la mayoría de las veces no son de atención primaria, sino especializada. En consecuencia, se puede concluir que el SUS con PSF es superior en el atributo de puerta de entrada a la APS. La tasa de consultas médicas por cada 100 habitantes fue 64,4 en el SUS con PSF, 61,8 en el SUS sin PSF y 80,4 entre la población cubierta por seguros privados de salud. La frecuencia de hospitalizaciones fue de 7,3% en el SUS con PSF, 6,0% en el SUS sin PSF y 8,2% entre la población con seguro privado de salud. Se observa aquí también que la tasa de hospitalización fue más alta en el SUS con PSF que en el SUS sin PSF y que las primeras estuvieron próximas a las de la población con seguro privado de salud.

En el mismo análisis, el porcentaje de consultas médicas con prescripción de medicamentos fue de 61,8% en el SUS con PSF, 36,3% en el SUS sin PSF y 13,4% entre los participantes de seguros privados de salud. El acceso a todos los medicamentos recetados en consulta médica fue de 43,2% en el SUS con PSF, 36,3% en el SUS sin PSF y 13,4% entre quienes tenían seguros privados de salud. Esos datos mostraron que el mayor acceso a todos los medicamentos se dio en el SUS con PSF. El pago por el uso de servicios en el SUS con PSF provino en 86,0% del SUS y 13,5% de desembolso directo; en el SUS sin PSF, 79,3% financiado por el SUS y 19,1% por desembolso directo, y en los seguros privados de salud, 74,4% el propio seguro, 12,2% desembolso directo y 13,5% del SUS. El pago por desembolso directo es muy desfavorable y genera inequidad y en este análisis se constató que tal desembolso es más bajo en el SUS con PSF que en el sin PSF. Además, se observó que 13,5% de los beneficiarios de seguros privados de salud recibieron sus servicios costeados por el SUS, el mismo porcentaje que los usuarios del SUS con PSF que efectuaron pagos por desembolso directo. Los resultados de la PNAD/2008 muestran que el SUS con PSF es mejor que el SUS sin PSF en todas las variables analizadas. Revelan, además, que el caos del SUS, en general, y el fracaso del PSF, en particular, que han tenido resonancia en los medios de comunicación, están lejos de ser reales cuando se analizan rigurosamente a partir de estudios con base en muestra domiciliaria.

Un estudio comparativo de las PNAD de 1998 y 2008 en Minas Gerais puso de manifiesto que el acceso a consultas médicas anuales en el SUS había aumentado significativamente en el período, en ambos sexos. La probabilidad de que un niño menor de 1 año de edad tuviera acceso a una consulta médica anual era 90%. Cuando se comparó el acceso a la consulta médica anual entre la población servida

por el SUS y la que cuenta con seguro privado, se observó que, a pesar de que la probabilidad de consultar al médico era menor en la primera, el análisis temporal revelaba un aumento del acceso entre la población del SUS que era mucho más expresivo de esa probabilidad entre los individuos del primer grupo que en los del segundo. El acceso a la consulta médica entre los niños de 0 a 5 años de edad y de los adultos de más de 50 años de edad se estaba aproximando al del grupo con seguro privado. Todo lo anterior se debe principalmente a la ampliación del PSF en el estado de Minas Gerais en el período analizado ⁽²²²⁾.

Los resultados indiscutiblemente positivos del PSF han obtenido reconocimiento nacional e internacional. En el plano nacional, el PSF quedó en primer lugar en el 15° Concurso de Innovaciones de la Gestión Pública Federal realizado en 2011 en el que compitieron más de 140 políticas públicas y fue promovido por la Escuela Nacional de Administración Pública y el Ministerio de Planificación, Presupuesto y Gestión de Brasil.

En el plano internacional, un editorial de *British Medical Journal* de noviembre de 2010 señaló que *“El Programa de Salud de la Familia es probablemente el ejemplo mundial más impresionante de un sistema de atención primaria integral, de rápido crecimiento y costo-eficaz... El potencial de las reformas sanitarias de Brasil y, específicamente, del Programa de Salud de la Familia, para proveer atención de salud a un costo accesible fue mencionado hace 15 o más años en British Medical Journal. En muchos aspectos, esa promesa se cumplió con creces, pero la historia del éxito de la atención primaria de salud en Brasil continúa siendo poco comprendida y poco difundida e interpretada en otros entornos. Países con ingresos altos podrían aprender cómo ese programa cambió la interacción con las enfermedades crónicas, con la demanda de servicios de atención terciaria y con la promoción de la salud... En muchos aspectos Brasil tuvo éxito: un programa de atención primaria costo-eficaz y de gran escala que aborda cuestiones de salud pública típicas de países de bajos ingresos y de aquellos en transición epidemiológica, pero también pertinente para países de ingresos altos. La ascensión política y económica de Brasil en el mundo debe abarcar su función de líder en la atención primaria de salud. Todos tenemos mucho que aprender. Hagan el sistema funcionar correctamente y los resultados vendrán, incluso con recursos limitados. Históricamente, quienes formulan políticas de salud en el Reino Unido han dirigido su mirada a los Estados Unidos de América en busca de ejemplos innovadores en la prestación de atención de salud, a pesar de sus resultados relativamente precarios y de los altos costos. Ellos podrían aprender mucho de Brasil.”* ⁽²²³⁾ Lo triste es que ese editorial se aplicaría a muchos brasileños que no ven o no quieren ver la grandeza del PSF.

Después de analizar varios estudios evaluativos del PSF en Brasil, Macinko ⁽²²⁴⁾ considera que la estrategia influye positivamente en el acceso a los servicios y su utilización y que ha tenido impacto en la salud de los brasileños. La evidencia anali-

zada mostró una reducción de la mortalidad infantil y la de niños menores de 5 años de edad; disminución de la morbilidad; mejoramiento del acceso y la utilización de los servicios y de la satisfacción con los servicios recibidos; orientación en favor de los pobres; mejoramiento del desempeño del SUS; establecimiento de grupos de investigadores excelentes en varias partes del país, y contribución a la práctica, la ciencia, las políticas internacionales y el resurgimiento del interés mundial en la APS.

La evidencia generada por las evaluaciones descritas anteriormente realizadas en diferentes regiones de Brasil indica claramente que los resultados del PSF son muy positivos y superiores a los del modelo tradicional, a pesar de que, generalmente, el PSF sirve a una población de mayor vulnerabilidad social. Eso se debe a que el PSF organiza procesos y tiene impacto significativo en la salud de la población y en otras políticas, como las de educación y empleo. Por otra parte, las evaluaciones comparativas que utilizaron el PCATool muestran que el PSF, como forma de organización de la APS, es superior al modelo tradicional.

La evidencia indica, asimismo, que el PSF ha sido una experiencia exitosa y que algunas de las opciones propuestas que promueven los modelos tradicionales de APS podrían provocar un retroceso peligroso en el SUS.

PROBLEMAS DEL PSF Y AGOTAMIENTO DEL CICLO DE ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

La lectura equivocada del fracaso del PSF merece interpretarse mejor, ya que ella se deriva de la persistencia de problemas que no fueron superados en la estructuración de esa política de APS. La constancia de esos problemas hizo que, de alguna forma, ellos se hicieran crónicos a lo largo de la existencia del PSF y llevó al agotamiento del ciclo de la atención básica de salud.

El PSF no fracasó, pero el ciclo de la atención básica de salud, en el cual nació y creció el Programa, se agotó. La salida no está en retroceder, sino en avanzar y radicalizar el PSF para transformarlo, de hecho, en una estrategia de salud de la familia, más allá del cambio semántico que ya se realizó. Para ello, es imprescindible diagnosticar los diversos problemas que limitan el desarrollo del PSF existente y superarlos.

LA CUESTIÓN IDEOLÓGICA

De cierta forma, las condiciones impuestas al desarrollo del PSF lo hacen funcionar como un programa que combina elementos de la atención primaria selectiva y de la APS como primer nivel de atención del SUS.

La expresión atención básica connota esa visión ideológica de un programa de atención primaria selectiva junto con la de un primer nivel de atención del SUS. El discurso oficial de la APS como estrategia está lejos de consolidarse en la práctica institucional, porque no se le dieron las condiciones materiales ni simbólicas para ello. En muchas situaciones persiste el concepto de APS como atención de baja densidad tecnológica que se presta en regiones y a personas pobres. En otras partes, el PSF se ve como una puerta de entrada, que se limita a dar servicios de salud fuertemente orientados a atender la demanda espontánea.

Este asunto ideológico es fundamental y sirve de telón de fondo a una buena parte de los problemas que afronta el PSF en Brasil.

BAJA VALORACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DEL PSF E INSTITUCIONALIZACIÓN INCIPIENTE

En gran parte, la baja valoración política, económica y social del PSF surge de la cuestión ideológica, pero también se ha mostrado que proviene del poco valor económico agregado de la APS para actores sociales importantes del campo de la salud, como son las industrias farmacéutica y de equipos biomédicos, los prestadores de servicios de mayor prestigio y los formadores de opinión. A eso se suma que el PSF tiene poco valor simbólico para políticos, gestores y la propia población, cuya percepción, captada en encuestas de opinión, está asociada fundamentalmente a una atención médica especializada y rápida. Otro problema de valoración se ubica en el terreno corporativo, en el que los profesionales del PSF no se valorizan siempre igual que los especialistas. Los grandes medios de difusión, muy concentrados en las megalópolis de Brasil, suelen absorber y transmitir esa apreciación de la APS a la población en general.

Para el Consejo Nacional de Secretarios de Salud, ese poco valor de la APS se manifiesta de diversas maneras: la baja demanda de residencias médicas en salud de la familia; caracterización cotidiana de la APS por diferentes actores sociales como “puestito de salud” y la incomprensión de los usuarios del SUS de que ese espacio de atención primaria es fundamental para orientarlos en la maraña de servicios y tecnologías de salud de mayor densidad ⁽²²⁵⁾.

Esa baja valoración se acompaña de un grado de institucionalización del PSF también escasa, que se manifiesta en diferentes espacios de la sociedad, como el político, el del sistema de atención de salud, el educacional, el corporativo y el de la representación social ⁽⁶⁰⁾.

FRAGILIDAD INSTITUCIONAL

La APS, en general, y el PSF, en particular, se presentan en las organizaciones de salud del SUS con gran fragilidad. Eso sucede en todos los ámbitos del sistema, léase Ministerio de Salud, secretarías de salud de los estados y secretarías municipales de salud, en los que la coordinación de la APS se sitúa jerárquicamente distante del poder de decisión estratégico de esas instituciones. Generalmente, en las diferentes organizaciones del SUS, el lugar institucional de la APS tiene poco poder. En el Ministerio de Salud, la APS es parte de la Secretaría de Asistencia a la Salud, que tiene también a su cargo la atención secundaria y terciaria de salud, que disponen de más recursos y de mayor visibilidad política y social. En las secretarías de salud de los estados, la APS generalmente se organiza en coordinaciones o gerencias localizadas en el cuarto o quinto escalón jerárquico-administrativo. Los municipios tienden a reproducir la organización del Ministerio de Salud y de las secretarías de salud de los estados.

INSUFICIENCIA DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA

El PSF funciona principalmente en unidades que no cuentan con infraestructura apropiada. Del total de unidades de APS del SUS, 75% no tienen condiciones mínimas de infraestructura y 18% están instaladas en casas alquiladas ⁽²²⁶⁾. Aquí, la visión de la atención primaria selectiva es muy fuerte, ya que genera en todo el país “puestitos de salud” sin las mínimas condiciones para organizar una APS de calidad. En una de las capitales de estado del país, las unidades de PSF se ubican en un espacio físico de un poco más de 30 m², a las que la población llama “casitas”.

Esa carencia de infraestructura puede observarse en todo Brasil. Incluso cuando se consultan los modelos oficiales para las unidades del PSF, se observa que ellos distan de una visión contemporánea de APS resolutive y de calidad, capaz de ejercer sus funciones.

BAJA DENSIDAD TECNOLÓGICA

La concepción vigente en la normativa del SUS es de un sistema jerárquico, piramidal, conformado según la complejidad relativa de cada nivel, ya sea atención básica o de mediana o alta complejidad. Esa visión es completamente equivocada, porque no es cierto que la APS sea menos compleja que la atención denominada de mediana y alta complejidad. Es en la APS donde deben atenderse más de 85% de los problemas más comunes de salud; es allí donde se sitúa la clínica más amplia y donde se deberían ofrecer, de preferencia, tecnologías de alta complejidad, como las relativas al cambio de comportamiento y estilo de vida relacionados con la salud:

abandono del hábito de fumar, adopción de comportamientos de alimentación saludable y de actividad física y otros. Esa concepción distorsionada de complejidad lleva consciente o inconscientemente a políticos, gestores, profesionales de salud y la población a sobrevalorar material y simbólicamente las prácticas de los niveles de “mediana y alta complejidad” y, como consecuencia, a una banalización de la APS.

Por lo general, el PSF funciona con baja densidad tecnológica, lo que es incompatible con las funciones de una APS de calidad y se puede constatar tanto en relación con las tecnologías cognitivas, como en las más duras. En el aspecto tecnológico y desde el punto de vista de la disponibilidad de equipo, menos de 3% de las unidades tienen todo lo que se requiere para dar atención a los adultos; menos de 20% los tienen para atender a los niños; cerca de 50%, para la atención prenatal, y 0,7%, para la atención odontológica ⁽²²⁶⁾. Las tecnologías que no requieren mucho equipo pero son de por sí complejas, como las que se asocian al autocuidado apoyado, no se ofrecen corrientemente en el PSF.

La cartera de servicios del PSF es limitada y una buena parte de los procedimientos que se definen como de “mediana complejidad”, en realidad corresponden a instrumentos esenciales de una buena APS. Eso no significa que deben ofrecerse necesariamente tales procedimientos en cada unidad, sino que ellos deben ser parte del trabajo cotidiano de la atención primaria de acceso inmediato a la población. Por ejemplo, el electrocardiograma es un examen fundamental de la APS, pero puede hacerse en las unidades del PSF o por un sistema de teleasistencia.

DEBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

Asociada a la baja densidad tecnológica se encuentra la fragilidad de los sistemas de apoyo diagnóstico en el PSF. Es el caso del sistema de patología clínica del SUS, cuya situación es casi caótica; en ella se mezclan ineficiencia, mala calidad, dificultad de acceso para los usuarios, redundancia y demora en la devolución de los resultados. No se puede ni siquiera hablar, en ese caso, de financiamiento escaso del sistema, porque se podría hacer mucho más con los recursos disponibles, que suman alrededor de R\$ 1,5 mil millones anuales.

Si bien es cierto que las debilidades del sistema de patología clínica trascienden el PSF, también es cierto que repercuten de forma acentuada en ese Programa. Los problemas más comunes del PSF son: insuficiencia de la cartera de exámenes (por ejemplo, en muchas unidades no se ofrece corrientemente el examen de hemoglobina glucosilada, que es fundamental para el control de la diabetes); ausencia de protocolos clínicos para los exámenes corrientes; oferta insuficiente, en cantidad y calidad, de toma de muestras en la unidad de atención; mala calidad del transporte

de muestras; ineficiencia y mala calidad del procesamiento de los exámenes (muy pocos laboratorios funcionan de acuerdo con las normas de la Sociedad Brasileña de Análisis Clínicos); demora en la entrega de los resultados de exámenes, que puede ser de más de dos semanas antes de llegar al profesional que los solicitó, y gran número de exámenes realizados cuyos resultados no llegan a los médicos que los solicitaron.

Los problemas del sistema de patología clínica afectan todas las etapas del proceso de asistencia de laboratorio. La indicación y solicitud de exámenes se realizan de forma inadecuada, muchas veces sin base en evidencia; la preparación de los usuarios es insuficiente; la toma, el almacenamiento y el transporte de muestras son precarios; el análisis propiamente tal tiene problemas graves de eficiencia y calidad, y la fase posanalítica presenta problemas de interpretación y liberación de los resultados.

El caso de Minas Gerais es representativo de la desorganización del sistema de patología clínica del SUS. En 2005, se llevaron a cabo 31 millones de exámenes de patología clínica a un costo de R\$ 125 millones, que no incluyen los gastos directos de los municipios y consorcios intermunicipales, que son muy significativos. Ese costo anual llegó a \$205 millones en 2010. Había 1.600 laboratorios acreditados y, consecuentemente, cada laboratorio tenía un promedio de población cubierta de menos de 10.000 personas; en promedio, el número de exámenes realizados por laboratorio fue de 19.459 anuales, que es bajo en funcionamiento eficiente y de calidad. La mitad de los exámenes correspondía a glicemia, hemograma y orina, lo que refleja problemas graves en las fases de indicación y solicitud de exámenes. Menos de 1% de los laboratorios acreditados trabajaba con los estándares de calidad de la Sociedad Brasileña de Patología Clínica y, por lo tanto, no contaban con control de calidad interno ni externo ⁽²²⁷⁾. Un estudio anterior sobre el sistema de patología clínica de la microrregión de Alto Rio Grande centrado en la APS mostró que 85% de los exámenes tenían resultados normales o negativos, que los resultados demoraban más de 20 días en llegar a las unidades solicitantes y que más de 50% no llegaban a los médicos que los habían solicitado ⁽²²⁸⁾. Un diagnóstico elaborado por el Departamento de Propedéutica Complementaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) en la misma microrregión, que también estudió el sistema de patología clínica de las unidades de APS, reveló la siguiente situación: función meramente asistencial de los laboratorios; procesamiento manual de los exámenes; bajísima productividad; tiempo de espera de resultados muy largo; cualificación de los profesionales deficiente; laboratorios sin certificación; control de calidad precario; ausencia de indicadores de desempeño de los servicios; subcontratación de servicios de laboratorios de mayor tamaño; transformación de laboratorios en puestos de toma de muestras; bajo número y mala calidad de la toma de muestras en las unidades de APS, y logística precaria en relación con las muestras ⁽²²⁹⁾. Es necesario tener claro que más de 60% de los problemas relativos a los exámenes de patología clínica se presentan en la fase preanalítica.

Un estudio con datos de 2010 mostró que esa situación había cambiado poco; para superarla, se propuso una política del estado en apoyo al diagnóstico clínico ⁽²³⁰⁾.

CARENCIA DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

Los sistemas de atención de salud que estructuraron la APS con base en la consulta médica de corta duración fracasaron en su respuesta a las condiciones crónicas.

La solución de sentido común, incluida la que proponen los brasileños en la encuesta del Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ⁽¹⁷⁹⁾, es aumentar el número de médicos en la APS. Esta solución puede ser la necesaria en lugares donde la oferta de médicos es muy baja. No obstante, generalmente, la verdadera solución es conformar un equipo de trabajo multidisciplinario que distribuya las tareas según las ventajas comparativas de cada profesión de salud.

El PSF, a diferencia de otros modelos de medicina de familia de algunos países desarrollados, tiene una tradición de trabajo multiprofesional.

El PSF está estructurado con base en un equipo constituido por médico, enfermero, técnico o auxiliar de enfermería y agente comunitario de salud, además de personal de salud bucodental. Del total de equipos del PSF, 7,5% no cuentan con médico. Es más, 36,6% de los médicos, 30,7% de los odontólogos y 17,8% del personal de enfermería no cumple la carga horaria de 40 horas semanales. Entre los médicos, esa proporción pasó de 36,6% en 2001 a 38,4% en 2008 ⁽²²⁶⁾. Esos datos muestran que la flexibilidad de la carga horaria de los médicos, que es una de las propuestas más comunes que surgen en diferentes foros, ya existe en una proporción inaceptable. El enfermero divide su tiempo entre la gestión y la clínica, conforme se constató en Minas Gerais ⁽²³¹⁾. El censo de 2006 sobre la APS realizado en ese estado señaló que, de las 2.972 unidades de PSF existentes en el estado, menos de una decena de ellas contaba con asistentes sociales, farmacéuticos, fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos ⁽²³²⁾.

Sin embargo, la composición vigente de la planta de personal, fuertemente arraigada en el personal médico y de enfermería, es insuficiente para atender las condiciones crónicas en el PSF, ya que esas afecciones requieren otros profesionales como miembros orgánicos del equipo y no solamente como apoyo a ellos, como propone la política de los Núcleos de Apoyo de la Salud de la Familia (NASF). Esa política puede verse como una solución de transición que deberá evolucionar hacia el reforzamiento de los equipos del PSF con la incorporación de otros profesionales de nivel superior como miembros orgánicos de esos equipos.

DEBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Los sistemas de información clínica son esenciales para el funcionamiento del PSF, tanto en el manejo de las enfermedades agudas como de las condiciones crónicas. Las unidades del PSF carecen de sistemas automatizados para clasificar los riesgos individuales en situaciones de urgencia y mantener historias clínicas familiares.

Es imposible promover la atención adecuada de las personas con condiciones crónicas si no se cuenta con historias clínicas automatizadas. Además, la falta de historias clínicas familiares impide al PSF introducir la gestión de base poblacional y ejercer las funciones de coordinación de las redes de atención de la salud. Hay poca experiencia sólida de utilización de historias clínicas familiares en el país y en el PSF.

PROBLEMAS GERENCIALES

Desde el punto de vista gerencial, el PSF tiene varios problemas que es necesario resolver, entre ellos: la territorialización no siempre se lleva a cabo de forma adecuada; la gerencia responde a la oferta; el sistema regulatorio es débil; no existe la gestión de la clínica, y la cualificación profesional de los gestores es deficiente. Esta falta de preocupación por los problemas gerenciales del PSF surge de la ideología de la atención primaria selectiva, que oculta la complejidad de la gerencia de la atención primaria. Esa visión simplificada es parte de la banalización de la APS y, para solucionarla, es fundamental reconocer que la gestión del PSF es una tarea de alta complejidad.

Una unidad de PSF es una organización compleja, en la que se interrelacionan múltiples procesos laborales a cargo de equipos multiprofesionales. Constituye una organización profesional según la clásica tipología de Mintzberg, que la clasifica como gerencia de alto grado de dificultad ⁽²³³⁾. Se relaciona con una población adscrita, de la cual es responsable a lo largo de toda la RAS. Esa población tiene historias y culturas singulares, que la gerencia debe comprender en su quehacer cotidiano. El PSF constituye una organización intensiva en conocimiento, en la que los procesos se basan en el saber y la habilidad intelectual de sus profesionales, los que, a su vez, funcionan con alto grado de autonomía; las estructuras son horizontales; los equipos se desempeñan con flexibilidad e integradamente, y su coordinación requiere comunicación intensiva. Es más, la asimetría de la información es notable, por lo tanto, la relación con los usuarios se basa en la confianza y se sustenta en principios éticos. Esa organización singular y compleja exige procesos de gestión muy específicos, que faciliten los mecanismos de intercambio y la generación de conocimiento ^(234, 235). El PSF es una organización que se gerencia, pero en la propuesta de las RAS, también coordina la atención entre todos los sitios de atención de salud y los sistemas logísticos y de apoyo.

Generalmente, la programación se hace según la oferta de servicios y las necesidades de la población, de donde se derivan dos problemas principales: un proceso de territorialización que no siempre permite registrar y vincular a todas las familias de la jurisdicción de cada equipo del PSF, de manera que se conozca a cada persona de cada familia por estrato de riesgo. El segundo problema es que la utilización de instrumentos de programación de la oferta ignora las necesidades de salud de la población. La programación de la oferta se asienta fuertemente en parámetros contruidos a partir de series históricas que no tienen relación con las necesidades de salud de la población, sino con modelos de oferta de servicios, a su vez fuertemente presionados por intereses de los prestadores. Ese tipo de programación trae consigo otra distorsión, la de reproducir modelos inadecuados a lo largo de muchos años. Es el caso de la antigua Ordenanza 1.101, de 2002, que tiene su origen en el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS) ⁽²³⁶⁾.

El instrumento más importante de programación del SUS, la Programación Pactada e Integrada (PPI), consiste en un sistema de planificación de la oferta, que ignora la programación de la APS y de los recursos de los estados y municipios y, en la práctica, funciona como instrumento de macroasignación de recursos financieros para la atención secundaria y terciaria de la salud, es decir, los techos financieros.

Los contratos de gestión entre las secretarías municipales de salud son cruciales para la gerencia del PSF y los equipos de salud, porque permiten instaurar una gestión con base en resultados y el pago por desempeño. No obstante, esa práctica de gestión se utiliza poco en los municipios brasileños.

La falta de historias clínicas familiares automatizadas dificulta la programación y el monitoreo con base poblacional. El PSF no tiene las condiciones necesarias para ejercitar las funciones de regulación de los procedimientos programados en la atención secundaria y terciaria y, en consecuencia, no puede ser el centro de comunicación de las RAS.

Por otro lado, la gerencia se concentra casi exclusivamente en los recursos, ya sean estos humanos, materiales o financieros. En el SUS, la gerencia del PSF carece de los instrumentos que efectivamente hacen diferencia en las organizaciones de salud, como son las tecnologías de gestión de la clínica ⁽²¹⁾. Esas tecnologías derivadas de las directrices clínicas son muy complejas y no pueden implantarse sin una gerencia profesional que la conduzca. Además, el sistema gerencial está muy centrado en elementos estructurales y muy poco en la gestión de procesos y resultados.

El concepto de atención primaria selectiva y la poca institucionalización del PSF contaminan la dimensión gerencial de las unidades del PSF, una actividad bastante

compleja, especialmente cuando incluye la atención adecuada de las condiciones crónicas. Además, una unidad del PSF tiene bajo su responsabilidad un promedio de 3.500 personas, es decir, un contingente grande de usuarios a los que debe atender y cuya atención debe coordinar en otros puntos de las RAS. No obstante, en el SUS, una pequeña parte de las unidades del PSF dispone de gerencia profesional a tiempo completo. Solo 19,5% de las unidades cuentan con gerentes contratados exclusivamente para esa función, proporción que es de 5,1% en la región Centro-Oeste, 15,5% en la región Sur y 24,8% en las regiones Norte y Noreste ⁽²²⁶⁾.

Todo lo anterior produce una función gerencial que no se desarrolla profesionalmente o de la cual se adueña algún miembro del equipo, de forma improvisada, generalmente el personal de enfermería. En un estudio realizado en Minas Gerais se observó que la función gerencial del PSF es ejercida por enfermeros a los cuales absorbe la mitad de su carga de trabajo, que se resta de su tiempo de dedicación a su función clínica, que es esencial ⁽²³¹⁾.

FRAGILIDAD DEL CONTROL SOCIAL

Salvo algunas excepciones, el control social ejercido por los consejos locales de salud es inexistente o muy frágil. Incluso en los municipios donde existen tales consejos, su desempeño es ineficaz por falta de instrumentos eficaces de ejercicio del control público del PSF. Cuando tales instrumentos no existen, se lleva a cabo un control notarial sin que exista la capacidad real de incluir las necesidades y los intereses de la población adscrita a los equipos de salud de la familia en la gestión cotidiana del PSF.

La fragilidad de los consejos locales de salud repercute en las conferencias municipales de salud, que en muchos municipios no surgen del ámbito local, que es el que más reivindica las cuestiones del PSF. Incluso donde las conferencias locales existen aportan poco, porque la capacidad institucional de control público de los consejos locales de salud es baja.

PROBLEMAS EDUCACIONALES

Los problemas de la educación del personal de salud son graves y se manifiestan tanto entre los profesionales egresados como en el posgrado.

Los egresados de las escuelas de salud no reciben una formación que los capacite para ejercer las funciones de salud de la familia y la comunidad. Al contrario, dada la fuerza del paradigma flexneriano en esas escuelas, los alumnos tienen una formación centrada en la especialización. Esa puede ser una de las razones del predominio del

sistema de atención de salud fragmentado y centrado en las condiciones agudas. La forma en que se estructura ese sistema crea un ambiente que lleva a un programa de formación, también fragmentado, con muchas disciplinas disímiles y cuyo objeto son las unidades de atención de las afecciones agudas y la agudización de las crónicas, como los hospitales y los centros ambulatorios de especialidades médicas.

La educación de posgrado padece de muchos problemas, por ejemplo: la educación continuada es fragmentada, las estrategias educacionales son frágiles e ignoran los principios de la educación de adultos y la oferta de residencias, maestrías y doctorados en salud de la familia y la comunidad es baja. Es preocupante que de los médicos de familia que trabajan en más de 30.000 equipos del PSF menos de 10% hayan hecho su residencia en medicina de la familia y la comunidad.

En gran parte, los procesos de educación permanente de los miembros de los equipos del PSF se realizan en actividades de corta duración, basadas en intervenciones aisladas y puntuales, que utilizan metodología centrada en los profesores y con hincapié en la transmisión de conocimientos, en la que se separan las intervenciones educacionales del desempeño ⁽²³⁷⁾. Esas microintervenciones educacionales son ineficaces y tienen costos directos e indirectos altos, por el tiempo que constantemente sustrae del trabajo de los profesionales de las unidades del PSF.

PROBLEMAS EN LAS RELACIONES DE TRABAJO

La filosofía del PSF exige una fuerte profesionalización de los equipos de trabajo. Los profesionales deben tener dedicación completa; el trabajo en el PSF más que una opción laboral es una opción de vida. Por lo tanto, es importante crear un ambiente laboral adecuado, que conlleve, entre otras cosas, posibilidades de futuro con cierta estabilidad. Es decir, es fundamental que en el PSF haya planes de carrera.

La gran mayoría de los profesionales de nivel superior del PSF tienen vínculos laborales precarios, especialmente a través de contratos temporales, los que no solamente eliminan la estabilidad sino favorecen los despidos y contrataciones políticas y generan una enorme rotación del personal. En Brasil, se constató que 77,7% de los médicos y 46,7% de los enfermeros tenían vínculos precarios, sin garantía de sus derechos laborales ⁽²²⁶⁾. En Minas Gerais, un censo mostró que más de 70% de los médicos y enfermeros del PSF vinculados a municipios de menos de 500.000 habitantes se contratan temporalmente ⁽²³²⁾. Asimismo, 46,7% de los médicos y 50,5% de los enfermeros tienen menos de 2 años de trabajo en el municipio y 29,7% de los médicos y 29,2% de los enfermeros tienen menos de 1 año de trabajo ⁽²³²⁾. Esa situación se facilita con la precariedad de los vínculos laborales, que permiten a los municipios sustituir, a menudo, a casi todos los miembros de los equipos por razones

meramente políticas. Además, lleva a la inexistencia de un plan de cargos y salarios. En Brasil, 41,7% de los médicos y 35,4% de los enfermeros tienen trabajo por hasta 1 año y hay gran rotación profesional ⁽²²⁶⁾.

La remuneración mensual de los médicos de familia varía de 5 salarios mínimos para 23,5% de ese personal, 5 a 10 salarios mínimos en 16,2%, de 10 a 15 salarios mínimos en 33,8% y más de 15 salarios mínimos en 26,4% de los casos. Para el personal de enfermería, el ingreso es de 5 salarios mínimos en 32,0% de los casos, de 5 a 10 salarios mínimos en 63,4% y de más de 10 salarios mínimos en 4,4% de dicho personal ⁽²²⁶⁾.

El mercado de trabajo de los profesionales del PSF es totalmente desregulado, ya que un profesional puede negociar su salario con muchos municipios, lo cual permite que, por unos pocos cientos de reales, un profesional se transfiera de un municipio a otro.

FRAGILIDAD DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD

En gran parte, el PSF funciona con modelos de atención de salud distorsionados por el sistema fragmentado; tiene una fuerte orientación hacia las enfermedades y episodios agudos, pero incluso la atención de esas afecciones carece de un modelo de atención construido con base en evidencia científica o algún tipo de clasificación de riesgo.

Generalmente, las propuestas de redes de atención de urgencias no toman en cuenta en su totalidad la importancia fundamental del PSF como punto de atención de esas redes. Es la falta de capacidad resolutive de la APS en situaciones de urgencia la que en gran parte lleva a un buen número de personas que no se encuentran en situación de urgencia o tienen una situación moderadamente urgente a recurrir a establecimientos ambulatorios u hospitalarios con grandes equipamientos; estos usuarios contribuyen así a las colas y al hacinamiento de pacientes en los pasillos de esos servicios.

Por otra parte, hay una falta generalizada de reflexión acerca de los modelos de atención de las condiciones crónicas y su puesta en funcionamiento con base en evidencia científica, que sean proactivos, continuos e integrados y apliquen la estratificación de riesgos.

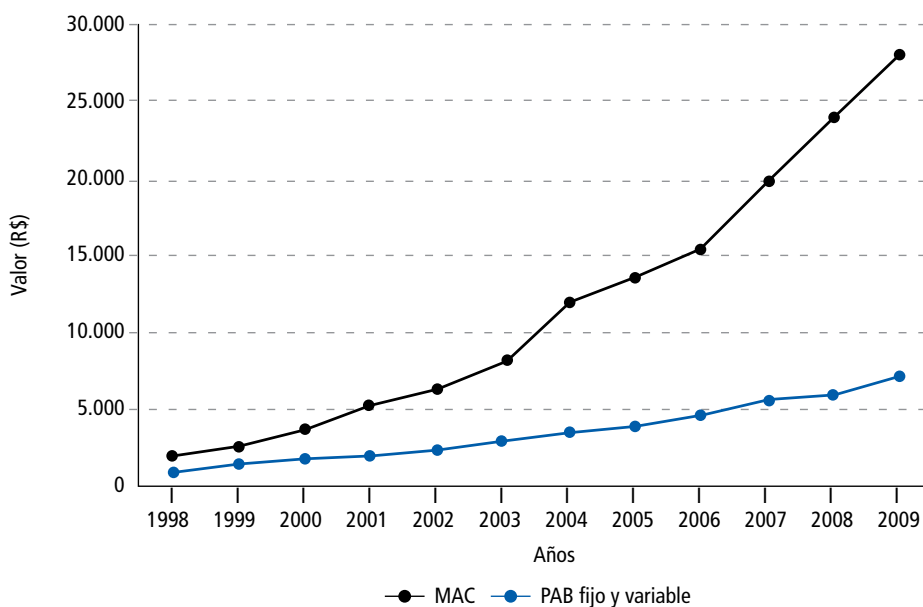
FINANCIAMIENTO INADECUADO

Una marca central del SUS es su problemático financiamiento y la ineficiencia e inequidad de la asignación y distribución de los recursos, ya que los fondos asignados al SUS son insuficientes para sustentar un sistema público universal. En 2008, el gasto público en salud fue 3,6% del PIB, que resulta del bajo gasto público en salud (44%) como proporción del gasto total en salud. En otros países que disponen de sistemas públicos universales, tal como lo prevé la Constitución brasileña, esa proporción es siempre de más de 70%. El gasto público per cápita en salud fue, en dólar medio, de US\$ 317,00 y, en dólar con paridad de poder adquisitivo, de US\$ 385,00. Es un valor muy bajo, incluso cuando se compara con países como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y México ⁽²³⁸⁾.

El financiamiento insuficiente del SUS se manifiesta en el PSF y está justificado por la visión ideológica de la atención primaria selectiva, en la que se propone una atención de bajos recursos para personas y regiones pobres.

La insuficiencia de recursos se da conjuntamente con la ineficiencia de su asignación; se genera así un desvío relativo del financiamiento hacia la atención secundaria y terciaria. La eficiencia de los sistemas de atención de salud depende de una asignación equilibrada de los recursos entre sus diversos componentes y el parámetro debe ser la eficacia en función de los costos. La opción de las RAS implica equilibrar las acciones y los gastos entre todos sus componentes para lograr la eficiencia en la asignación de recursos. En 2009, los gastos del Ministerio de Salud en acciones de “mediana y alta complejidad” fueron equivalentes a R\$ 25,5 mil millones o 40,3% del gasto total del Ministerio de Salud. Por otra parte, los gastos en APS fueron de \$8,5 mil millones o solo 13,5% del gasto anual total ⁽²³⁹⁾. Además, a lo largo de los últimos años, los gastos en APS (analizados mediante un indicador sustituto, los gastos en el piso de atención básica (PAB fijo y variable – que son más costo-eficaces) del Ministerio de Salud se han estado distanciando progresivamente de los del PAB en relación a los gastos en servicios de mediana y alta complejidad, conforme se ilustra en el gráfico 7. Eso demuestra la ineficiencia en la asignación de los recursos del Ministerio de Salud.

Gráfico 7: Evolución de los recursos invertidos por el Ministerio de Salud en servicios de mediana y alta complejidad y en el PAB fijo y variable, Brasil, por año, 1998 a 2009



Fuente: Dirección de Atención Básica/Ministerio de Salud ⁽²⁴⁰⁾

A lo largo del tiempo, los recursos del Ministerio de Salud para la APS perdieron su carácter de incentivo para desarrollar la atención primaria. Se estima que el PAB fijo de R\$ 12,00 por habitante/año establecido en septiembre de 1996, si fuera actualizado según el índice general de precios de mercado/Fundación Getulio Vargas (IGPM/FGV), correspondería a \$40,16, mucho más que los \$18,00 a \$23,00 vigentes en diciembre de 2010 ⁽²⁴¹⁾. La limitación de recursos federales obliga a los municipios a asumir los costos crecientes de la APS, ya que la contribución federal cubre menos de 25% de los gastos en los equipos del PSF. Se puede afirmar que prácticamente cesaron los efectos del incentivo del financiamiento federal para que los municipios adoptaran el PSF, lo que es muy grave.

Lo mismo ocurre con la falta de actualización, al menos según los índices de inflación, de los recursos transferidos por algunas secretarías de salud de los estados para financiar el PSF. El sistema de financiamiento es pernicioso y a lo largo del tiempo irá ejerciendo presión sobre los gastos municipales.

La ineficiencia en la asignación de recursos se manifiesta también en los estados. Los gastos de las secretarías de salud de los estados en APS generalmente son mucho menores, proporcionalmente, que los del Ministerio de Salud. En algunas secretarías, no cubren ni 5% de su presupuesto; asimismo en algunas secretarías de salud de los estados se ha adoptado la posición estratégica errada de que la atención primaria no constituye parte de sus funciones esenciales y que solo les corresponde ocuparse de la atención secundaria y terciaria.

Otro ejemplo típico de la ineficiencia en la asignación de recursos es el gasto público en salud en los municipios pequeños. El financiamiento de hospitales pequeños requiere un gasto fuerte de recursos municipales. Estos hospitales son la antítesis de una economía de escala, ya que son muy caros e ineficaces, además de que no ofrecen buena calidad de servicios. En 2001, 55,3% de las hospitalizaciones en establecimientos de 30 camas o menos en el SUS fueron por condiciones que podrían haberse tratado ambulatoriamente ⁽⁶⁰⁾. Si esos recursos se dirigieran al PSF, podrían generar mejores resultados sanitarios a menores costos. Esa ineficiencia en la asignación de recursos en los municipios pequeños se basa en elementos ideológicos provenientes de los sistemas fragmentados, centrados en las condiciones y eventos agudos, que se estructuran con base en la visión de lo agudo y se tratan en los hospitales. Lo importante, en función de la visibilidad política, es tener un hospital, aunque no tenga las condiciones para funcionar como tal, con eficiencia, seguridad y calidad, ni de generar valor para la población que, al fin y al cabo, es quien los financia. Algunos municipios grandes también gastan relativamente poco en la APS. Es el caso del municipio de Rio de Janeiro que, en 2009, usó 80% de sus recursos en los hospitales y solo 13% en APS ⁽²⁴²⁾.

Desde el punto de vista redistributivo, las transferencias federales y de los estados generalmente no siguen modelos que favorezcan a los municipios más pobres, lo cual es socialmente injusto.

OCTAVO CICLO DE DESARROLLO DE LA APS EN BRASIL: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y CONSOLIDACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

El ciclo de la atención básica de salud, el séptimo en la evolución de la APS en el SUS, se agotó por la persistencia de los problemas expuestos y no superados, pero no por el fracaso del modelo del PSF. Consecuentemente, es necesario un octavo ciclo, que puede denominarse ciclo de la atención primaria de salud.

La propuesta de un ciclo llamado de atención primaria de salud, en vez de atención básica, va más allá de la semántica, porque propone una nueva forma de estructurar la APS como una estrategia de organización del SUS. Además, la expresión atención primaria de salud se refiere, en su origen, a la atención que se da en el primer contacto del usuario con el servicio, que es el atributo fundamental de la APS. El significado de la palabra *básica* no se refiere a ese atributo esencial de la APS. De esa forma, la denominación de atención primaria de salud se aproximaría en Brasil a lo que es regla en todo el mundo.

El ciclo de la atención primaria de salud que amplía el entendimiento de la APS se sustenta en el mandato legal emitido mediante el Decreto n° 7.508 del 28 de junio de 2011, que reglamenta la Ley Orgánica del SUS. En él, la APS es claramente una estrategia de reordenamiento del SUS ⁽²⁴³⁾. Ese Decreto Presidencial convierte a la APS en una de las acciones y servicios de salud mínimos necesarios para instaurar una región de salud (Art. 5°); señala que la APS es una puerta de entrada a la RAS (Art.9°); determina que el acceso a la atención hospitalaria y ambulatoria especializada debe ser mediante derivación de la APS (Art. 10), y establece la APS como ordenadora del acceso universal e igualitario a la atención y a los servicios de salud (Art. 11).

Más allá de la semántica, el nuevo ciclo de atención primaria de salud se caracterizará por la consolidación definitiva del paradigma de estrategia de salud de la familia (ESF). Se espera así una salida y un avance, en vez de una sustitución o flexibilización del PSF, que trae consigo el riesgo de retroceder. Como se vio en la revisión bibliográfica, ese es el camino que buscan los países con sistemas de atención de salud más maduros y es la vía que los organismos regionales y mundiales de la salud, es decir, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, señalan en sus documentos de posición más recientes ^(64, 94).

Consolidar la estrategia de salud familiar significará verdaderamente construirla a partir de la evidencia internacional y local como la política de la APS en el SUS, establecida como estrategia de organización del sistema público de salud brasileño y como centro de comunicación de las RAS. Además, implicará instituir un nuevo programa de trabajo para la APS, que tendrá por objeto superar los problemas que determinaron las limitaciones del PSF y llevará al fin del ciclo de la atención básica de salud.

Lo planteado no es una solución fácil, surgida del sentido común, como quieren muchos gerentes y profesionales de salud, los grandes medios de comunicación y la mayor parte de la población. La APS es un problema complejo y, como tal, no tiene soluciones sencillas y rápidas ni mucho menos soluciones-espectáculo, que son las que agradan a muchos políticos y gestores. Por el contrario, los problemas complejos exigen soluciones complejas, sistémicas, lentas y, a menudo, caras.

Hay que tener en cuenta la percepción que tiene la población de los problemas del SUS y las soluciones basadas en diagnósticos impresionistas y, en función de esos, propuestas de soluciones que no lo son. Para 47% de la población brasileña, la solución para mejorar los centros y puestos de salud consistiría en aumentar el número de médicos y para 15,5%, en reducir el tiempo de espera de la consulta ⁽¹⁷⁹⁾. Esas percepciones son legítimas pero simplistas y están lejos de una comprensión profunda del problema, el que efectivamente puede manifestarse como dificultad de acceso a los médicos y demora para ser atendido, pero que inmediatamente se asocia a escasez de médicos, según una visión centrada en esa profesión.

El problema va más allá de la escasez de médicos, aunque ese es un factor en varias situaciones. Ese problema identificado por la población brasileña está asociado a un conjunto de elementos, como la concepción ideológica de la APS, la infraestructura inadecuada, el modelo de atención dirigido a las afecciones y eventos agudos, la ausencia de equipos multiprofesionales, las deficiencias de los procesos educacionales de los profesionales de la salud, el modelo de atención inapropiado, la precariedad de las relaciones de trabajo, la fragilidad del sistema gerencial, la ausencia de sistemas de información clínica potentes y otros. La respuesta política, guiada por la percepción de la población y centrada en la oferta de consultas médicas, que es lo más común, no solucionará el problema; es más, puede incluso agravarlo y encarecer el sistema de atención de salud. Ese sería el resultado de optar, por razones políticas, por la apertura indiscriminada de unidades de atención rápida no integradas en las redes de atención de urgencias.

Solamente un programa amplio, que pueda superar todos los factores anteriormente diagnosticados como causas de los problemas del PSF en el SUS en su conjunto, podrá institucionalizar la estrategia de salud de la familia e inaugurar un nuevo ciclo evolutivo, el de la atención primaria de salud. La solución de uno o algunos de esos problemas no permitirá estructurar una ESF eficaz, eficiente y de calidad. Para los problemas sociales complejos, como los de la APS, no existen soluciones mágicas y rápidas, sino visión estratégica, trabajo de largo plazo y constancia de propósitos.

El programa de trabajo debe ser positivo y progresista y valorar las enormes virtudes del PSF; también debe reconocer sus limitaciones y tener claro los objetivos. En ese sentido, mediante una paráfrasis se puede afirmar que la ESF no es un problema sin soluciones, sino una solución con problemas.

La agenda estratégica de instauración del ciclo de atención primaria de salud y de consolidación de la ESF tiene varios puntos de acción que deben llevarse a cabo mediante un plan estratégico con acciones a corto, mediano y largo plazos.

DIMENSIÓN POLÍTICA DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

El movimiento por la institucionalización de la ESF debe entenderse en su dimensión política como parte de propuestas basadas en concepciones de sistemas de atención de salud distintas.

Una ESF fuerte significa romper con los modelos de atención de salud fragmentados, fuertemente centrados en procedimientos de mayor densidad tecnológica, cuya oferta se exagera en función de la ausencia de una APS de calidad que coordine toda la RAS. Por lo tanto, debe estar claro que el fortalecimiento de la ESF puede entrar en conflicto con los intereses de actores sociales mejor posicionados en el ámbito sanitario y con mayor poder en el ámbito político de la salud. En ese sentido, la institucionalización de la ESF como la forma más adecuada de fortalecimiento de la APS en el SUS debe asumirse como un movimiento con una connotación clara de lucha política.

La destitución de la ESF como lugar de atención resolutoria y coordinadora del flujo y contraflujo de personas, productos e información a lo largo de toda la RAS genera una producción social de complicaciones que podrían evitarse; son deficiencias de la atención sanitaria que pueden prevenirse mediante un sistema que haga hincapié en actividades promocionales y preventivas y que ofrezca una atención proactiva, continua e integral coordinada por la APS. En los Estados Unidos, se observó que, de cada dólar gastado en la atención de las condiciones crónicas y cada dólar gastado en la atención de las afecciones agudas US\$ 0,40 y \$0,20, respectivamente, se destinaban a complicaciones evitables; esto representa un desperdicio enorme de recursos y una imposición de sufrimiento innecesario a los afectados⁽²⁴⁴⁾. Una asociación de líderes de salud en ese país afirma que *"cuando se considera que 30% a 40% de cada dólar que se gasta en atención de salud, más de US\$ 0,5 trillones se desembolsan por costos asociados a cuidados innecesarios, ineficaces e incluso inseguros, no es sorpresa que los líderes de la salud estén buscando nuevas soluciones"*⁽²⁴⁵⁾.

Es necesario tener claro que ese sistema que genera complicaciones potencialmente evitables, si bien no sirve a los intereses de la población atendida, sí tiene valor económico para los grandes prestadores privados, las industrias farmacéutica y de equipos biomédicos y los sistemas privados de salud suplementarios y de desembolso directo. La atención deficiente, especialmente la atención primaria, es un factor determinante de la utilización de procedimientos de "alta complejidad", como la oferta de *stents*, prótesis, trasplantes, medicamentos caros y otros. Esto no significa que esos procedimientos no se justifican cuando corresponde, con base en evidencia científica y, en esos casos, son eficaces y deben usarse.

La institucionalización de la ESF debe entenderse en ese contexto de intereses económicos y de poder que se manifiestan al interior del ámbito sanitario. Por lo tanto, la propuesta de institucionalizar la ESF no tiene una disensión exclusiva de racionalidad técnica, sino de lucha política entre personajes con intereses y objetivos muy distintos.

CAMBIO IDEOLÓGICO: LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR COMO COORDINADORA DE LAS RAS Y ORGANIZADORA DEL SUS

En el plano ideológico, deben superarse definitivamente las visiones de atención primaria selectiva y de nivel de atención y consolidar la ESF como la estrategia fundadora y organizativa del SUS. Por lo tanto, habrá que entender la ESF como parte y centro de comunicación de las RAS, que ejerza los atributos esenciales y derivados de la APS y las funciones resolutorias, de comunicación y de responsabilidad. Es decir, es necesario dar consecuencia al discurso oficial de la APS como estrategia de salud de la familia.

En cuanto al cambio ideológico, es importante estar atento a las enseñanzas del Informe Beveridge. Al analizar la experiencia de salud de la familia en el SUS, Gérvas y Fernández hicieron una interpretación contemporánea del pensamiento de ese autor aplicada a la realidad brasileña: *“El error está en la falta de desarrollo tecnológico, gerencial y científico de la ESF, [que está] anclada en un modelo de país pobre, a pesar de que Brasil es una potencia económica mundial... una ESF solo para pobres termina siendo una ESF pobre”* ⁽²⁴⁶⁾.

La concepción de la ESF como verdadera estrategia de reordenamiento del SUS y como centro de comunicación de las RAS es fundamental para poder superar los demás problemas, porque así se podrá dar prioridad a la APS en el SUS. Además, el cambio ideológico es importante para mejorar la valoración social y política de la ESF de parte de los diversos personajes del ámbito sanitario.

La consolidación de la ESF solo se hará efectiva cuando haya una amplia comprensión de que un país que es la sexta economía mundial necesita ser más audaz en su sistema público de atención de salud y construir instituciones modernas y coherentes con su desarrollo económico y social. También debe ser mucho más audaz para estructurar una ESF fuerte, incluso porque es un instrumento de inclusión social poderoso de los ciudadanos con derecho universal a la salud.

NUEVO PACTO FEDERATIVO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

La institucionalización de la ESF como estrategia de organización del SUS hará necesario contar con un nuevo pacto federativo en la atención de salud.

Aunque la prestación de servicios de la APS sea una responsabilidad indiscutible de los municipios, la consolidación de la ESF exigirá un esfuerzo conjunto de los tres entes federados. Eso se deriva de la propia naturaleza del federalismo sanitario brasileño, que es de tipo cooperativo, es decir, la trina federativa comparte la responsabilidad de todas las acciones del SUS, independientemente de donde se produzcan. Por lo tanto, la ESF es una responsabilidad solidaria de la Unión, los estados y los municipios ⁽²¹⁾.

La trina federativa debe definir un programa de acción pactado para consolidar la ESF. A partir de ahí, cabrá a los municipios la normalización, en su ámbito, y la planificación, la ejecución, el monitoreo y la evaluación de la ESF y su cofinanciamiento. En el plano nacional, cabrá a la Unión normar, monitorear, evaluar y aportar al financiamiento, con carácter redistributivo, entre los estados de la federación. A los estados cabrá la normalización en su territorio, el monitoreo, la evaluación y el aporte financiero, que también tendrá carácter redistributivo entre las regiones de los estados.

Como Brasil es un país grande y desigual y los municipios, que tienen la responsabilidad de la oferta de los servicios de la ESF, son muy diferentes en tamaño y desarrollo social y económico, cabrá a la Unión y a los estados garantizar solidariamente estándares de calidad para el PSF aplicables en todos los municipios del país, especialmente en relación con su estructura y procesos. Asimismo, la Unión compartirá la responsabilidad financiera de materializar esos estándares. Esto último es una imposición fundamental del federalismo cooperativo, que actualmente no se cumple íntegramente en el SUS. En la práctica, significa que en todos los municipios del país, independientemente de su tamaño, ingresos o localización, deben mantenerse esos estándares cualitativos.

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

para que la APS funcione como estrategia de organización del SUS, será necesario empoderarla institucionalmente en las organizaciones de salud pública. Eso exigirá un fortalecimiento institucional de las instancias responsables de la APS en el Ministerio de Salud, en las secretarías de salud de los estados (SES) y en las secretarías municipales de salud (SMS).

En el Ministerio de Salud, el fortalecimiento incluirá un incremento de los recursos financieros destinados a la APS, que es fundamental para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos en el SUS.

Las secretarías de salud de los estados deben convencerse de que no habrá ESF eficaz, eficiente y de calidad si ellas no asumen su coordinación en los estados. El Ministerio de Salud no tiene recursos para coordinar ni capilaridad para estar presente en todos los municipios del país; esa es una tarea ineludible de las SES. No es deseable, como ocurre frecuentemente, que la coordinación de la ESF se localice en el cuarto o quinto escalón administrativo de las SES, donde el poder político es poco, el presupuesto insuficiente y no se cuenta con instrumentos eficaces de coordinación y cofinanciamiento de las políticas de atención primaria en los estados.

Por último, será necesario fortalecer institucionalmente la coordinación de la ESF en las secretarías municipales de salud, con el fin de que puedan disponer de instrumentos políticos y operativos para hacer los cambios radicales que requiere el ciclo de la atención primaria de salud. La Secretaría Municipal de Salud y la Defensa Civil de Rio de Janeiro tienen un buen ejemplo, ya que, al determinar que las clínicas de salud de la familia eran su prioridad estratégica, creó una subsecretaría específica para ponerlas en práctica.

Habrá que buscar los medios para avanzar en la institucionalización de la ESF, tanto en el espacio político como el de los sistemas de atención de salud, educacional, corporativo y de representación de la población. La institucionalización en el espacio político se reflejará en la presencia indiscutida de la ESF en el discurso y la voluntad de los políticos. Así se establecerá la dimensión en que la ESF se incorpora al discurso y la práctica en los poderes legislativo y ejecutivo de los diferentes ámbitos federativos.

La institucionalización en el sistema de atención de salud se refiere a la verdadera inserción de la ESF, como estrategia, en la constitución de las RAS, organizada según los siete atributos de la APS y a cargo de las funciones resolutorias, de coordinación y responsabilidad.

En el espacio educacional, la institucionalización conlleva una reorientación significativa del sistema educativo para formar, reformar y/o mantener las profesiones sanitarias en función de la ESF. Aquí se establece la coherencia entre los sistemas educacionales formales y los de educación permanente con los principios, la ideología y los recursos cognitivos y tecnológicos de la ESF.

En cuanto a lo corporativo, la institucionalización exigirá a los profesionales de salud de la familia y la comunidad estructurar y ocupar espacios en las corporacio-

nes de salud por Aquí se está frente a la solidez de la organización corporativa de los profesionales de salud de la familia y la comunidad y del capital de respeto que conseguirán acumular entre sus pares.

La institucionalización en el espacio de la representación poblacional definirá la profundidad de la incorporación de la ESF como valor social. Se buscará establecer en qué medida la población reconoce positivamente la salud, adopta medidas preventivas, valora la atención continua a las condiciones crónicas con la coordinación del equipo de la ESF, se reconoce como sujeto de su salud y adopta las prácticas de autocuidado.

AMPLIACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

La ESF debe aumentar su cobertura desde el 51,6% actual al 75% de la población brasileña en los próximos años. Esa meta se justifica porque, en la realidad brasileña, alrededor de 25% de la población cuenta con cobertura de seguros privados de salud. Sin embargo, cuando se analiza la cobertura de la ESF, se observa su homogeneidad en cuanto a su concepción ideológica de atención primaria selectiva, relativamente concentrada en municipios y regiones más pobres; asimismo, tiene baja adhesión de los estados de la federación que tienen mayor cobertura de salud suplementaria, que tienden a no dar la debida prioridad a la ESF.

Por lo tanto, la ampliación de la ESF debe llevarse a cabo de manera que su cobertura abarque los municipios de hasta 50.000 habitantes, pero dirigirse especialmente a los municipios medianos y grandes en todos los estados de la federación. Para lograrlo, será necesario recalibrar los incentivos que hagan más atractiva la ampliación de la ESF, para lo cual habrá que canalizar los recursos financieros de la Unión y de los estados para aumentar la cobertura con calidad y para convertir el modelo tradicional en el de la ESF. Especialmente en los municipios medianos y grandes deberá haber una segunda fase en la que se buscará una ampliación de la ESF para alcanzar sectores de clase media, especialmente de la nueva clase media, cuya inclusión en el SUS aumentaría la voz política de la ESF.

Es fundamental ganar sectores de la clase media para incrementar los recursos del SUS, como sustenta la evidencia internacional. El SUS está en mejores condiciones que el sector de salud suplementaria de ofrecer sistemas de atención de salud, organizados por la ESF, ya que la atención primaria, con raras excepciones, no es verdaderamente de interés para el sector sanitario privado nacional. Por ejemplo, la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte está aplicando una estrategia para conquistar segmentos de la clase media, con el fin de ampliar los servicios de la ESF entre la población con menos vulnerabilidad social.

MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Este es un punto fundamental, tanto simbólica como operativamente. Simbólicamente, la infraestructura física amplia y funcional de la ESF permitirá romper con la imagen de los “puestitos de salud” derivada de la visión de ESF pobre para personas y regiones pobres. La población puede ser pobre, pero no valora “puestitos de salud” pequeños, poco cuidados y sin condiciones físicas para apoyar una ESF confortable y de calidad. El ambiente físico es un elemento esencial de la atención de salud provista según los principios de humanización del cuidado. Existen experiencias exitosas de la ESF, incluso en municipios muy pobres, que mostraron que se puede hacer una revolución en la atención primaria a partir de una intervención de ruptura de la infraestructura de las unidades ⁽²⁴⁷⁾.

Operativamente, la ESF de calidad exige condiciones estructurales adecuadas. Para lograrlas, será necesario establecer normas para la infraestructura física de las unidades del ESF a nivel nacional o de los estados o ambas, que podrán ser adaptadas a las diferentes realidades regionales, sin desmedro de las exigencias estructurales de una ESF de calidad. Las normas deben garantizar que la infraestructura permita poner en marcha el modelo de atención de las condiciones crónicas como espacios de atención para otros profesionales que integrarán los equipos multiprofesionales de la ESF; también habrá que disponer de una sala multimedios, amplia y bien equipada, para llevar a cabo actividades grupales.

Un buen ejemplo es el espacio salud de las unidades de APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba; está constituido por una sala de más de 60 m² cuadrados con todas las condiciones para llevar a cabo trabajo de grupos, entre ellas, una cocina para talleres de reeducación alimentaria, un lugar para enseñar a cepillarse los dientes, etc. La figura 4 ilustra un espacio de salud de una unidad sanitaria de la ESF de Curitiba.

Figura 4: Espacio salud en la Unidad de Salud Alvorada, Secretaría Municipal de Salud de Curitiba



La infraestructura física debe garantizar estándares operativos mínimos para que la ESF ponga en práctica el modelo de atención de las afecciones agudas, es decir, debe contar con capacidad resolutoria en relación con la atención de urgencias menores y la estabilización de personas en situaciones de mayor riesgo.

En función de la economía de escala, los modelos deben crearse, principalmente, para unidades de uno a tres equipos de la ESF (unidades tipo 1, tipo 2 y tipo 3) y satisfacer los criterios de acceso inmediato y confortable para la población. En zonas urbanas de alta densidad demográfica pueden definirse modelos para más de tres equipos por unidad de atención. Por ejemplo, las unidades de APS más recientes de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba cuentan con alrededor de 550 m² de superficie para tres equipos de atención, pero existen también unidades que cuentan con más de 800 m².

Es fundamental que la construcción cumpla los criterios de sostenibilidad ambiental, con edificios verdes para la ESF, en los cuales se reaproveche el agua, el calentamiento solar, y otros. Las clínicas de familia de la Secretaría Municipal de Salud y la Defensa Civil de Rio de Janeiro se construyen según algunos parámetros de sostenibilidad, como iluminación natural y reaprovechamiento del agua.

Los ambientes físicos deben ser humanizados, acogedores y personalizados, es decir, amplios, ventilados, coloridos y con plantas y flores ⁽²⁴⁶⁾.

Una meta que se debe alcanzar lo antes posible es que la ESF del SUS en ningún caso esté instalada en casas alquiladas.

Los recursos para el financiamiento de la infraestructura física deben venir de un fondo establecido en cada estado de la federación con 50% de recursos federales y 50% de recursos del estado que corresponda. Se considerarán las enmiendas parlamentarias federales y de los estados en ese mecanismo de financiamiento por dos razones: en primer lugar, los municipios deben concentrar sus recursos en costear la ESF y en segundo lugar, la construcción de edificios según normas nacionales adecuadas deberá ser una atribución del Gobierno Federal y de los estados, como parte de la política de garantía de estándares mínimos de calidad de la ESF en todo el territorio brasileño. Se debe resaltar que los recursos federales del Plan Nacional de Implantación de Unidades Básicas de Salud para los equipos de la ESF previstos en el Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC) 2 son de alrededor de R\$ 1,7 mil millones para la construcción de 8.694 unidades en los próximos tres años ⁽²¹⁷⁾.

Desde el punto de vista arquitectónico, la reinterpretación de los estándares nacionales puede ajustarse a las características peculiares de los municipios, por ejemplo, en el caso de ciudades históricas, unidades de atención de las poblaciones indígenas y otras.

Para llevar a cabo el mejoramiento de la infraestructura de la ESF de forma racional, cada municipio que vaya a obtener recursos deberá presentar un plan municipal completo de infraestructura de la ESF, elaborado según la territorialización vigente y con los principios de escala económica y de acceso, como fue el elaborado por el Plan Director de la APS en la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais.

REFUERZO TECNOLÓGICO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

La ESF debe reforzarse tecnológicamente para que pueda cumplir con los atributos y las funciones de una estrategia de organización del SUS. Al igual que en el caso de la infraestructura física, se debe romper con la posición ideológica de la atención primaria selectiva. Lo fundamental es garantizar toda la tecnología sanitaria, respaldada científicamente, e incluirla en las directrices clínicas de la ESF. El trabajo del Ministerio de Salud y las secretarías de estado de salud en la elaboración y la difusión de las directrices clínicas referentes a los programas prioritarios de la ESF es crucial.

Una ESF consolidada no es compatible con la escasez de medicamentos, de exámenes de laboratorio o equipos médicos, ni con la falta de sistemas de información clínica adecuados. En un informe auspiciado por la Sociedad Brasileña de Medicina de

Familia y Comunidad (SBMFC), médicos de familia españoles con experiencia propusieron la incorporación de las siguientes tecnologías en la ESF: tiras para pruebas de orina, optotipos (para evaluar agudeza visual y visión de colores), electrocardiógrafo, espirómetro, oftalmoscopio, cámara digital para fotografiar la retina, equipo para limpieza de cerumen y biopsia de piel, carro de emergencia, computadoras portátiles para los agentes comunitarios de salud, equipo o insumos para el lavado de manos en todos los ambientes, teléfono e internet ⁽²⁴⁶⁾.

El refuerzo tecnológico también deberá agregar tecnologías con fuerte contenido de cognición que no se han ofrecido corrientemente como parte de la ESF, por ejemplo, las del terreno de la psicología relativas al cambio de comportamiento de los usuarios y el autocuidado apoyado.

Todos los medicamentos, exámenes y equipos indicados en las directrices clínicas deben estar a disposición de la ESF. Eso no significa que todo el equipo ni los exámenes se utilicen en la unidad de ESF, sino que los usuarios podrán tener acceso a ellos de forma rápida y segura. En ese sentido, las muestras para los exámenes de laboratorio de patología clínica deben obtenerse en la propia unidad de la ESF y, por economía de escala y calidad, generalmente serán procesados en laboratorios centrales que analicen un número óptimo de exámenes. Esto requiere que se organice adecuadamente la fase preanalítica de toma de muestras y la logística. Algunos exámenes de apoyo diagnóstico esenciales en la APS, como el electrocardiograma, podrán realizarse en cada unidad de la ESF, directamente o a través de teleasistencia que proporcione resultados a distancia.

El fortalecimiento tecnológico del PSF requerirá conectividad de internet, lo cual parece estar previsto en el Plan Nacional de Banda Larga del Gobierno Federal. La experiencia del programa TeleMinas Salud, en Minas Gerais, es un ejemplo exitoso de refuerzo tecnológico de la ESF que funciona con eficiencia, gran comodidad para los usuarios y con apoyo eficaz para los profesionales del equipo de salud. Mediante ese programa se realizan electrocardiogramas y se proporciona segunda opinión de médicos de familia y de especialistas a más de 1.500 unidades de la ESF en más de 600 municipios ⁽²⁴⁸⁾.

FORTALECIMIENTO DEL APOYO DIAGNÓSTICO

El sistema de apoyo diagnóstico debe mejorarse para que pueda apuntalar una atención clínica de calidad en la ESF. Este también es parte del reforzamiento tecnológico de la ESF y constituye un elemento importante de la capacidad resolutoria de la APS; así contribuye también a una mejor evaluación de la atención primaria de parte de la población. Los usuarios llegarán a comprender que en la unidad de la ESF

se les tomará la muestra de material biológico y allí mismo recibirán los resultados de los exámenes.

El fortalecimiento del sistema de patología clínica es fundamental y requiere modificaciones radicales de organización y funcionamiento. Ciertamente, en lo que concierne a la fase analítica, parte de ese cambio excede los límites de la APS, pero tendrá fuerte repercusión en ella, porque es ahí donde se ofrece la mayor parte de los exámenes. Es más, el cambio debe darse en el contexto de las RAS, como un elemento de los sistemas de apoyo, estructurado de forma transversal a todas las redes temáticas de atención de la salud ⁽²¹⁾.

La base de la reorganización del sistema de patología clínica será la definición de la cartera de exámenes de laboratorio que ofrecerá la ESF en apoyo a una clínica de calidad. Esa cartera debe surgir de las directrices clínicas de la ESF y a partir de ella será necesario elaborar los protocolos clínicos de los exámenes de laboratorio, incluidos: los aspectos principales de las indicaciones clínicas del examen; la preparación del paciente; los cuidados en la toma y el manejo de la muestra biológica; los principales elementos preanalíticos e interferentes; los métodos más utilizados para la realización de los exámenes; los criterios de interpretación de los resultados, y las observaciones del patólogo clínico. Esos protocolos son importantes para cualificar la indicación y solicitud de los exámenes, proceso fundamental de la fase preanalítica, y para orientar a los profesionales sobre la interpretación de los resultados y el tratamiento. La Secretaría de la Salud del Estado de Minas Gerais, conjuntamente con el Departamento de Propedéutica Complementaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, elaboró los protocolos clínicos de la APS de ese estado para un total de 100 exámenes de laboratorio.

Con base en las guías de la ESF, debe instituirse un nuevo modo de programación de la asistencia de laboratorio que sea diferente del modelo de oferta vigente en el SUS, en el que generalmente se aplican cuotas por unidad. Será necesario implantar una programación de base poblacional, es decir, a partir de los protocolos clínicos de los exámenes de laboratorio y las planillas de programación derivadas de las guías que establecen los parámetros poblacionales para cada tipo de examen, se estimarán las necesidades de la población con respecto a patología clínica. Por ejemplo, la línea-guía dice que cada gestante de riesgo habitualmente debe hacerse n exámenes durante el embarazo, por lo tanto, la programación se hará multiplicando el número de embarazadas adscritas a cada equipo de la ESF por n , para generar el número total de ese examen que hará ese equipo en el año. El monitoreo se hará sobre esa programación de base poblacional. El resultado de estos cambios será el fin del modelo de programación de la oferta, que se genera por parámetros de series

históricas y genera ineficiencia e ineficacia. También pondrá fin al sistema de cuotas por unidades que resulta de la programación de la oferta.

El sistema de patología clínica debe reconstruirse con base en los fundamentos de las RAS y conjugar, dialécticamente, escala, calidad y acceso. Asimismo, deberá tener una distribución óptima por territorios locales, microrregionales y macrorregionales, de acuerdo con su densidad tecnológica y la disponibilidad de recursos para su funcionamiento. Tal reorganización conlleva la centralización de las unidades de procesamiento de los exámenes, la descentralización de la toma de material de muestra para todas las unidades de la ESF y la conexión entre ambas puntas a través de un sistema logístico eficaz.

En años más recientes, la dinámica operativa de los laboratorios de patología clínica cambió como consecuencia de la automatización de los procesos analíticos, con aumento de la precisión, la exactitud y la seguridad de los exámenes de laboratorio; automatización de los procesos preanalíticos, analíticos y posanalíticos; ampliación de la capacitación de recursos humanos (médicos, biomédicos, bioquímicos y técnicos); necesidad de dar conformidad a los procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos con los requisitos legales que pasarán a reglamentar el sector, y la implantación de programas de gestión de la calidad ⁽²²⁹⁾.

Ese modelo de organización permitirá aumentar la eficiencia y la calidad del sistema de apoyo diagnóstico. Una simulación realizada por la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais mostró que el costo medio de un examen de patología clínica en el SUS era de R\$ 4,11; si el número de pruebas realizadas subiera a 23.000 anuales por laboratorio, ese costo podría reducirse a \$2,06; si aumentara a 50.000 mil exámenes anuales por laboratorio, el costo unitario podría ser menos de \$1,90. Por otro lado, la relación entre escala y calidad en los procedimientos de laboratorio está bien establecida. Eso significa que con el mismo dinero que se gasta en el SUS, solo el aumento del número de exámenes procesados haría alcanzar el dinero para hacer el doble de exámenes o más ⁽²⁴⁹⁾.

Un buen ejemplo de organización del sistema de patología clínica como apoyo a la APS es el de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, que se describe en el recuadro 1.

Recuadro 1: Sistema de patología clínica de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

El Laboratorio de Patología Clínica de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba se consolidó en 1996, luego de haberse unificado en 1986 y ampliado en 1993, con el fin de concentrar en una única unidad central el procesamiento de todos los exámenes del municipio.

La nueva estructura trajo consigo nuevos objetivos, como dar mayor satisfacción a los usuarios de las unidades de salud y mejores condiciones de trabajo a los profesionales; obtener datos epidemiológicos, almacenar información que se transforma en instrumentos gerenciales, mejorar la capacidad resolutoria del sistema municipal de salud y hacer economía de escala articulada con el mejoramiento de la calidad.

El sistema de patología clínica de Curitiba tiene un diseño que concentra el procesamiento, descentraliza la toma de muestras y conecta los dos procesos mediante una logística eficaz. La toma de muestras está descentralizada en 104 unidades de trabajo a APS y el procesamiento, centralizado en un único laboratorio. El traslado del usuario para el examen se limita la distancia entre su residencia y la unidad de salud en la que fue a consulta, generalmente localizada en su barrio. En la comunidad, el procedimiento refuerza la idea de que su unidad tiene un alto grado de compromiso con la resolución de los problemas de salud.

La toma de muestras se realiza diariamente por la mañana. Las unidades de salud tienen, en promedio, dos horas y media para efectuar las tomas de muestra programadas, incluso para la curva glicémica de dos momentos. Este examen integra el protocolo de atención de las gestantes. Todas las muestras biológicas obtenidas se organizan en bolsas plásticas, según el tipo de examen, que se acondicionan en una nevera portátil, que luego será recibida por el sector de distribución del laboratorio central.

Al mismo tiempo que el chofer recoge las muestras biológicas de las unidades de salud entrega los insumos para la toma de la mañana siguiente. Esta reposición de insumos la hace el laboratorio central diariamente; el mismo laboratorio emite un informe sobre la cantidad de frascos de muestras utilizados en el día y prepara un kit para enviar a la mañana siguiente en el transporte que pasará a recoger las muestras tomadas. Cada muestra biológica se identifica con código de barras. Este mecanismo permite utilizar tubos primarios, lo cual, junto con la conectividad de los equipos de procesamiento de exámenes con el sistema de informática del laboratorio, tiene resultados óptimos y da mayor seguridad en la emisión de informes.

A partir de 1992, se inició el transporte de muestras entre las unidades de salud y el laboratorio central mediante la subcontratación de la Empresa Brasileña de Correos y Telégrafos. Sin embargo, a partir de 2007, ese servicio pasó a ser la responsabilidad de cada uno de los nueve distritos sanitarios de Curitiba.

Con la utilización de la tecnología de información, la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba consiguió aumentar significativamente la productividad y los índices de calidad y satisfacción de los usuarios del sistema. Eso se logró mediante el desarrollo de un programa automatizado integrado a la historia clínica computarizada y al *software* de control de la producción del laboratorio central. De esa forma, la Secretaría Municipal de Salud pasó a contar con medios eficaces para la gestión, en tiempo real, de todo el proceso de asistencia prestado a los usuarios en el campo de la patología clínica.

Recuadro 1: Sistema de patología clínica de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

El proceso que se inicia en la historia clínica automatizada del usuario al generar la solicitud del examen se complementa con las etapas sucesivas: programación electrónica de la toma de muestra; recolección de materiales y emisión de sus etiquetas de identificación con código de barras; transferencia electrónica de los planes de trabajo al sistema automatizado de producción del laboratorio, e importación de los resultados del sistema de producción del laboratorio a la historia clínica automatizada de la unidad de salud. Tal nivel de informatización permitió al laboratorio reducir a un mínimo el personal dedicado a las actividades administrativas. Por otro lado, optimizó los resultados del trabajo del equipo técnico, con beneficios como: disminución del tiempo entre solicitud y entrega de resultados directamente en la unidad de salud que generó la primera; eliminación de la necesidad de mantener archivos de certificados en papel, así como de procedimientos relacionados con la distribución de certificados (valija y expedición); aumento de la productividad técnica, y disponibilidad permanente de un banco de datos con todos los exámenes solicitados y realizados.

Actualmente, la producción del sistema de patología clínica es de aproximadamente 200.000 exámenes por mes, entre los de bioquímica, hematología, inmunología, microbiología, análisis de orina, hormonas, parasitología y biología molecular. Para atender la demanda mensual de cerca de 40.000 usuarios, el laboratorio cuenta con 112 funcionarios. La gran demanda permite utilizar tecnología de punta para los exámenes, con costos viables en relación a los valores de la lista SIA SUS.

En 2001, se puso en marcha, en línea, el Sistema Integrado de Informática, Laboratorio y Unidad de Salud. Después de la consulta médica o de enfermería, se programa inmediatamente la toma de muestras. En ese momento se imprime el Plan de Toma de Muestras, en el que consta la lista de muestras que habrá que obtener, las orientaciones para el usuario y un número de identificación para cada tubo que se usará. Este se entrega al usuario, quien debe presentar el documento el día de la toma de la muestra.

El sector de distribución del laboratorio central recibe el material biológico y lo distribuye por departamento. En ese momento, ya se dispone de todos los datos del paciente y sus respectivos exámenes. En los sectores que cuentan con equipo para el análisis totalmente automatizado, los tubos con muestras biológicas se colocan aleatoriamente en los aparatos, que ya están programados por el sistema de interfaz que señalará qué pruebas deben realizarse con cada tubo. Después del análisis y la firma electrónica, los resultados están disponibles en la Intranet, que incluso almacena datos de exámenes anteriores. Cuando el usuario regresa a la unidad de salud para consulta, el médico tendrá acceso a los resultados por medio de ese sistema.

Recuadro 1: Sistema de patología clínica de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

Para garantizar la calidad de los servicios se adoptaron varias estrategias: entrenamiento en toma de muestras y utilización del sistema de informática para el personal correspondiente de las unidades de salud; certificación y habilitación de los profesionales que participan en la toma de muestras; inspección de las unidades de salud, donde un equipo del laboratorio central audita la toma de muestras y constata si los profesionales están siguiendo el procedimiento operativo establecido e indicado en el entrenamiento; monitoreo de los errores detectados en la toma de muestra, por unidad de salud, para determinar qué profesionales necesitan actualización; reposición automática de los insumos para la toma de muestra de las unidades de salud, mediante la preparación del kit de insumos con base en el informe sobre la cantidad utilizada en el día; transporte de material biológico recogido de las unidades de salud al laboratorio en nevera portátil con control de temperatura, para asegurar la calidad de las muestras; monitoreo y evaluación constante del desempeño de los equipos analizadores, mediante reuniones trimestrales del personal del laboratorio con asistencia técnica de los proveedores, para mantener los servicios de forma continua, eficiente y sin desperdicios; manutención preventiva programada de los equipos analizadores; participación en el Programa Nacional de Control de Calidad de la Sociedad Brasileña de Análisis Clínicos, y monitoreo de la productividad de los insumos utilizados en los equipamientos automatizados.

Un profesional del laboratorio participa como miembro de la Comisión de Licitación de la Secretaría Municipal de la Salud de Curitiba. Se monitorean los costos reales de los exámenes, con el fin de verificar la eficiencia de los servicios, sin que se perjudique la eficacia, y maximizar la utilización de los recursos. Con ese mecanismo se identifica el número de exámenes repetidos por problemas del equipo, técnicos o de los reactivos.

Los programas estratégicos, como los de ETS/sida, Tuberculosis y Madre Curitibana, tienen sus exámenes programados en los protocolos clínicos, que se realizan exclusivamente en el sistema de patología clínica municipal; así se facilita el acceso a información indispensable para el monitoreo y para tomar las medidas relacionadas con el control epidemiológico.

Los resultados del sistema de patología clínica de Curitiba son muy positivos. La descentralización de la toma de muestras en las unidades de salud, la centralización del procesamiento en un único laboratorio y la integración automatizada de los datos del laboratorio con las unidades de salud trajo, principalmente, la satisfacción de los usuarios. El procedimiento se acortó para los usuarios y les dio más comodidad, ya que les evitó tenerse que desplazar de la unidad de salud más próxima a su casa para la toma de muestra o recibir los resultados de cualquier examen de patología clínica solicitado. De esa forma, el sistema implantado en Curitiba ha estado cumpliendo su objetivo de ofrecer la atención en el momento oportuno y en el local adecuado, según lo establecido por la Secretaría Municipal de Salud. El sistema dio bastante agilidad y seguridad, además de optimizar los procesos relacionados con estos exámenes.

En 2007, se realizaron 136 tipos de exámenes, 2.128.397 exámenes a 440.769 usuarios, con un promedio de 4,82 exámenes por persona. El costo promedio del examen fue de R\$ 2,51, muy por debajo del promedio del SUS, además de haberse ofrecido una cartera bien amplia de exámenes y con riguroso control de calidad.

Fuente: Ito y Schneider ⁽²⁵⁰⁾

UTILIZACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

La ESF nació utilizando equipos multidisciplinarios en los que participan médicos, enfermeros, técnicos o auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud. Posteriormente se añadió un equipo de salud bucal. Sin embargo, la situación brasileña de triple carga de enfermedades en la que predominan las condiciones crónicas exige un nuevo modelo de atención de esas condiciones y demanda la participación, como miembros orgánicos de los equipos de la ESF, de otros profesionales, como asistentes sociales, farmacéuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profesionales de educación física y psicólogos. Estos, conjuntamente con el médico, el enfermero, el técnico de enfermería/auxiliar de enfermería, el agente comunitario de salud y los profesionales de salud bucal, constituirán el modelo de equipo de la ESF.

Además de los mencionados, debe incorporarse al equipo de la ESF un gerente profesional, técnico de nivel superior, con competencia específica para ese trabajo. Ese gerente deberá trabajar a tiempo completo. Además, la unidad de la ESF debe contar con el personal administrativo necesario. Esos nuevos profesionales – integrados al equipo con los ya existentes – son esenciales para el manejo eficaz y de calidad de las condiciones crónicas en la ESF. Un modelo de equipo como el descrito podrá asumir la responsabilidad de atender a una población adscrita de alrededor de 3.000 personas.

La propuesta de los Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar o NASF debe evolucionar hacia el trabajo de apoyo para incorporar orgánicamente a esos profesionales en un equipo de la ESF. El apoyo debe estar a cargo de especialistas, en centros de referencia secundarios, que trabajen en conjunto con los equipos de la ESF, ya sea de manera presencial o a distancia, mediante mecanismos de teleasistencia.

El financiamiento para los cargos de los nuevos profesionales debería provenir de recursos del Ministerio de Salud, mediante un aumento de los recursos destinados a los NASF, de recursos de los estados destinados a ese fin específico y de recursos municipales.

La razón entre los nuevos profesionales – asistente social, farmacéutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profesional de educación física y psicólogo – y los equipos de la ESF no tiene que ser de 1:1, a no ser en condiciones especiales, como es el caso de los municipios con una población de menos de 3.000 personas. Generalmente, se podrá trabajar con una razón de un nuevo profesional por cada tres equipos de la ESF; no obstante, esos nuevos profesionales serán miembros efectivos de cada uno de esos equipos, participarán en el día a día del trabajo clínico y crearán vínculos con los usuarios.

En una experiencia en la que se unió un farmacéutico clínico a un equipo en un municipio de Minas Gerais se demostró que ese profesional puede participar, con éxito, en tres equipos de la ESF ⁽²⁵¹⁾.

Claro que la introducción de esos nuevos profesionales en los equipos de la ESF conlleva un proceso de educación permanente eficaz y afectará los gastos de la atención primaria. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que ese personal representa un aporte fundamental, si se ha de superar la crisis de la APS expresada en el carácter centralizado de la consulta médica de corta duración. También hay que considerar que el aumento del gasto debido a la incorporación de esos profesionales a la ESF se compensará con la reducción a mediano y largo plazo de la atención secundaria y terciaria de las complicaciones potencialmente evitables de la atención de salud en las RAS. Por lo tanto, se trata de una medida costo-eficaz.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA AUTOMATIZADOS

La evidencia internacional indica que un modelo de atención primaria eficaz y de calidad exige sistemas de información clínica bien estructurados, con base en historias clínicas utilizadas aisladamente o como parte de un registro electrónico de salud. Se ha demostrado que no es posible prestar atención eficaz, eficiente y de calidad sin sistemas de información clínica potentes ⁽³⁾.

Además, la posición de que las historias clínicas deben ser automatizadas se ha venido consolidando, ya que la introducción de tecnologías de información viabiliza la implantación de la gestión de la clínica en las organizaciones de salud y reduce los costos al eliminarse la repetición de ciertas funciones y redundancias en el sistema de atención de salud.

La complejidad gerencial de la ESF determina la necesidad de contar con historias clínicas automatizadas, que ya cuentan con buena experiencia de uso en la APS en el SUS. Un caso exitoso es el de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, donde las historias clínicas de ese tipo se utilizan hace ya más de 10 años. ⁽²⁵²⁾.

Por lo general, las historias clínicas son individuales, pero en la ESF deberán ser familiares. En la práctica, eso significa que la unidad es la familia registrada en una unidad de la ESF y que su formato debe incluir los instrumentos de abordaje familiar.

La historia clínica debe permitir el registro de cada miembro de la familia con sus respectivas condiciones de salud, por estratos de riesgo, y monitorear la evolución de su salud. Debe también generar recordatorios, alertas y retroalimentación para los

profesionales de salud, los usuarios y las familias y producir y monitorear indicadores de eficacia clínica y gerencia de la ESF.

No tiene sentido que cada municipio desarrolle o contrate por separado la automatización de las historias clínicas para la ESF, con excepción, tal vez, de los municipios grandes. Esa debe ser una tarea típica del apoyo del Ministerio de Salud y las secretarías de estado de salud, que pueden conjuntamente desarrollar y proporcionar el financiamiento de ese sistema clínico fundamental. La ventaja de un diseño institucional es que permite trabajar con bases de datos nacionales y de los estados alimentadas directamente por la red de historias clínicas automatizadas de cada unidad del PSF. La Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais diseñó una propuesta de ese tipo y está licitando un Servicio de Registro Electrónico en Salud, que abarca la puesta en marcha de una historia clínica automatizada familiar en todas las unidades de APS del estado; estas se articularán con una base centralizada de datos de los estados ⁽²⁵³⁾.

La historia clínica automatizada debe recibir la información obtenida en el terreno por agentes comunitarios de salud, que deben trabajar con un instrumento electrónico que sustituya las planillas de papel.

FORTALECIMIENTO GERENCIAL DE LAS UNIDADES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Es fundamental fortalecer la gerencia de las unidades de la ESF para vencer los problemas que afronta una APS que funciona como estrategia de organización del SUS. Una ESF resolutive y que funcione como centro de comunicación de las RAS debe tener un sistema de gestión bastante complejo. Por lo tanto, la condición principal para mejorar la gestión de la ESF es reconocer que en la atención primaria esa es una tarea muy compleja y que exige conocimientos, habilidades y recursos significativos, si ha de ser eficaz.

Para fortalecer la gerencia de la ESF es necesario adoptar mecanismos de gestión que se basen en la oferta y adopten la gestión de base poblacional. Lo anterior requiere emplear mecanismos de territorialización y registro de toda la población adscrita, programar con base en las necesidades de la población, utilizar contratos de gestión, operar directamente los sistemas de regulación y utilizar tecnologías de gestión de la clínica. Para lograrlo, es necesario profesionalizar la gerencia de la ESF y colocar un gerente de nivel superior en todas las unidades; este debe tener competencias específicas para la función y trabajar a tiempo completo.

Cuando se adopta la ESF como organizadora del SUS, es indispensable dejar atrás la gerencia de la oferta para practicar la gestión de base poblacional. A su vez, la gerencia de base poblacional implica que todo sistema de gestión se construya a partir de las necesidades de los usuarios registrados con cada equipo de la ESF. Es a partir de las necesidades de cada una de esas personas, organizadas socialmente en familias, que se programa, monitorea y evalúa el trabajo de los equipos. Por lo tanto, para la gerencia de base poblacional es necesario diagnosticar las necesidades de salud de la población adscrita a cada equipo de la ESF, según riesgos; llevar a cabo y monitorear las intervenciones sanitarias para responder a las necesidades establecidas, y prestar la atención con respeto a la cultura y las preferencias de los usuarios y sus familias ⁽⁴⁵⁾.

La gerencia de base poblacional lleva a cambiar la visión prevaleciente de los planes directores de regionalización (PDR) que fueron concebidos para organizar flujos y contraflujos de personas que demandan servicios de atención secundaria y terciaria (mediana y alta complejidad). Un plan de regionalización adaptado a las directivas de las RAS debe considerar, además de los territorios de los estados, macrorregionales, microrregionales y municipales, los territorios sanitarios de la atención primaria, porque es allí donde la población, a través de las RAS, se vincula con la ESF y es allí también donde se resuelven más de 85% de los problemas de salud. Consecuentemente, es fundamental que en el ámbito municipal los PDR estructuren también los territorios sanitarios de la ESF: el territorio correspondiente al área de cobertura que es el espacio de vida de las familias adscritas a cada equipo de la ESF y el territorio micro o área que corresponde al espacio de vida de las familias adscritas a un agente comunitario de salud. Cuando se trabaja con unidades de la ESF, es importante reconocer que la territorialización no se hace como en las unidades de la APS tradicional, en relación al espacio geográfico de responsabilidad de la unidad de salud. En la ESF la responsabilidad corresponde a cada equipo de salud de la familia, de tal manera que si hay una unidad con tres equipos de PSF, se definirán tres áreas de cobertura.

La gerencia de base poblacional afecta la programación de la ESF, ya que debe pasar de una programación de la oferta, centrada en parámetros construidos con base en series históricas, a una base poblacional, derivada de parámetros epidemiológicos definidos a partir de evidencia e incorporados como parte integral de las directrices clínicas. No tiene sentido elaborar una programación a partir de un número medio de consultas médicas por habitante. Es necesario programar esas consultas a partir de las necesidades reales de don Juan y doña María, que están vinculados a un equipo de la ESF.

Es más, la programación de la ESF debe hacerse según estratos de riesgos, de conformidad con el modelo de la pirámide de riesgos. Esto es importante, porque el manejo clínico y la cobertura de recursos humanos se diferencian por estratos y

es la programación estratificada la que permite elaborar un programa de trabajo racional, parte fundamental de la programación local.

Las metas que deben alcanzar los programas servirán de base para firmar los contratos entre la secretaría municipal de salud y los equipos de la ESF; estos son los contratos de gestión, con los cuales se instaura una cultura de gestión por resultados en la ESF. Estos contratos de gestión obedecen a un ciclo contractual que comprende un plan en el que se especifican la cantidad y la calidad de los servicios que se ha de contratar, el sistema de incentivos que se utilizará y el monitoreo y la evaluación del contrato por medio del sistema de información gerencial de la ESF ⁽²³³⁾.

La adopción de un sistema de incentivos en los contratos de la ESF exige cambios en el sistema de pago de los equipos. Es necesario que una parte del pago sea una cantidad fija y la otra, un monto variable que se pagará solamente si se cumplen las metas del contrato. El sistema de incentivos debe combinar indicadores de desempeño individual y del equipo en su conjunto. El presupuesto de personal de la ESF debe incluir los recursos para pagar el incentivo. La experiencia italiana está basada en un sistema que tiene una parte de pago fijo a los médicos de la APS, que depende del número de personas que figura en la lista del médico y otra parte variable ⁽²⁵⁴⁾. Una lista de verificación del pago por desempeño propuesto por la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality) es un instrumento útil para la operación de esos sistemas ⁽²⁵⁵⁾.

Existe evidencia de que los buenos contratos de gestión estimulan la descentralización gerencial y dan más responsabilidades a los gerentes locales, permiten un mejor control del desempeño de los profesionales de salud, incentivan la utilización de la información clínica y gerencial, imponen el uso cotidiano de la gestión de la clínica, mejoran el desempeño de los profesionales de salud y generan instituciones de salud más transparentes y permeables al control social ⁽²⁵⁶⁾. Es indispensable que los órganos de control social participen en el monitoreo del contrato de gestión por intermedio de los consejos locales de salud,

La concepción de la ESF como estrategia de organización del SUS exige que la estrategia sea el centro de comunicación de las RAS. En la práctica, esto quiere decir que es el equipo de la ESF el que debe ordenar los flujos de personas, productos e información a lo largo de los puntos de atención secundaria y terciaria y de los sistemas de apoyo. La ESF como centro de comunicación de las RAS, afecta profundamente la forma de regulación del SUS, que depende de complejos reguladores.

Debe estar claro que no corresponde a la ESF regular los procedimientos relativos a las afecciones agudas y a los eventos de agudización de las condiciones crónicas

de mayor gravedad (personas en situación de urgencia mayor, es decir, urgencia amarilla, naranja o roja en el sistema Manchester de clasificación de riesgo); esto se debe a que en la atención no programada o de urgencia la variable clave es el tiempo-respuesta del sistema de atención de salud. De depender de la ESF, podría perderse un tiempo precioso; además, no hay en la ESF una competencia regulatoria para esos eventos que exigen la opinión de un médico regulador con entrenamiento en urgencia que esté disponible 24 horas al día. Es por eso que la ESF no cumple la función de centro de comunicación en la red de atención de las urgencias. En esas redes, la ESF se desconecta del centro para asumir, con los puntos de atención secundarios y terciarios, la atención de las urgencias menores (personas en situaciones de urgencias azules y verdes del sistema Manchester de clasificación de riesgo).

La regulación es diferente en lo que concierne a la atención de las condiciones crónicas estables, es decir, los procedimientos programados, generalmente denominados procedimientos electivos en el lenguaje del SUS. Esos procedimientos son programados por la ESF y deben ser regulados directamente por sus equipos, que utilizarán las infovías del sistema de regulación para establecer los flujos de la atención secundaria y terciaria, ambulatoria y hospitalaria, y para los sistemas de apoyo, en especial los de apoyo diagnóstico y terapéutico. Así, casi toda la regulación de los procedimientos programados, con excepción de algunos flujos secundarios entre unidades de atención secundaria y terciaria, debe estar a cargo del equipo de la ESF y tener una base fuerte en la programación previa. Cuando la ESF no regula toda la RAS, aumenta la posibilidad de que haya un número excesivo de solicitudes de exámenes complementarios y de consultas especializadas, de que se formen colas, de que aumenten los costos totales de la atención y los potenciales eventos de iatrogenia ^(257, 258). La Secretaría Municipal de Salud de Guarulhos, São Paulo, está llevando adelante algunos cambios para fortalecer la regulación de los procedimientos programados por la APS ⁽²⁵²⁾.

La gerencia de la ESF debe ocuparse de manera especial de la gestión de la clínica. Esta es una tarea compleja, como se verá más adelante, que no puede prescindir de una estructura gerencial fuerte. Además, la gerencia eficaz de la ESF exige la introducción cotidiana de la gestión de procesos, que se aplica en la ESF, con mayor énfasis, a los microsistemas clínicos, por medio del uso corriente de un conjunto de tecnologías gerenciales, con fuerte base en el método PDSA, como el diagrama de causa y efecto, el diagrama de Pareto, la matriz 5W2H, la carta de control, el procedimiento operativo modelo y otras ^(259, 260).

La gestión de los procesos es fundamental para desarrollar programas de calidad en la ESF, que pueden ser objeto de métodos de evaluación interna y externa. El Ministerio de Salud desarrolló una metodología de evaluación interna, la evaluación

para mejorar la calidad de la estrategia de salud de la familia, que se está aplicando en algunos municipios, aunque todavía de manera limitada ⁽²⁶¹⁾. Esa metodología depende de instrumentos de autoevaluación de la gestión y de los equipos y da prioridad a los procesos, especialmente los de trabajo, porque se prestan mejor para realizar intervenciones correctivas para los problemas detectados. La misma metodología evalúa aspectos de estructura y resultados para determinar estándares de calidad, aunque con menos énfasis. La evaluación externa mide la calidad de una organización de la ESF a partir de estándares establecidos por una organización diferente de la que será acreditada, como la Organización Nacional de Acreditación (ONA). El proceso de acreditación es voluntario, periódico y sistemático. La evaluación externa debería promoverse para evaluar la capacidad de las ESF de funcionar efectivamente como una estrategia de organización del SUS. La Organización Social Santa Marcelina, de la ciudad de São Paulo, es un ejemplo de proceso de acreditación en la ESF; en este se utiliza la metodología ONA, que ya ha certificado algunas unidades de la ESF en el nivel 1 ⁽²⁶²⁾. La acreditación de las unidades de la ESF debe estimularse en todo el país.

La complejidad de la gestión de la ESF no puede no tener carácter profesional, por lo tanto, cada unidad debe tener un gerente de nivel superior, a tiempo completo y con competencia en gestión de la atención primaria. El enfermero, como ocurre muy a menudo, no debe ser desviado de sus funciones clínicas para dedicarse a la gerencia de las unidades de la ESF, aunque sí podrá hacerlo como gerente a tiempo completo, al igual que otros profesionales sin vínculos directos con la clínica y con competencias específicas en gerencia.

La introducción del gerente profesional es fundamental para el trabajo de la ESF y será su responsabilidad liderar, en el plano gerencial, a todo el equipo. El gerente de las unidades de la ESF debe tener en la salud una posición análoga a la que tiene un director de escuela pública en la educación. La creación de la figura de autoridad sanitaria local por la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba es una experiencia exitosa que debería promoverse en todas las unidades de la ESF del país.

Ese gerente de nivel superior debe ser competente en gestión de salud y tener formación específica en gestión de la ESF. Por lo tanto, su contratación debe realizarse con base en una certificación profesional de esas competencias y por medio de concurso o selección pública. La generalización del cargo de gerente profesional de la ESF abriría un mercado laboral para un contingente significativo de gestores de salud que comienzan a prepararse en programas de posgrado en diversas universidades brasileñas.

FORTALECIMIENTO DEL CONTROL SOCIAL EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

El fortalecimiento del control social en el ámbito local es indispensable para consolidar la ESF. El territorio de cobertura de los equipos de salud de la familia constituye un espacio social que puede favorecer mucho la atención primaria. Por lo tanto, los consejos municipales de salud deben constituir un consejo local de salud en cada área de cobertura de las unidades de la ESF. A su vez, ese consejo debe, controlar efectivamente el trabajo de salud de la familia por medio de su participación en la programación, el monitoreo y la evaluación de la ESF en su espacio social.

En el municipio de Curitiba hay un ejemplo de control social efectivo, en el que los consejos locales de salud participan en la programación de la APS y monitorean su marcha. El pago por desempeño a los equipos de APS requiere una evaluación que realiza el consejo local de salud; este es uno de los factores que contribuye al éxito de la gestión por resultados en ese municipio.

Los consejos locales de salud fortalecidos realizarán conferencias de salud locales más consecuentes y contribuirán a una discusión en que la ESF sea la preocupación central de las conferencias nacionales, de estados y municipios.

SUPERACIÓN DE LOS PROBLEMAS EDUCACIONALES

Para que la ESF pueda constituirse en una estrategia de organización del SUS, los problemas educacionales deben superarse, tanto en los programas de pregrado como en los de posgrado

En el pregrado parece necesario superar el modelo vigente. Hace 100 años, el Informe Flexner ⁽⁵⁴⁾ llevó a integrar la ciencia moderna en los programas de las escuelas de salud, lo que contribuyó a la duplicación de la esperanza de vida al nacer de la población mundial en el siglo XX. Su lugar privilegiado era la universidad. Sin embargo, los nuevos desafíos que afronta la salud – la transición demográfica, los problemas ambientales y del comportamiento, la transición epidemiológica con el avance de las condiciones crónicas –, ponen en jaque el modelo flexneriano de enseñanza de los profesionales de salud, ya que ese modelo no puede responder a esos desafíos, porque es fragmentado, se refiere a una realidad demográfica y epidemiológica pasada y propiciada por programas estáticos que no sirven para resolver los problemas actuales ⁽⁵⁵⁾. En función de eso, en la segunda mitad del siglo XX se instituyó una segunda generación de reformas a la educación en salud con la introducción de la educación basada en problemas. Su lugar privilegiado fueron los centros académicos hospitalarios y ambulatorios; sin embargo, funcionó de forma fragmentada.

Mediante esas dos generaciones de reformas no fue posible solucionar los problemas de la enseñanza de pregrado, que tienen que ver con: el desfase entre las competencias de los profesionales y las necesidades de salud de la población; la falta de trabajo en equipo; la atención dirigida a las condiciones y eventos agudos y de carácter episódico y reactivo; el abordaje técnico y biológico en detrimento de una comprensión más general del contexto de la práctica profesional; la valoración excesiva de la especialización; el predominio de una orientación hospitalaria y de atención ambulatoria especializada en detrimento de la APS; el desequilibrio cuantitativo y cualitativo del mercado laboral, y un liderazgo débil en relación con la participación de los centros académicos en el mejoramiento de los sistemas de atención de salud integrados en RAS ⁽²⁶³⁾.

En este momento se impone una tercera generación de reformas a la educación, que debe tener como objetivo mejorar el desempeño de los sistemas de atención de salud y adaptar las competencias fundamentales de los profesionales a contextos específicos, aunque reconociendo el saber mundial. Su lugar privilegiado es el sistema de educación en salud, pero con gran valoración relativa de la APS. Esa reforma debe llevar a un aprendizaje en tres fases: informativa, formativa y transformativa. La fase informativa consiste en la adquisición de conocimientos y habilidades y tiene como propósito producir conocimientos; la fase formativa busca transmitir valores. El nivel transformativo abarca tres cambios básicos: la memorización de hechos para la búsqueda, el análisis y la síntesis de la información para el proceso decisorio; el trabajo individual para la adquisición de competencias para el trabajo en equipo, y la adopción acrítica de modelos globales adaptados creativamente a realidades locales.

La reforma educacional debe tener algunos elementos importantes: la adopción de abordajes de competencia en el diseño de la instrucción; la promoción de la educación inter y transprofesional para romper el aislamiento y establecer relaciones efectivamente poliárquicas en los equipos de salud; el aprovechamiento de la información tecnológica para el aprendizaje; el énfasis en el perfeccionamiento de los cuadros docentes; la institucionalización de un nuevo profesionalismo que desarrolla valores; la transformación de centros académicos aislados en sistemas académicos que funcionan en las RAS y relacionan la APS con los centros ambulatorios especializados y los hospitales; el surgimiento de un nuevo profesionalismo centrado en la atención de las personas y en el trabajo en equipo, y la utilización intensiva de tecnologías de información en la atención y en la enseñanza a distancia y presencial ^(263, 264).

En el caso de Brasil, ese modelo de reforma educacional, en coherencia con la APS como estrategia de organización del SUS, debe hacer hincapié en la salud de la familia como espacio de aprendizaje. Su lugar privilegiado será la unidad de la ESF.

El Gobierno Federal, a través de los Ministerios de Salud y Educación, creó el Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud (Pro-Salud), cuyo objetivo es integrar la enseñanza y el servicio, para tratar de reorientar la formación profesional en salud y propiciar un abordaje integral del proceso salud-enfermedad con énfasis en la APS y promover la transformación de la atención de salud de la población. Ese programa debería ser ampliado para abarcar un número significativo de universidades brasileñas. Además, debería existir un requisito de acreditación de las unidades de la ESF para albergar ese programa, especialmente en lo que respecta a estructura y procesos. Para ese efecto, los recursos invertidos en el Pro-Salud deberían ser suficientes para mejorar la infraestructura de la unidad que recibirá a los graduados.

Debe ofrecerse una mayor cantidad de programas de posgrado de mejor calidad. El número de residencias en salud de la familia debe aumentarse, ya sea para multidisciplinarios o en medicina de la familia y la comunidad. Esa debería ser una función primordial del nivel federal, en la que se articulen los Ministerios de Educación y Salud. Las secretarías de estado de salud financian un número importante de residencias médicas, pero generalmente no utilizan ese mecanismo para aumentar la oferta de residencias en medicina de familia y comunidad, que deberían tener prioridad. Por ejemplo, la Secretaría de Estado de Salud de São Paulo financió 17.117 becas para médicos en el período de 1990 a 2002, de las cuales las de médicos de familia y comunidad fueron un mínimo entre las especialidades seleccionadas ⁽²⁶⁵⁾. Se impone, por lo tanto, un cambio en el financiamiento de becas de residencias médicas para aumentar el número asignado a médicos de la familia y la comunidad. Ese incremento debe ser gradual, a largo plazo, hasta alcanzar 40% del total de residencias médicas, como en los países que cuentan con programas de salud de la familia bien establecidos.

Las maestrías y doctorados en salud de la familia requieren incentivos, porque son imprescindibles para la formación de profesores de programas de pre y posgrado. Debe ofrecerse también un mayor número de cursos de especialización en salud de la familia y fortalecerse aún más los cursos a distancia.

Sin embargo, en la fase de transición por la que pasa la ESF, es indispensable instituir un proceso de educación permanente para los equipos de salud de la familia, que debe ofrecerse gratuitamente y en tiempo protegido a todos los profesionales de la ESF. Esa actividad educativa debe ser reconocida, con créditos, por las sociedades corporativas. El Programa de Educación Permanente de Médicos de Familia de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais es una experiencia alentadora.

SUPERACIÓN DE PROBLEMAS DE RELACIONES LABORALES

Es fundamental garantizar condiciones de trabajo más estables para los trabajadores de la ESF y dejar atrás definitivamente las formas de contratación precarias, especialmente las modalidades de contratos temporeros. Además de contar con contratos adecuados, los servidores de la ESF deben tener un plan de carrera.

La particularidad del trabajo en la ESF, que requiere dedicación a tiempo completo y compromiso a largo plazo, denota la necesidad de mayor estabilidad para sus empleados. Por lo tanto, lo ideal será tener contratación en régimen estatutario, que permita garantizar cierta estabilidad. Siempre hay detractores de ese tipo de regímenes, que los consideran, no sin un poco de razón, sistemas muy rígidos e incentivos a un desempeño sin compromiso de parte de los trabajadores con los consecuentes resultados para la población. Sin embargo, el régimen estatutario puede funcionar, siempre que haya una combinación de factores en una organización de salud, como cultura de resultados, reconocimiento a los méritos y pago variable del rendimiento en función de los resultados. En la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, por ejemplo, todos los equipos de APS tradicional y de la ESF funcionan con contratos estatutarios. Luego de estudiar ese sistema, el Banco Mundial constató que la estabilidad de los servidores de esa Secretaría había sido un elemento fundamental de los buenos resultados sanitarios obtenidos en ese municipio en los últimos años ⁽²⁶⁶⁾.

Está claro que hay dificultades para ampliar el régimen estatutario, entre otras, la cuestión de la ley de responsabilidad fiscal y el límite máximo de los salarios que está dado por el del prefecto municipal. Por lo tanto, habrá que plantear alternativas de contratación regidas por la Consolidación de las Leyes Laborales (CLT). Esas contrataciones podrán estar a cargo de los municipios o de entidades públicas no estatales, de base municipal, regional o de los estados. La Fundación Estatal Salud de la Familia del estado de Bahía adoptó una iniciativa innovadora. Esta es una fundación pública intermunicipal, integrante de la administración indirecta del estado, de derecho privado, que cumple la función esencial de gestión compartida de la ESF. La Fundación tiene un plan de empleos, carreras y salarios regido por la CLT, que funciona en el ámbito del estado ⁽²⁶⁷⁾.

Ya sea por régimen estatutario o por la CLT, no se podrá prescindir de un plan de carrera. En la ESF, ese plan debe garantizar el avance de los trabajadores, ya sea por mérito o por títulos, gratificaciones adicionales y premios e incentivos al desarrollo del trabajo en condiciones especiales. Con relación a lo último, deberá crearse un subsidio para la permanencia en regiones críticas, que se pagará en su totalidad al cabo de dos años a los profesionales de la ESF que ocupen cargos de menor estabilidad.

Con el fin de eliminar la competición predatoria entre los diferentes municipios, ya que afecta enormemente la rotación profesional en la ESF, los planes de carrera serán coordinados por el estado. Esa coordinación exigirá recursos adicionales, que deben ser financiados por un fondo proveniente del gobierno federal y de recursos del estado en una proporción de 50% cada uno. En un estudio realizado para el estado de Minas Gerais se propone una carrera profesional para la ESF (estructura, criterios de ingreso y de avance) y remuneraciones (tablas salariales, incentivo para permanencia y remuneración variable). En el estudio se concluyó que para que la propuesta fuera viable, se necesitarían recursos adicionales por un valor de R\$ 77 millones (valores de 2009) además de los gastos ya realizados por los municipios. A partir de ese valor estimado para Minas Gerais, se puede estimar que un fondo nacional debería ser de alrededor de R\$ 800 millones anuales, lo cual es perfectamente viable y sería eficaz por los grandes beneficios que traería.

Algunas de las medidas sugeridas para lograr la permanencia de profesionales en zonas más difíciles son: salarios más altos; buena infraestructura de información y comunicación, incluida la teleasistencia; apoyo para separaciones temporales del cargo; vacaciones ampliadas; educación permanente; reconocimiento académico del trabajo; auxilios especiales para cónyuges e hijos, y subsidios de vivienda ⁽²⁴⁶⁾. Además, se ha sugerido la posibilidad de ofrecer un fuerte incentivo específico a los profesionales de dedicación exclusiva voluntaria ⁽²⁴⁶⁾.

INSTAURACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD PARA CONDICIONES AGUDAS Y CRÓNICAS

La ESF debe funcionar como parte y centro de comunicación de las RAS, para lo cual será necesario adoptar modelos de atención eficaces para las condiciones agudas y crónicas. El objetivo de este libro es exactamente proponer un modelo de atención de las condiciones crónicas que pueda ser utilizado principalmente por los equipos de la ESF del SUS.

No obstante, también es necesario instaurar un modelo de atención de las condiciones agudas en la ESF, lo que demanda algún tipo de clasificación de riesgos en la APS.

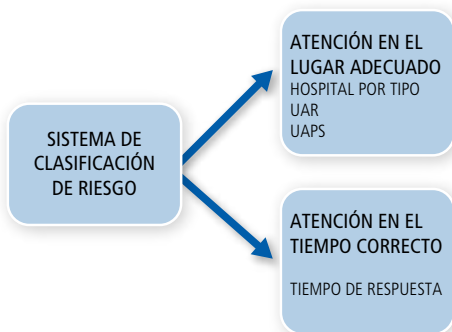
La organización de los servicios de urgencia, tanto nacional como internacionalmente, se pensó a partir del hospital, con el apoyo de un sistema logístico que permitiera a los usuarios llegar al nosocomio más próximo en el menor tiempo posible. Por lo tanto, la lógica de la organización está centrada en el hospital. La atención de urgencias en Brasil se expresó en tres ámbitos: prehospitalario fijo y móvil, atención hospitalaria y atención poshospitalaria. Esa concepción tiene el problema de no haber pensado en la APS como punto de atención fundamental de las urgencias

menores. La instauración de la ESF como punto de atención de salud fundamental en las redes de atención de urgencias es una condición para organizar ese sistema. De lo contrario, no se elimina la atención de las urgencias menores en los hospitales, cuando esa es una de las causas de las largas colas y camillas en los pasillos que impiden organizar la atención hospitalaria de las urgencias mayores.

Para dar eficacia a la atención de las condiciones y eventos agudos, se impone un sistema de atención de urgencias dentro de las RAS y la valoración de la ESF como un punto de atención de esa red; por lo tanto, será necesario poder clasificar el riesgo en las unidades de atención primaria para atender las urgencias menores y ofrecer los primeros cuidados de las urgencias mayores.

La lógica de un modelo de atención de las condiciones agudas (Figura 5) está en la clasificación de riesgos del paciente en situación de urgencia, con el fin de que, a partir del riesgo definido, se establezcan el tiempo de respuesta y local apropiado para su atención, que podrá ser un hospital, de diferente tipo, una unidad de atención rápida o la ESF.

Figura 5: Lógica del modelo de atención de las condiciones agudas



UAR: unidad de atención rápida; UAPS: unidad de atención primaria de salud
Fuente: Mendes ⁽²¹⁾

En todos los países se ha observado un aumento constante de la demanda de servicios de urgencia y una consecuente presión, muchas veces insoportable, en las estructuras y los profesionales de salud. La urgencia es la principal causa de insatisfacción de la población que utiliza el sistema de atención de salud. Siempre habrá una demanda por servicios mayor que la oferta y el aumento de la oferta siempre conduce al incremento de la demanda, creándose de esa manera un sistema de difícil equilibrio. La solución han sido alternativas de racionalización de la oferta o estrategias regulatorias.

El sistema Manchester de clasificación de riesgo es uno de los más utilizados internacionalmente para ese propósito ⁽²⁶⁹⁾. Fue propuesto por el Grupo de Triage de Manchester, Reino Unido, con el fin de consensuar entre médicos y personal de enfermería un instrumento de clasificación de riesgo para los servicios de urgencia. Los protocolos existentes tenían nomenclatura, definiciones y tiempos de espera para la evaluación médica diferentes ⁽²⁷⁰⁾. Por lo tanto, la idea fue desarrollar nomenclatura y definiciones comunes, una metodología operativa sólida, programas de formación y guía de auditoría. Este sistema se resume en la figura 6.

Figura 6: Sistema Manchester de clasificación de riesgo

NÚMERO	NOMBRE	COLOR	TIEMPO DE DE ATENCIÓN EN MINUTOS
1	Inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Poco urgente	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

Fuente: Mackway-Jones, Marsden & Windle ⁽²⁶⁹⁾

El sistema Manchester tiene varias características: consta de una escala de cinco niveles; se utiliza ampliamente en varios países; está basado en categorías de síntomas, en factores discriminadores clave y algoritmos clínicos y su tiempo de aplicación es corto. Asimismo, tiene algunos criterios de validez: garantiza uniformidad a lo largo del tiempo y entre diferentes equipos de salud; elimina el triaje sin fundamento científico; pueden aplicarlo médicos y personal de enfermería; garantiza la seguridad de los usuarios y de los profesionales de salud; es rápido, y puede ser auditado ⁽²⁷¹⁾.

Hay evidencia del funcionamiento del sistema Manchester tanto de evaluaciones globales ^(271, 272) como de atención específica, por ejemplo, de las causas externas ⁽²⁷³⁾, enfermedades cardiovasculares ⁽²⁷⁴⁾ y la atención pediátrica ⁽²⁷⁵⁾.

La aplicación de este sistema de clasificación de riesgo en las unidades de APS ha generado resultados muy positivos, especialmente cuando se trata de acortar la espera del paciente para ser atendido. Además, ha sido muy bien evaluada por la población en municipios de diferentes tamaños y regiones, como Curitiba, Pará de Minas, Pirapora y Uberlandia, los tres últimos del estado de Minas Gerais.

La ESF en las redes de atención de salud tiene las siguientes responsabilidades: clasificación de riesgos; primeros cuidados para las personas con riesgo rojo, naranja y amarillo; atención de la personas con riesgo azul y verde ⁽⁵²⁾.

FINANCIAMIENTO ADECUADO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Una política de financiamiento adecuado de la ESF conlleva un cambio ideológico y tiene tres elementos principales e interrelacionados: el aumento de la cantidad de recursos gastados en APS, el aumento de la eficiencia federal, de los estados y de los municipios en la asignación de los recursos y el sistema de incentivos.

En el plano ideológico, reemplazar la interpretación de la APS como atención selectiva o nivel de atención por una estrategia de organización del SUS tiene implicaciones operativas claras para el financiamiento. No se trata más de estructurar una ESF exclusivamente para regiones y familias pobres con servicios de poca densidad tecnológica y bajo costo. Desde el punto de vista del financiamiento, la APS como estrategia debe comprenderse según describe la Organización Mundial de la Salud: “La APS no es barata y requiere inversiones considerables, pero genera más valor por el dinero invertido que cualquier otra opción” ⁽⁹⁴⁾.

Desde el punto de vista de la eficiencia en la asignación de recursos, los gastos en la ESF tendrán que aumentar en relación a los gastos en procedimientos de mediana y alta complejidad. En el plano federal, eso significará ajustar gradualmente la realidad crítica de la curva de gastos ilustrada en el gráfico 7 hasta llegar a una situación aceptable. En los estados habrá que crear una cultura en la que las coordinaciones de los estados, operadas por las secretarías de estado de salud, sean imprescindibles para lograr una ESF fuerte y de calidad. Por cierto, ese trabajo de coordinación tendrá que tener un aporte significativo de los recursos de los estados para el funcionamiento de la ESF, lo que permitirá, a mediano y largo plazo, estructurar una curva de gastos más equilibrada entre los niveles primario, secundario y terciario de atención.

El fenómeno de los hospitales pequeños deberá afrontarse a escala nacional, ya que drenan especialmente los recursos federales y municipales, cuya asignación a la atención primaria sería mucho más eficiente.

Se impone una política hospitalaria nacional, coordinada por el Ministerio de Salud, que financie adecuadamente la conformación de una red regionalizada de hospitales social y sanitariamente necesarios, es decir, hospitales con escala adecuada, que funcionen en redes micro y macrorregionales, acreditados por lo menos en nivel 1 y que sean capaces de atender a los beneficiarios del SUS de forma eficiente,

eficaz, segura y oportuna. Una política hospitalaria con esas características permitirá liberar recursos que actualmente se gastan ineficientemente en pequeños hospitales, los que a su vez serán convertidos en otro tipo de unidad de salud para fortalecer la ESF. En años recientes, el Programa de Fortalecimiento y Mejoría de la Calidad de los Hospitales del SUS/MG (PRO-HOSP) ha estado aplicando una política hospitalaria conceptualmente similar a la descrita en Minas Gerais con buenos resultados, aunque insuficiente, dado que se limita estrictamente al ámbito del estado y cuenta con pocos recursos financieros ⁽²⁷⁶⁾. Desde el punto de vista de la eficiencia en la asignación de recursos, para que la política hospitalaria pueda tener un impacto significativo en la organización de la ESF, deberá ser de carácter nacional.

El aumento global de los gastos con la ESF debe ser parte de un movimiento más amplio de aumento de los gastos del SUS. A la frustración por la reglamentación de la Enmienda 29/2000 debe seguir una nueva estrategia que no apueste tanto a la probabilidad de que aumenten los recursos asignados al SUS mediante mecanismos legislativos convencionales.

Una revisión de la bibliografía internacional muestra los vicios generados por las características de los sistemas segmentados de atención de salud, como el de Brasil. A pesar de que existe una directriz constitucional sobre un sistema único de salud, público y universal, la dinámica social ha profundizado un sistema segmentado con tres componentes: el sistema público o SUS además del Sistema de Salud Suplementaria y el Sistema de Desembolso Directo, ambos privados.

Los sistemas segmentados de atención de salud se justifican en un supuesto aparentemente magnánimo de que, al contar con sistemas específicos para quien pueda pagar, sobrarían más recursos públicos para dar mejor atención a los más pobres. Sin embargo, hay evidencia de que ese supuesto es falso y cuando se segmentan los sistemas de atención de salud, termina ocurriendo exactamente lo contrario. Al crear un sistema singular para los pobres, los recursos que se le destinan tienden a ser insuficientes, debido a la desorganización social de esos grupos y su baja capacidad de articulación política ⁽²⁷⁷⁾. Los casos de los Estados Unidos y Chile son expresiones de esa realidad ^(278, 279).

La evidencia explica la dificultad de aumentar los recursos financieros del SUS, que son indeciblemente bajos en Brasil, porque los más de 150 millones de brasileños que dependen exclusivamente de él están subrepresentados en el Congreso Nacional. Hay una enorme diferencia en la discusión del presupuesto de salud en los parlamentos de países que tienen sistema público universal y países, como Brasil, que tienen un sistema segmentado. En el Reino Unido o en Suecia, los parlamentarios discuten el presupuesto de un sistema al cual ellos y sus familias pertenecen, mientras

en Brasil, los miembros del congreso discuten el presupuesto del SUS (el sistema de los pobres), que no utilizan, a no ser en condiciones especiales, porque tienen un sistema privado financiado por el conjunto de la población. La única manera de conseguir más recursos para la salud es movilizándolo esa gran mayoría y haciendo llegar al Congreso Nacional una legislación de iniciativa popular. Es bueno recordar que el SUS es la política social de mayor capilaridad en Brasil y que llega con legitimidad y regularidad a los hogares de más de la mitad de la población, especialmente por medio de los agentes comunitarios de salud.

De cualquier forma, además de la frustración y el desencanto recientes, es necesario tener en cuenta que, aún desde la posición más optimista, el incremento significativo de recursos para el SUS con el fin de que pueda funcionar como un sistema público universal llevará mucho tiempo.

A corto plazo, la cuestión será tratar de aumentar la eficiencia en la asignación de los recursos del SUS en el plano federal, destinando proporcionalmente más recursos para la ESF en relación con los de los servicios de mediana y alta complejidad. Para ello, como defiende Gilson Carvalho, bastaría cumplir la Constitución Federal, que determina que, como mínimo, 15% de los recursos del presupuesto del Ministerio de Salud sean transferidos a los municipios, per cápita, para la APS (CF, ADCT, 77 § 2º). El cumplimiento del Ministerio de Salud del mandato de la Constitución en 2011 habría significado una transferencia de R\$ 19,7 mil millones a los municipios para la APS, un valor per cápita de \$55,00 ⁽²⁸⁰⁾.

Uno de los principales peligros en torno a la propuesta de la ESF es la pérdida de fuerza de los incentivos para aumentar el número de equipos o para convertir la APS tradicional en ESF. Esos incentivos, que fueron fundamentales para ampliar la cobertura de la ESF, se han ido debilitando a lo largo del tiempo y acabarán desapareciendo si no se hace nada. El resultado sería desastroso. Hay evidencia de que la ESF es una mejor forma de organización de la APS en el SUS, pero es necesario mantener la política de incentivos a ese modelo de atención primaria. Si bien el financiamiento debe ser para todas las unidades de APS, debe haber incentivos exclusivos para las unidades de la ESF, para lo que habrá que mantener una fracción variable para incentivar el establecimiento de nuevos equipos en la ESF o convertir unidades tradicionales en unidades de la ESF ⁽²⁸¹⁾.

En el financiamiento de la ESF, el Ministerio de Salud y las SES deben transferir parte de los recursos a los municipios, en forma de incentivos asociados al desempeño, concertados en contratos de gestión. La iniciativa Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ) del Ministerio de salud avanza positivamente en este sentido ⁽²⁸²⁾.

Las transferencias al PSF desde el ámbito federal y estatal deben hacerse con criterios redistributivos: los municipios más pobres recibirían un monto per cápita más alto que los municipios más ricos. Un buen ejemplo es el de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais, que transfiere una suma mensual para cada equipo del PSF, según un índice de necesidades de salud que dividió los municipios en cuatro cuartiles que combinan necesidades de salud y capacidad fiscal. Los municipios del cuartil con mayores necesidades reciben un monto mensual equivalente al doble del de los municipios con menos necesidades ⁽²⁸³⁾.

Los recursos del SUS no son suficientes para cumplir el mandato constitucional de un sistema público universal y gratuito, pero, con voluntad política, son suficientes para hacer una revolución en la APS. Eso agregaría un valor enorme a la salud de la población brasileña.

Como ya se ha señalado, para superar los obstáculos que afronta la ESF en el SUS se requiere una gran variedad de cambios, porque los problemas son complejos y no pueden solucionarse mediante un programa de trabajo limitado. La institución de la ESF como estrategia de organización del SUS y la consolidación del ciclo evolutivo de la atención primaria de salud en el SUS requieren abarcar todas las intervenciones anteriormente mencionadas en su conjunto, lo cual no es sencillo ni rápido ni barato.

El programa de propuestas de renovación de la APS en el SUS mediante la consolidación de la ESF es coherente con los cambios a la atención primaria señalados por la Organización Mundial de la Salud (Cuadro 1).

Cuadro 1: El sentido de los cambios en la implementación de la reforma de la atención primaria de salud

IMPLEMENTACIÓN ANTERIOR DE LA REFORMA DE LA APS	IMPLEMENTACIÓN ACTUAL DEL CAMBIO DE LA APS
Provisión de un paquete básico de intervenciones sanitarias y de medicamentos esenciales dirigidos a poblaciones rurales pobres	Transformación y regulación del sistema de atención de salud, con miras al acceso universal y la protección social en salud
Concentración en madres y niños	Atención de salud para toda la comunidad
Concentración en enfermedades seleccionadas, especialmente condiciones agudas de naturaleza infecciosa	Respuesta a las necesidades y expectativas de las personas en relación a un conjunto amplio de riesgos y enfermedades
Mejoramiento del saneamiento y la educación en salud en el ámbito local	Promoción de comportamientos y estilos de vida saludables y mitigación de los daños sociales y ambientales a la salud
Uso de tecnología simplificada por agentes comunitarios de salud no profesionales	Equipos de salud que facilitan el acceso y el uso apropiado de tecnologías y medicamentos
Participación para movilizar recursos locales y gestión de los centros de salud a través de comités locales	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo político y en los mecanismos de rendición de cuentas
Financiamiento gubernamental y prestación de servicios con gestión centralizada	Sistemas pluralistas de atención de salud operando que funcionan en un contexto globalizado
Gestión de la escasez	Crecimiento de los recursos de salud rumbo a la cobertura universal
Ayuda y cooperación técnica bilateral	Solidaridad global y aprendizaje conjunto
APS como antítesis del hospital	APS como coordinadora de una respuesta amplia en todos los niveles de atención
La APS es barata y requiere inversiones modestas	La APS no es barata y requiere inversión considerable, pero la relación entre valor y dinero invertido es mejor que en todas las alternativas

Fuente: Organización Mundial de la Salud ⁽⁹⁴⁾

Estos cambios a la APS propuestos por la Organización Mundial de la Salud son parte de grandes grupos de intervenciones que reflejan la convergencia de la evidencia sobre lo que se necesita para dar una respuesta eficaz a los retos que plantea la salud hoy en día; los valores de equidad, solidaridad y justicia social que orientan el movimiento de la reforma de la APS, y las expectativas crecientes de la población en las sociedades modernas. Las intervenciones se agrupan en reformas con miras a lograr la cobertura universal y, en consecuencia, la equidad en salud; reformas a la prestación de los servicios para construir un sistema de atención de salud centra-

do en las personas; reformas al liderazgo de los sistemas de atención de salud, de modo que sus autoridades sean más fiables, y reformas a las políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades ⁽⁹⁴⁾.

Las reformas para conseguir cobertura universal deben garantizar que los sistemas de atención de salud contribuyan a la equidad en salud, a la justicia social y a terminar con la exclusión social, con el fin de avanzar, especialmente, en dirección al acceso universal y la protección social en salud. Las reformas a la prestación de servicios de salud deben llevar a la reorganización de dichos servicios, principalmente la APS, a partir de las necesidades y preferencias de las personas, de modo que sean más pertinentes y puedan responder mejor en un mundo cambiante y puedan generar mejores resultados sanitarios. Las reformas al liderazgo deben procurar, por una parte, dejar atrás el estilo de gestión centralizado, de tipo comando-control, y por otra, abandonar la función regulatoria del Estado, para construir el nuevo liderazgo inclusivo, participativo y negociador que requiere la complejidad de los sistemas de atención de salud contemporáneos. Las reformas a las políticas públicas deben articular la APS con la salud pública y lograr la integración de esas políticas a las intervenciones intersectoriales.

CAPÍTULO 5 – MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

INTRODUCCIÓN

Una revisión de la bibliografía internacional y nacional permitió construir una propuesta de Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas ⁽²¹⁾ que se basa en otros tres modelos: el Modelo de Atención Crónica ⁽³⁾, el Modelo de la Pirámide de Riesgo ^(284, 285, 286) y el Modelo de Determinación Social de la Salud de Dahlgren y Whitehead ⁽²⁸⁷⁾.

En este documento se diferencia entre el Modelo de Atención Crónica, traducción literal de *Chronic Care Model* (CCM), propuesto por Wagner ⁽³⁾ y el Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas o MACC, que tiene su origen en el CCM, pero fue adaptado al SUS por Mendes ⁽²¹⁾.

MODELO DE ATENCIÓN CRÓNICA

HISTORIA DEL CCM

Los modelos de atención de las condiciones crónicas se han propuesto recientemente y se fundan en el CCM, que fue desarrollado por el equipo del Instituto MacColl de Innovación en la Atención de la Salud de los Estados Unidos a partir de una amplia revisión de la bibliografía internacional sobre la gestión de las condiciones crónicas. El modelo inicial fue perfeccionado en un proyecto piloto apoyado por la Fundación Robert Wood Johnson y luego sometido a un panel de especialistas en el tema. Posteriormente, se puso a prueba nacionalmente por medio de un programa denominado Mejoramiento de la Atención de las Enfermedades Crónicas (Improving Chronic Illness Care). En 2003, ese programa, con apoyo de un grupo de consultores, actualizó el modelo con base en una nueva revisión de la bibliografía internacional y en las experiencias de su aplicación práctica en varias situaciones. Posteriormente, se incorporaron cinco nuevos temas al CCM: seguridad de los usuarios, competencia cultural, coordinación de la atención, recursos de la comunidad y gestión de casos.

A pesar de la amplia difusión del CCM, es bueno tener en cuenta la advertencia de su principal proponente: “el modelo de atención crónica no es una panacea, sino una solución multidimensional para un problema complejo” ⁽³⁾. Por esa razón es que

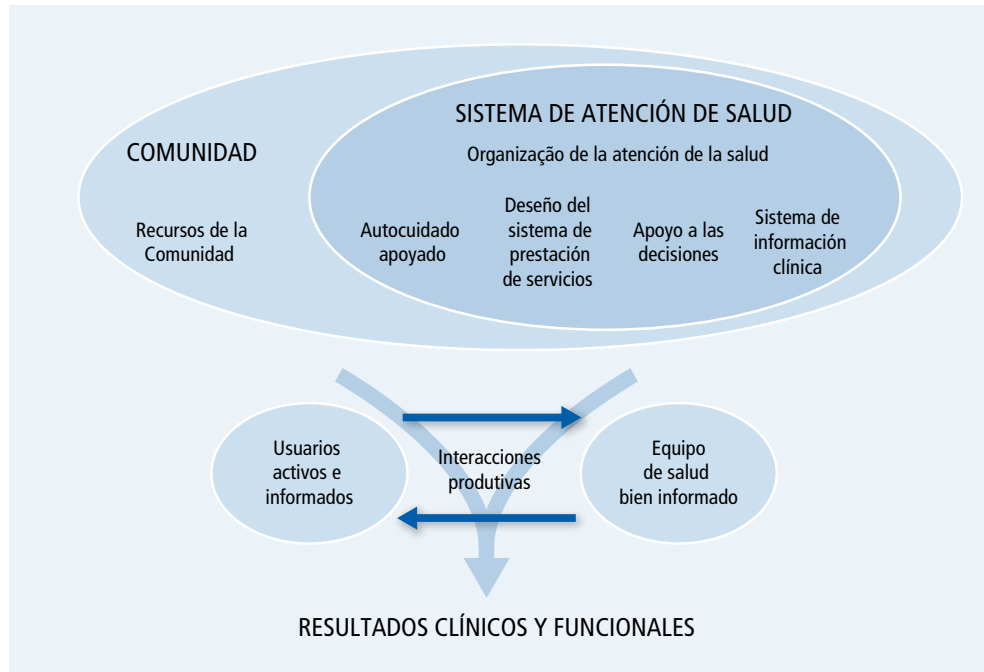
el modelo funciona, ya que constituye una solución compleja y sistémica para un problema complejo, como el de la atención de las condiciones crónicas.

El CCM se desarrolló en respuesta a situaciones de salud en que la prevalencia de las condiciones crónicas es alta y frente al fracaso de los sistemas fragmentados para dar atención a esas condiciones. La respuesta a esa crisis en los sistemas de atención de salud en los Estados Unidos fue el factor que motivó el desarrollo del CCM. Sus autores creen que es posible recibir mejor atención y vivir más saludablemente y que, paralelamente, los costos de la atención de salud pueden reducirse con un cambio radical del modelo de atención de salud.

DESCRIPCIÓN DEL CCM

La presentación original del CCM es de Wagner ⁽³⁾ y se ilustra en la figura 7. Ese modelo se compone de seis elementos, subdivididos en dos grandes campos: el sistema de atención de salud y la comunidad. En el primero, los cambios deben realizarse en la organización de la atención de salud, el diseño del sistema de prestación de servicios, el apoyo a las decisiones, los sistemas de información clínica y el autocuidado apoyado. En la comunidad, los cambios están centrados en la articulación de los servicios de salud con los recursos de la comunidad. Esos seis elementos se interrelacionan de tal manera que pueden formar usuarios informados y activos y un equipo de salud preparado y proactivo para producir mejores resultados sanitarios y funcionales para la población.

Figura 7: Modelo de Atención Crónica



Fuente: Wagner ⁽³⁾

Autorización para uso de la imagen concedida al autor por el American College of Physicians. Traducción de responsabilidad del autor.

A continuación se hace una descripción detallada del CCM en función de los seis elementos fundamentales del modelo ⁽²⁸⁸⁾.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Los cambios en el primer elemento, organización de la atención de salud, tienen por objeto establecer una cultura, organización y mecanismos que promuevan una atención segura y de alta calidad, lo cual se logra:

- mejorando el apoyo a esos cambios en todos los niveles de la organización, especialmente entre sus líderes principales;
- introduciendo estrategias potentes destinadas a facilitar cambios sistémicos amplios;
- fortaleciendo abierta y sistemáticamente el manejo de los errores y de los problemas de calidad para mejorar la atención de salud;
- proporcionando incentivos basados en la calidad de la atención de salud, y

- estableciendo acuerdos que faciliten la coordinación de la atención de salud dentro y entre organizaciones.

Un sistema de atención de salud que busca mejorar la atención de las condiciones crónicas debe estar preparado para hacer cambios en la organización y ponerlos en marcha mediante procesos de gestión de cambios. Los líderes principales deben aceptar las mejoras a la atención de salud como un trabajo importante y traducirlas en políticas y metas para aplicar estrategias eficaces, que incluyan incentivos para reforzar los cambios sistémicos. Las organizaciones eficaces tratan de prevenir los problemas de la atención de salud registrando los errores y analizándolos para generar cambios para evitarlos en el futuro. Las fallas en la comunicación y coordinación de la atención de salud deben prevenirse mediante acuerdos que faciliten la comunicación y el flujo de información y de personas entre los gestores y los prestadores de servicios.

DISEÑO DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los cambios en este segundo elemento tienen el objetivo de asegurar una atención de salud eficaz y eficiente y el autocuidado apoyado. Esto se logra con:

- una clara definición de funciones y distribución de tareas entre los miembros del equipo de salud;
- la introducción de nuevas formas de atención, como la atención compartida en grupo, atención continua, atención por pares y atención a distancia;
- la búsqueda de equilibrio entre la atención de la demanda espontánea y la programada;
- el uso planificado de instrumentos para apoyar una atención de salud basada en evidencia;
- la gestión de caso para las personas con condiciones de salud muy complejas;
- el monitoreo regular de las personas con condiciones crónicas de parte del equipo de salud, y
- la atención de salud provista de acuerdo con las necesidades y la comprensión de los usuarios y conforme a su cultura.

Mejorar la salud de las personas con condiciones crónicas requiere transformar un sistema de atención de salud esencialmente reactivo, fragmentado y episódico, que responde a las demandas por condiciones y eventos agudos, en un sistema proactivo, integrado, continuo y centrado en la promoción y en el mantenimiento de la salud. Tal cambio exige no solamente determinar que la atención de salud es necesaria, sino definir funciones y tareas para garantizar que los usuarios tengan una atención estructurada y planificada. Requiere también, un monitoreo estandarizado y regular, para que los usuarios no queden abandonados al salir de la unidad de salud. Las personas con condiciones de salud de mayor riesgo y más complejas necesitan

cuidados más intensivos. La alfabetización sanitaria y la competencia cultural son dos conceptos nuevos centrales a la atención de salud. Los prestadores de servicios de salud deben responder eficazmente a la diversidad cultural de sus usuarios.

APOYO A LAS DECISIONES

Los cambios del tercer elemento, apoyo a las decisiones, tienen el propósito de promover una atención de salud coherente con la evidencia científica y con las preferencias de los usuarios. Para ello, es necesario:

- introducir directrices clínicas basadas en evidencia en la práctica cotidiana de los sistemas de atención de salud;
- compartir las directrices clínicas basadas en evidencia y la información clínica con el usuario para fortalecer su participación en la atención de salud;
- utilizar instrumentos de educación permanente de eficacia comprobada, e
- integrar la atención primaria de salud con la atención especializada.

Las decisiones clínicas deben tomarse por directrices clínicas elaboradas con base en evidencia científica. Estas directrices deben conversarse con los usuarios, para que puedan entender mejor la atención de salud que reciben. Los profesionales de salud deben recibir educación permanente para mantenerse actualizados acerca de la evidencia que vaya surgiendo; esto exige métodos educacionales que sustituyan la educación continuada tradicional y permitan cambiar el comportamiento de los profesionales. Para cambiar las prácticas, las directrices clínicas deben estar integradas con sistemas de recordatorios, alertas y retroalimentación en tiempo real. El apoyo de los especialistas a los equipos de APS es fundamental en el cuidado de las personas con condiciones crónicas de mayor riesgo o complejidad.

SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Los cambios a este cuarto elemento, sistema de información clínica, tienen por objeto organizar los datos de la población y de los usuarios para facilitar una atención de salud más eficiente y eficaz al:

- utilizar historias clínicas informatizadas de manera cotidiana;
- producir alertas, recordatorios y retroalimentación oportuna para los profesionales de salud y los usuarios;
- detectar subgrupos de población pertinentes en función de sus riesgos, con el fin de darles atención de salud proactiva e integrada;
- elaborar un plan de cuidado individual para cada usuario;
- promover el intercambio de información clínica entre los profesionales de salud y los usuarios para favorecer la coordinación de la atención de salud, y

- monitorear el desempeño del equipo de salud y del sistema de atención de salud.

La atención eficaz de las condiciones crónicas es prácticamente imposible sin un sistema de información que garantice un acceso fácil a los datos clave de una población y sus subgrupos, además de los de cada persona. Un sistema de información debe facilitar la atención de salud de los usuarios mediante alertas, recordatorios y retroalimentación oportunos en relación con los servicios necesarios; asimismo, debe resumir los datos de modo que faciliten la elaboración de los planes de cuidado. En el ámbito poblacional, el sistema de información clínica debe detectar grupos de riesgo que necesiten abordajes diferenciados con respecto a la atención de salud, así como permitir el monitoreo del desempeño del sistema y el trabajo, con miras a mejorar la calidad de los servicios brindados.

AUTOCUIDADO APOYADO

Los cambios en el quinto elemento, el autocuidado apoyado, tienen el objetivo de preparar y empoderar a los usuarios para la gestión de su propia salud y de la atención sanitaria que reciben. Estos cambios se logran:

- haciendo hincapié en la función central que cumplen los usuarios en la gestión de su propia salud;
- aplicando estrategias de apoyo para el autocuidado que incluyan la evaluación del estado de salud, el establecimiento de metas, la elaboración de planes de cuidado, las acciones de resolución de problemas y el monitoreo, y
- organizando los recursos de los establecimientos de salud y de la comunidad para proveer apoyo al autocuidado de los usuarios.

El autocuidado eficaz va mucho más allá de señalar a los usuarios lo que deben hacer. Significa reconocer el papel central de esos individuos en la atención de salud y desarrollar su sentido de responsabilidad con su propia salud. Incluye el uso regular de programas de apoyo construidos con base en evidencia científica, que puedan proveer información, apoyo emocional y estrategias para vivir con las condiciones crónicas. El autocuidado no comienza ni termina con una clase. Consiste en utilizar un método cooperativo entre el equipo de salud y los usuarios, para que conjuntamente definan problemas, establezcan prioridades, propongan metas, elaboren planes de cuidado y hagan el seguimiento de los resultados. Esta es la gestión colaborativa del cuidado, en la que los profesionales de salud dejan de prescribir para establecer una verdadera alianza con los usuarios de los sistemas de atención de salud.

RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Los cambios en el sexto elemento, recursos de la comunidad, tienen por objeto movilizar esos recursos para atender las necesidades de los usuarios. Esto se logra:

- motivando a los usuarios a participar en programas comunitarios efectivos;
- creando alianzas entre las organizaciones de salud y las comunitarias para dar apoyo y establecer programas que ayuden a atender las necesidades de los usuarios, y
- defendiendo políticas que mejoren la atención de salud.

Las organizaciones de salud pueden fortalecer la atención de salud y evitar la multiplicación de esfuerzos. Los programas comunitarios existentes pueden dar apoyo o ampliar la atención de salud. Los consejos locales de salud pueden ejercer, democráticamente, el control social y mejorar la calidad de la atención de salud.

Al poner en práctica los seis elementos del modelo, se crean usuarios activos e informados, que interactúan con equipos de salud proactivos y preparados. Un usuario activo es aquel que tiene motivación, información, habilidad y confianza para tomar efectivamente decisiones sobre su salud y para manejar su condición crónica. Por otra parte, un equipo de salud proactivo y preparado es el que trabaja activamente en su relación con los usuarios, con base en información significativa y con el apoyo y los recursos necesarios para proveer una atención de alta calidad.

La interacción entre usuarios activos e informados y equipos de salud proactivos y preparados produce mejores resultados clínicos y funcionales.

EVALUACIÓN DEL CCM

Hay evidencia en la bibliografía internacional sobre los efectos positivos del CCM en la atención de las condiciones crónicas, ya sea que se evalúe globalmente o sus elementos constitutivos por separado.

La Corporación Rand, conjuntamente con la Universidad de Berkeley, California ⁽²⁸⁹⁾, realizó un estudio de evaluación del CCM, ahora clásico, con dos objetivos: determinar los cambios en las organizaciones de salud para implementar el CCM y establecer el grado en el que la adopción de ese modelo mejoró los procesos y los resultados en relación a las condiciones crónicas. Esa evaluación duró cuatro años y analizó los casos de aproximadamente 4.000 personas con diabetes, insuficiencia cardíaca, asma y depresión en 51 organizaciones de salud. Las conclusiones, publicadas en más de una decena y media de artículos, fueron que: las organizaciones habían podido mejorar introduciendo un promedio de 48 cambios en 5,8 de los

6 elementos del CCM; las personas con diabetes redujeron significativamente su riesgo cardiovascular; las personas con insuficiencia cardíaca recibieron tratamientos mejores y su hospitalización se redujo 35%, medida en días/cama; las personas con asma y diabetes recibieron tratamiento más adecuado para sus enfermedades, y los cambios producidos con la puesta en marcha del CCM fueron sostenibles en 82% de las organizaciones estudiadas y se difundieron dentro y fuera de esas organizaciones ⁽²⁹⁰⁻³⁰¹⁾.

Hay varias otras evaluaciones del CCM disponibles en la bibliografía. Algunas se refieren a la aplicación del modelo en general y en parte fueron publicadas por autores que participaron activamente en su concepción ^(35, 302-307). Otras evalúan el CCM mediante ensayos clínicos aleatorios ⁽³⁰⁸⁻³¹⁰⁾ o se centraron en el mejoramiento de la calidad de la atención de las condiciones crónicas ⁽³¹¹⁻³¹⁹⁾ o analizaron condiciones crónicas particulares ⁽³²⁰⁻³²²⁾. También se han publicado resultados de evaluaciones de aspectos organizativos de la atención de las condiciones crónicas ⁽³²³⁻³²⁶⁾ y de otros estudios que se centraron en la evaluación económica de la atención crónica, especialmente su costo-eficacia ⁽³²⁷⁻³²⁹⁾ y otros que evaluaron la satisfacción de los usuarios ^(18, 330). El CCM funciona mejor cuando los cambios abarcan el conjunto de sus seis elementos, que se potencian unos a otros ⁽¹⁸⁾.

Una parte significativa de los trabajos evaluativos mencionados tratan sobre la aplicación del CCM en la APS y señalan que el modelo funciona con eficacia, eficiencia y calidad en la atención primaria.

APLICACIÓN DEL CCM

A pesar de haberse desarrollado, aplicado y evaluado en los Estados Unidos, el CCM no se ha adoptado extensamente en ese país, excepto en las organizaciones que constituyen sistemas integrados de atención de salud, que cubren escasamente a 5% de la población ⁽²⁷⁾. La razón de esta baja aceptación en los Estados Unidos es cierta incompatibilidad del CCM con los principios organizativos prevalecientes en ese país, tales como la fragmentación del sistema, los incentivos económicos perniciosos, la falta de orientación de los servicios hacia la APS y la inexistencia de una atención de salud centrada en la población ⁽¹⁸⁾.

La propuesta original del CCM fue adaptada en varios países y a diversas situaciones, lo cual dio origen a una serie de modelos derivados, tanto para países en desarrollo como desarrollados.

El modelo se adapta mejor cuando se trata de sistemas de atención de salud públicos y universales ⁽¹⁸⁾. Por eso, ha sido implantado, con ajustes más o menos profundos, en

países como Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido, Nueva Zelandia, Singapur y otros, y en países en desarrollo ^(4, 21, 43).

A partir del análisis de la experiencia de los Estados Unidos, se sugirió que el CCM fuera implantado extensamente en Europa, con los siguientes elementos clave para su adaptación: cobertura universal; limitación del copago para permitir el acceso a los servicios de salud; APS organizada con base en la población y subgrupos de población registradas en el sistema de atención de salud, estratificadas por riesgos; acciones de promoción de salud y de prevención de ciertas condiciones de salud como parte del modelo; integración clínica, y uso de tecnologías de gestión de la clínica, como la gestión de la enfermedad y la gestión de caso ⁽¹⁸⁾.

En el Reino Unido, el CCM generó el modelo de atención de salud y asistencia social para afrontar las condiciones crónicas de larga duración, en consonancia con el Plan de Mejoramiento del Servicio Nacional de Salud. Ese modelo integra el trabajo de los sectores de salud y asistencia social ⁽²⁸⁴⁾. El modelo se basa en intervenciones realizadas en tres temas: infraestructura, sistema de atención de salud y resultados de la atención de salud. Con respecto al sistema de atención de salud, las intervenciones se refieren a promoción de la salud, autocuidado apoyado, gestión de la enfermedad y gestión de caso. Como resultado, se espera llegar a tener usuarios mejor informados y empoderados y profesionales de salud y de asistencia social proactivos y bien preparados. Los elementos clave del modelo de atención de salud y asistencia son: su abordaje sistemático para integrar la atención de salud con la asistencia social y los profesionales y los usuarios; la identificación de todos los usuarios con condiciones crónicas; la estratificación de los usuarios para que puedan recibir atención diferenciada de acuerdo con sus necesidades; el uso de la gestión de caso para personas con condiciones crónicas complejas; la capacidad de detectar a los usuarios que usan intensivamente los servicios; la utilización de equipos multiprofesionales en la APS, con apoyo de especialistas; el énfasis en el autocuidado apoyado, y el uso de instrumentos y tecnologías ya disponibles para afectar la salud de las personas.

En la provincia de Columbia Británica, Canadá, se ha usado un modelo de atención crónica ampliado. Las autoridades sanitarias de esa provincia sintieron que el CCM se centraba excesivamente en aspectos clínicos, lo que haría más difícil su aplicación en las tareas de promoción de la salud. Por esa razón, agregaron al CCM el componente de promoción de la salud, con hincapié en los factores determinantes sociales de la salud y la participación de la comunidad, ampliando así la aplicabilidad del modelo ^(331, 332).

En Australia, se ha utilizado un modelo de continuidad de la atención de salud basado en el hecho de que las condiciones crónicas evolucionan progresivamente

en respuesta a diferentes riesgos. La condición crónica surge en una población saludable y luego evoluciona entre subgrupos de población con factores de riesgo, para pasar después a subgrupos de población con la condición crónica establecida con diferentes riesgos y, finalmente, a personas con enfermedades crónicas en estado terminal. Para cada una de esas etapas se definen intervenciones singulares de promoción de la salud, de prevención de los factores de riesgo, servicios de recuperación y rehabilitación y cuidados paliativos para los enfermos terminales ⁽³³³⁾.

Una variante del modelo de continuidad de la atención de salud utilizada en Nueva Zelanda es el modelo del curso de vida. Ese modelo aborda la atención en forma de evolución continua, que va desde una población protegida a una vulnerable, de una población vulnerable a una con condiciones establecidas sin complicaciones y, finalmente, de esa a una población con una condición de salud establecida con complicaciones. En cada punto de esa evolución se responde con intervenciones de promoción primaria, secundaria y terciaria de la salud ⁽³³⁴⁾.

En Dinamarca, se desarrolló un sistema que combina el modelo ampliado de atención de las condiciones crónicas con el de continuidad de la atención de salud y se materializa en los servicios basados en la comunidad y en la atención domiciliaria ⁽³³⁵⁾. En Holanda, el gobierno aplicó los componentes del CCM a un programa de atención transmuro destinado a superar la brecha entre la atención hospitalaria y la comunitaria ⁽³³⁶⁾.

En Asia se han puesto en marcha algunas variantes del CCM. En Singapur, por ejemplo, se propuso un modelo basado en la atención primaria de salud y el autocuidado, pero con poco hincapié en los cambios organizativos ⁽³³⁷⁾.

Un modelo importante que también corresponde a una ampliación del CCM es el de cuidados innovadores para condiciones crónicas (CICC) propuesto por la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾ y aplicado en varios países, muchos de ellos en desarrollo. La ampliación del modelo de atención de las enfermedades crónicas que busca la Organización Mundial de la Salud se deriva de su inserción en un contexto político más amplio, que abarca a los usuarios y su familia, las comunidades y las organizaciones de salud. El CICC se propone mejorar la atención de salud en tres niveles: micro, meso y macro. Se pone en práctica mediante ocho elementos esenciales: apoyo al cambio de paradigma; gestión del ambiente político; desarrollo de un sistema integrado de atención de salud; alineación de políticas sectoriales de salud; mejor aprovechamiento de los recursos humanos del sector salud; el cuidado centrado en el usuario y la familia; apoyo a los usuarios en su comunidad, e hincapié en la prevención. Existe evidencia de que componentes específicos de ese modelo

determinan mejoras en algunos procesos y resultados sanitarios, pero no hay evidencia robusta del valor en relación con las políticas de salud ⁽³³⁸⁾.

En Brasil, el CCM se ha utilizado, por lo menos parcialmente, como parte de experiencias innovadoras de atención de las condiciones crónicas en el SUS, en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba ⁽³³⁹⁾, en el Grupo Hospitalario Conceição en Porto Alegre ⁽³⁴⁰⁾, en la Secretaría Municipal de Salud de Diadema ⁽³⁴¹⁾ y por el proyecto Qualidia del Ministerio de Salud, presente en varios municipios (Anchieta, Antônio Carlos, Florianópolis, Isla de Itamaracá, Recife, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Lourenço da Mata, Silva Jardim y Tijucas) ⁽³⁴²⁾. El CCM fue acogido por el Ministerio de Salud en el Plan de Acciones Estratégicas para Hacer Frente a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (DCNT) en Brasil, 2011-2022 ⁽³⁴³⁾.

EL CCM EN LA PRÁCTICA

Existen varios trabajos que describen la aplicación práctica del CCM, de los cuales acá se escogió el del programa denominado Accelerating Change Today o ACT (Aceleración del Cambio Hoy) de los Estados Unidos ⁽³⁴⁴⁾. Este programa tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención sanitaria por medio de la identificación de prácticas e innovaciones clínicas y administrativas que propicien mejores los resultados sanitarios para las personas; mayor eficiencia en la prestación de los servicios; aumento del acceso oportuno a los servicios prestados; facilitación del uso de los servicios; disminución de los costos, y reducción de los errores médicos y de la atención de mala calidad.

El ACT se describe en una publicación que contiene una introducción conceptual y varios estudios de caso sobre el manejo de condiciones crónicas mediante el CCM. La introducción conceptual es de Edward Wagner, coordinador del equipo que desarrolló el modelo. Según constató ese autor, el éxito en el manejo de los casos se debió a que las organizaciones adoptaron los tres elementos más importantes del CCM: una definición clara de lo que es el cuidado óptimo; una estrategia clara para cambiar el sistema, y una estrategia eficaz para promover su mejoramiento ⁽³⁴⁵⁾. Con relación a los elementos de la estrategia para el cambio del sistema de atención de salud, se analizan desafíos y soluciones que se estructuran a partir de los seis elementos del CCM.

Desafío 1: el cambio del modelo de atención de salud no es prioridad de las organizaciones de salud.

- **Solución 1:** la organización de la atención de salud. La implantación del nuevo modelo de atención crónica debe ser una prioridad de las organizaciones de salud y de sus líderes principales y parte esencial de sus planes estratégicos.

Desafío 2: los problemas planteados por las condiciones crónicas no pueden resolverse en un sistema centrado en los médicos ni exclusivamente en consultas presenciales de 15 minutos estructuradas con la lógica de la atención de las condiciones y los eventos agudos y con fuerte contenido prescriptivo.

- **Solución 2:** el diseño del sistema de prestación de servicios. La atención de las condiciones crónicas debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que atienda consultas programadas y haga el monitoreo de los usuarios. Las consultas programadas se estructuran con base en directrices clínicas basadas en evidencia, en información clínica pertinente y en tareas organizadas para que los usuarios reciban atención adecuada. Esas consultas pueden ser individuales o en grupo e incluyen la atención de la agudización de las condiciones crónicas, acciones preventivas, educativas y de autocuidado apoyado; un sistema de monitoreo de los usuarios a cargo de los miembros de los equipos de salud, y que puede ser presencial, a distancia, por teléfono o por correo electrónico.

Desafío 3: el equipo de salud no dispone de la información necesaria para tomar decisiones clínicas oportunas.

- **Solución 3:** apoyo a las decisiones. Es necesario introducir directrices clínicas para apoyar la toma de decisiones. Hay evidencia de que las directrices clínicas solo producen cambios de comportamiento entre los usuarios y los profesionales de salud cuando se acompañan de sistemas de educación permanente potentes, sistemas de recordatorios, alertas y retroalimentación, incentivos económicos y de otro tipo y apoyo de profesionales líderes.

Desafío 4: la dificultad de acceso a información crítica sobre los usuarios y la población hace que la prestación de una atención de calidad a las personas con condiciones crónicas sea difícil.

- **Solución 4:** sistema de información clínica. Es necesario estructurar un sistema de información clínica eficaz sobre las condiciones crónicas de todos los usuarios, por lo que se necesita tener las historias clínicas automatizadas. Esa es la base de los planes de atención para todos los usuarios y su seguimiento constante. El sistema de información clínica proporciona retroalimentación sobre el desempeño e identifica a personas con necesidades especiales de atención según riesgos.

Desafío 5: las personas saben poco acerca de sus propias condiciones de salud y tienen poca capacidad (habilidades y confianza) de autocuidado.

- **Solución 5:** autocuidado apoyado. La tecnología de autocuidado apoyado debe ser parte esencial del CCM. Hay evidencia sólida acerca de que las intervenciones individuales y grupales para promover el empoderamiento de las personas y capacitarlas para el autocuidado son muy eficaces en el manejo

de las condiciones crónicas. Para ello hay que apoyar a las personas para que establezcan sus metas, participen en la elaboración de sus planes de cuidado e identifiquen y superen las barreras que interfieren con su salud.

Desafío 6: los recursos institucionales de las organizaciones de salud no son suficientes para todas las necesidades de salud de los individuos y sus familias.

- **Solución 6:** recursos de la comunidad. Debe buscarse una integración entre los recursos de las organizaciones de salud y los existentes en la comunidad, de manera que los últimos complementen los primeros para lograr una atención de calidad para las condiciones crónicas.

En el recuadro 2 se describe un estudio de caso sobre la aplicación del CCM en la APS.

Recuadro 2: Modelo de atención crónica en Health Disparities Collaboratives

En los Estados Unidos, se organizó e instituyó una red de centros de APS llamada Health Disparities Collaboratives, que integra servicios especializados, con el objeto de mejorar la atención de las condiciones crónicas. La misión de la red es sustituir la atención primaria fragmentada, episódica y reactiva por una atención integral, continua y proactiva. Su consigna es cambiar la práctica de la RAS para cambiar la vida de las personas.

La red adoptó el Modelo de Atención Crónica en su organización, y en el período de 1998 a 2002, se logró contar con 414 equipos de APS dedicados a atender la diabetes, el asma, la depresión, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Los principales cambios en los seis elementos del modelo de atención crónica se describen a continuación.

Organización de la atención de salud

El esfuerzo para mejorar la atención de salud se articula con un programa de calidad. El plan estratégico de las organizaciones de salud hace hincapié en la lógica de la atención de las condiciones crónicas y la transforma en metas claras con resultados sanitarios y económicos. Los profesionales de salud con liderazgo participan en ese esfuerzo. Las acciones estratégicas cuentan con recursos humanos, materiales y financieros adecuados. Los cambios realizados en este elemento fueron: expresar el mejoramiento de la atención de las condiciones crónicas en la visión, misión, los valores y planes estratégico y táctico de las organizaciones; involucrar a los líderes en la atención de las condiciones crónicas; garantizar un liderazgo continuo para mejorar la calidad clínica, e integrar el modelo de atención a un programa de calidad.

Recuadro 2: Modelo de atención crónica en Health Disparities Collaboratives

Diseño del sistema de prestación de servicios

El sistema de atención no solamente determina qué tipo de cuidado se necesita, sino también clarifica las funciones y tareas necesarias para que los usuarios reciban una atención adecuada. Además, garantiza que todo el equipo de salud que participa en la atención de una persona tenga acceso a información actualizada sobre su salud y sea capaz de monitorearla a lo largo del tiempo. El trabajo del equipo de salud se fundamenta en las necesidades de los usuarios y en las metas de autocuidado. Los equipos de salud ofrecen consultas a los afectados por una misma condición. Los cambios en este elemento fueron: usar la historia clínica para elaborar y monitorear el plan de cuidado; definir la función del equipo multidisciplinario de salud en las consultas de grupos de usuarios; designar a los miembros de los equipos de salud para monitorear a los usuarios mediante llamadas telefónicas, correo electrónico y visitas domiciliarias, y usar agentes de salud comunitarios para tomar acción fuera de las unidades de salud.

Apoyo a las decisiones

Las decisiones relacionadas con el manejo de las condiciones crónicas se formulan en directrices clínicas respaldadas por la medicina basada en evidencia. Esas directrices son parte de la práctica cotidiana de las unidades de salud, para lo cual fue necesario transformarlas en productos educacionales y aplicarlas en el seno de los equipos de salud mediante programas de educación permanente, y de los usuarios, por medio de instrumentos de educación en salud. Los cambios en este elemento fueron: introducir las directrices clínicas basadas en evidencias en el trabajo cotidiano del sistema de atención de salud; establecer una relación fluida entre el equipo de APS y los especialistas temáticos para dar apoyo especializado eficaz; promover la educación permanente de todo el equipo de salud y de los usuarios con base en directrices clínicas.

Sistema de información clínica

La utilización de un sistema de información clínica, tanto para los usuarios individuales como para grupos específicos, ha sido fundamental para el manejo de las condiciones crónicas. La prioridad es el uso de historias clínicas automatizadas. Ese sistema de información clínica es el que permite una integración entre los seis elementos del modelo de atención, y la elaboración y el monitoreo del plan de cuidado de cada usuario. Los cambios en este elemento fueron: introducir la historia clínica automatizada; desarrollar el proceso de utilización cotidiana de esa historia clínica; registrar cada condición crónica por grado de riesgo, y usar la historia clínica automatizada para generar recordatorios, alertas y retroalimentación para los profesionales de salud y los usuarios y para generar indicadores de eficacia clínica para el sistema de atención de salud.

Autocuidado apoyado

El autocuidado apoyado no se trata de decirle a la gente lo que debe hacer. Los usuarios desempeñan un papel central en determinar su atención de salud y desarrollar un sentido de responsabilidad de su propia salud. En la práctica, ese enfoque requiere colaboración estrecha entre el equipo de salud y los usuarios, para que conjuntamente definan el problema, establezcan las metas, instituyan planes de cuidado y resuelvan los problemas que puedan surgir a lo largo del proceso de manejo de la condición crónica. Los cambios en este elemento fueron: usar instrumentos de autocuidado basados en evidencia clínica; establecer metas de autocuidado en conjunto con los usuarios; entrenar a los profesionales de salud para que colaboren con los usuarios en el establecimiento de las metas de su autocuidado; monitorear las metas de autocuidado; usar la atención en grupos de usuarios para apoyar el autocuidado; proporcionar apoyo al autocuidado por medio de educación, información y medios físicos, y buscar recursos de la comunidad para lograr las metas de la autogestión.

Recuadro 2: Modelo de atención crónica en Health Disparities Collaboratives

Recursos de la comunidad

Es necesario que la comunidad participe en los programas de atención de las condiciones crónicas. Por lo tanto, las acciones de las organizaciones de salud se articulan con la comunidad, especialmente con las organizaciones de la sociedad civil (iglesias, clubes, organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales y otros). Los cambios en este elemento incluyeron: establecer alianzas con organizaciones comunitarias para dar apoyo a los programas para afrontar las condiciones crónicas; destacar las acciones intersectoriales, especialmente en la promoción de la salud; aumentar la conciencia de la comunidad en relación con las condiciones crónicas, y proporcionar una lista de recursos comunitarios a los equipos de salud y los usuarios y sus familias.

Los resultados de la aplicación del modelo de atención crónica se sintieron rápidamente. En estudios evaluativos de casos y controles se obtuvieron los siguientes resultados: en una muestra de 8.030 pacientes con diabetes, la hemoglobina glucosilada bajó de un promedio de 9% en marzo de 1999 a 8% en julio de 2001; en una muestra de 1.200 pacientes con asma, el porcentaje con asma persistente que recibía medicación apropiada con adhesión a la medicación antiinflamatoria aumentó de 10% a 70% a solo 10 meses de haber introducido el nuevo modelo, y hubo una rápida mejoría de los síntomas de más de la mitad de las personas con depresión.

Fuente: Health Disparities Collaboratives ⁽³⁴⁶⁾

MODELO DE LA PIRÁMIDE DE RIESGOS

Un segundo modelo presente en la construcción del MACC es el de la pirámide de riesgos (MPR), conocido también como modelo de Kaiser Permanente (KP), la aseguradora de los Estados Unidos que lo desarrolló y aplicó a su rutina asistencial.

El MPR trascendió la organización que lo creó y ha sido utilizado crecientemente en países como Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Nueva Zelandia y el Reino Unido ⁽²⁰⁾. La aplicación del modelo en diferentes países y sistemas públicos y privados ha enriquecido su utilización en la práctica social. En el Reino Unido, por ejemplo, ha sido adoptado ampliamente con buenos resultados en proyectos realizados en varias regiones, como parte de un experimento denominado Kaiser Beacon, a cargo de la Agencia de Modernización del Servicio Nacional de Salud ⁽³⁴⁷⁾.

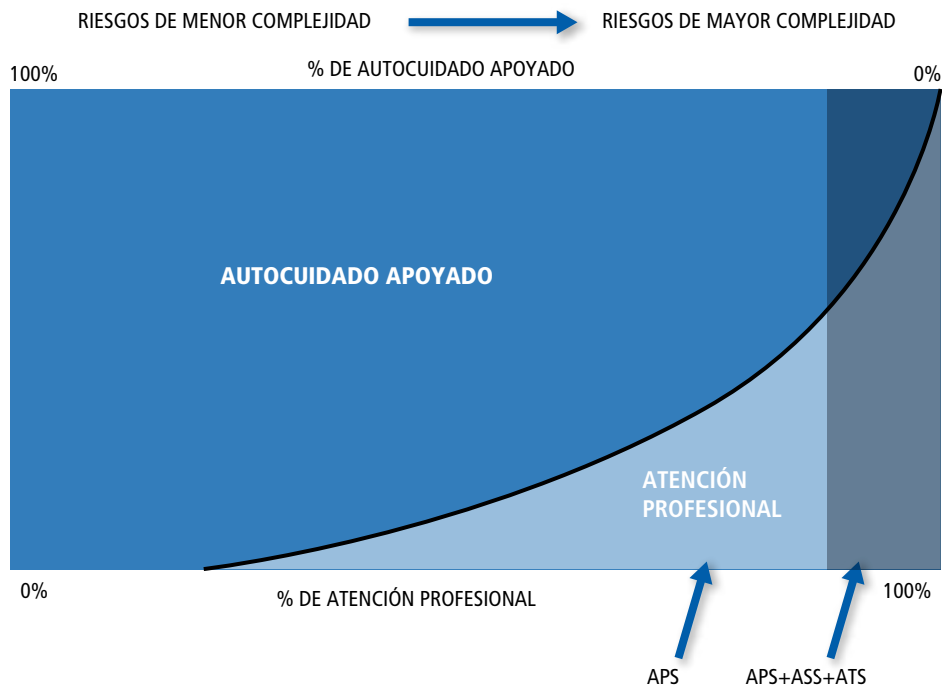
BASES DEL MODELO DE LA PIRÁMIDE DE RIESGOS

El MPR está en consonancia con los hallazgos de Leutz ⁽³⁴⁸⁾, para quien las necesidades de las personas con condiciones crónicas se definen según la duración de la condición, la urgencia de la intervención, el tipo de servicios requeridos y la capacidad de autocuidado de la persona afectada. La aplicación de esos criterios permite estratificar a los individuos con condiciones crónicas en tres grupos: el primero está constituido por los individuos afectados por una condición leve, pero con gran

capacidad de autocuidado o red social de apoyo sólida o ambas; el segundo grupo está conformado por las personas con condiciones moderadas, y el tercero, por personas con condiciones graves e inestables y con poca capacidad de autocuidado.

Además, el modelo de la pirámide de riesgo se sustenta en la teoría de la amplitud de la atención de salud, utilizada por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, representada en la figura 8 ⁽³⁴⁹⁾.

Figura 8: Amplitud de la atención de las condiciones crónicas



APS: atención primaria de salud; ASS: atención secundaria de salud

ATS: atención terciaria de salud

Fuente: Brock ⁽³⁴⁹⁾

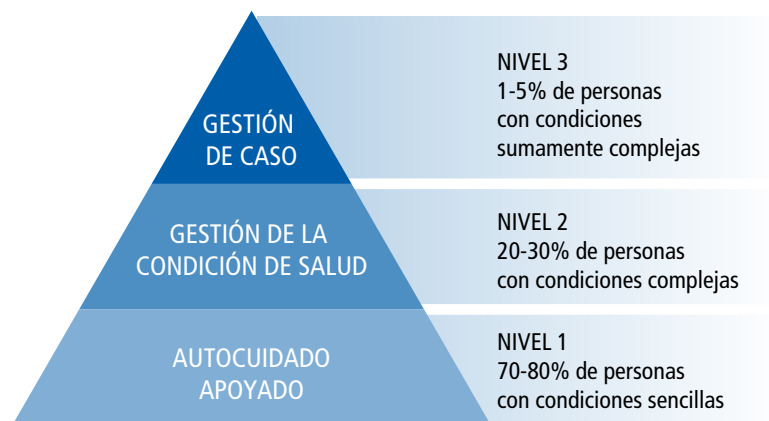
Según se observa en la figura 8, la atención de las condiciones crónicas varía desde 100% de autocuidado apoyado (por ejemplo, cepillado regular de los dientes) hasta 100% de atención profesional (por ejemplo, un procedimiento de neurocirugía). Entre esos dos extremos suele haber una combinación de autocuidado apoyado y atención profesional, que varía en función de la complejidad de los riesgos. Así, las personas con condiciones crónicas sencillas tendrán una proporción más alta de

autocuidado apoyado que de atención profesional en comparación con las personas cuyas condiciones crónicas son muy complejas.

DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE LA PIRÁMIDE DE RIESGO

El modelo depende fuertemente de la estratificación de los riesgos de la población, la que a su vez define la estrategia de autocuidado y atención profesional. Por otra parte, en función de los riesgos, la atención profesional define la tecnología de gestión de la clínica que se debe utilizar, ya sea gestión de la condición de salud o gestión del caso. En la figura 9 se ilustra el modelo de la pirámide de riesgo.

Figura 9: Modelo de la pirámide de riesgos



Fuente: Department of health ⁽²⁸⁴⁾; Porter e Kellogg ⁽²⁸⁶⁾.

En la figura 9 se observa que una población que tiene una condición crónica puede ser estratificada por niveles de complejidad: 70% a 80% de las personas con la afección se clasifican en el nivel 1 y son aquellas cuya condición es sencilla; 20% a 30% están en el nivel 2 y son personas cuya condición crónica es compleja, y de 1% a 5% están en el nivel 3 y son personas cuya condición es sumamente compleja.

El modelo de la pirámide de riesgo evolucionó gradualmente desde su concentración en los pacientes con condiciones de salud muy complejas (nivel 3) hasta los tres niveles actuales de estratificación ⁽³⁵⁰⁾, a semejanza de otros modelos, como el de Evercare ⁽³⁵¹⁾ y el Pfizer ⁽³⁵²⁾. Sin embargo, también evolucionó para incorporar a toda la población de individuos con una condición crónica determinada y poner en marcha intervenciones propias de los tres niveles de necesidades de atención.

El MPR fue influenciado por el CCM, pero tiene algunas particularidades: la integración del sistema de atención de salud; la estratificación de la población por riesgo y su manejo mediante tecnologías de gestión de la clínica, acciones promocionales y preventivas; el énfasis en el autocuidado apoyado; la alineación de la atención con las necesidades de salud de los usuarios; el fortalecimiento de la APS; la integración total de la APS y la atención especializada, y el hincapié en la tecnología de información destinada a la clínica.

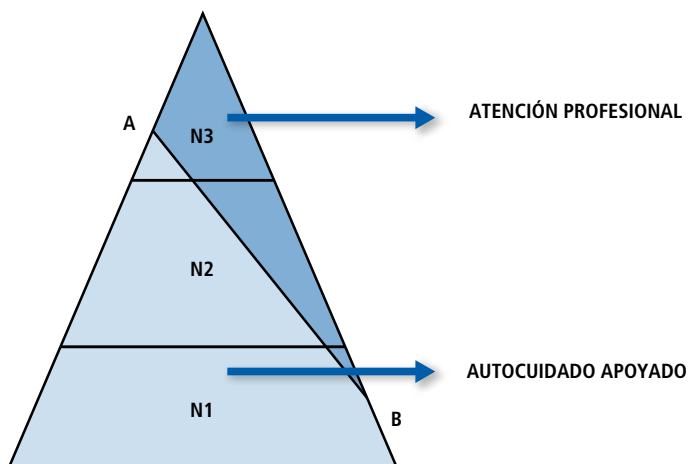
Su lógica está en promover la salud de toda la población, estructurar las acciones de autocuidado apoyado para las personas con condiciones de salud más sencillas, gestionar la condición de salud de las personas con condiciones establecidas y manejar las condiciones de salud muy complejas mediante la tecnología de gestión de caso.

Las características principales de la pirámide de riesgo corresponden a principios generales y estrategias clave. Las características de los principios generales son: alineación de la atención de salud con las necesidades de salud de la población; los usuarios son aliados importantes en la atención de salud y se consideran prestadores de autocuidados; la información de salud es esencial; la atención se mejora mediante la colaboración entre los equipos de salud y los usuarios; la APS es fundamental, pero es necesario superar sus limitaciones en la atención secundaria; el uso intensivo de cuidado por Internet (e-cuidado) y las hospitalizaciones no programadas se consideran fallas del sistema y, por lo tanto, eventos centinela.

Las características de las estrategias clave comprenden: la educación de los usuarios en todos los niveles de atención, proporcionada de forma presencial y a distancia; la educación en salud debe abarcar toda la atención de las condiciones crónicas; el sistema de atención de salud debe centrarse en las personas según riesgos, ser proactivo y ofrecer atención integral; el plan de cuidado debe hacerse de acuerdo con directrices clínicas basadas en evidencia, que regulen el flujo de las personas, con la cooperación entre los equipos de salud y los usuarios, y la atención debe ser apoyada por tecnologías de información potentes, especialmente por historias clínicas integradas⁽⁴³⁾.

El MPR, coherente con la variedad de la atención de las condiciones crónicas, divide la naturaleza del cuidado en dos grandes bloques, representados en la figura 10 por la línea AB.

Figura 10: Concentración relativa de atención profesional y autocuidado apoyado



N1: nivel 1; N2: nivel 2 N3: nivel 3.

Fuente: Brock ⁽³⁴⁹⁾

El área que se encuentra por encima de la línea AB representa la atención profesional y lo que está por debajo, el autocuidado apoyado. Por lo tanto, se observa que a medida que evoluciona el grado de riesgo de una población con una condición crónica, se va modificando la relación entre autocuidado apoyado y atención profesional. Consecuentemente, las condiciones crónicas sencillas, que constituyen de 70% a 80% de los casos, se tratan con mayor concentración del autocuidado apoyado, mientras las condiciones crónicas sumamente complejas, que afectan hasta 5% de los casos, tienden a tener una concentración mayor de atención profesional.

El MPR clasifica a las personas con condiciones crónicas en tres niveles, según estratos de riesgo definidos por grados de necesidad, conforme se ve en la figura 9. El nivel 1 está compuesto por el subgrupo de individuos con una condición crónica sencilla y bien controlada, cuyo riesgo general es bajo. Esas personas tienen capacidad de autocuidado y constituyen la gran mayoría de la población total afectada por la condición crónica.

En el nivel 2, se encuentra el subgrupo de población cuyo riesgo es mayor, porque los individuos que lo conforman tienen un factor de riesgo biosociológico o una o más condiciones crónicas y cierto grado de inestabilidad o deterioro potencial de su salud, a menos que tengan el apoyo de un equipo profesional. La mayor parte

de la atención de este grupo debe ser proporcionada por un equipo de APS con el apoyo de especialistas. El autocuidado apoyado continúa siendo importante, pero la atención profesional del equipo de salud es más concentrada. Este subgrupo de población consume muchos recursos de atención de salud.

El nivel 3 corresponde al subgrupo de población con necesidades muy complejas o a aquellos usuarios que frecuentemente requieren atención de urgencia no programada, ambulatoria u hospitalaria, además de una gestión activa de parte de un gestor de caso. Este subgrupo de población tiene un uso de recursos de atención de salud muy intensivo.

En la Figura 10, el área que está por debajo de la línea AB y en la que predominan los niveles de menor complejidad corresponde al campo de acción que concentra mayormente las intervenciones de autocuidado apoyado. Por el contrario, el área que está por encima de la línea AB, donde predominan niveles altos de complejidad, corresponde en mayor proporción a la atención profesional y requiere incluso atención especializada. En el tercer nivel predomina la atención profesional, además de la coordinación a cargo de un profesional de salud que cumple las funciones de gestor de caso.

Por otra parte, los niveles de complejidad definen combinaciones relativas entre la atención primaria de salud y la especializada y entre la atención provista por médicos generales y especialistas. Además, cambia la proporción de la cobertura de los profesionales, porque a medida que aumenta la complejidad, hay una mayor concentración de cuidados profesionales especializados.

Por ejemplo, en el nivel 1, la atención es proporcionada generalmente por profesionales de la ESF, ya sea como apoyo al autocuidado o como proveedores de atención profesional. En los niveles 2 y 3, existen profesionales especializados que actúan en coordinación con los profesionales de la ESF y en el nivel 3, hay presencia relativamente fuerte de la atención profesional, coordinada por un gestor de caso.

Esa lógica de organización tiene gran impacto cuando se trata de racionalizar el programa de trabajo de los profesionales de salud. Es común que los equipos de la ESF que no trabajan con las condiciones crónicas estratificadas por riesgo ofrezcan un número excesivo de consultas médicas y de enfermería y comprometan así su trabajo con cuidados que no tienen valor añadido para las personas. Por ejemplo, en el SUS, es corriente que las personas con hipertensión de riesgo bajo y mediano tengan seis consultas médicas y el mismo número de consultas de enfermería al año, lo cual es innecesario, según la evidencia científica. Esa sobreoferta de servicios profesionales compromete y desorganiza los programas de trabajo de las unidades

de la ESF. Además, no es raro que esos pacientes sean derivados a especialistas y afecten el programa de trabajo de esos profesionales, también innecesariamente.

La aplicación del modelo de la pirámide de riesgo en el manejo de las condiciones crónicas en la ESF tiene varias repercusiones prácticas: la distribución relativa del autocuidado y la atención profesional, al igual que de la atención profesional, según miembro del equipo multiprofesional y de la atención general y especializada, además de permitir racionalizar el programa de trabajo de los profesionales de salud.

Para poder aplicar el MPR al trabajo clínico cotidiano, es fundamental que las directrices clínicas sobre las condiciones crónicas estratifiquen a la población por estratos de riesgos, por ejemplo: personas con hipertensión de riesgo bajo, mediano, alto y muy alto, embarazadas con riesgo normal o de alto riesgo, adultos mayores robustos o frágiles.

En la aplicación clínica, es necesario tener claro que los estratos de riesgo deben analizarse en función de la capacidad de autocuidado de las personas con condiciones crónicas. Así, en algunas situaciones, si una persona de nivel 1 tiene una capacidad de autocuidado muy baja, podrá tener una concentración de cuidados profesionales mayor que la esperada en la guía para ese nivel de estratificación.

EVIDENCIA DE LOS BUENOS RESULTADOS DEL MPR

Existe evidencia de que la aplicación del modelo de la pirámide de riesgo ha mejorado la calidad de vida de los usuarios, reducido las hospitalizaciones y los días de estancia hospitalaria ^(286, 338, 353-355).

Se pueden ver los resultados de la aplicación del MPR cuando se comparan los datos de Kaiser Permanente con la media nacional de los Estados Unidos: la proporción de fumadores entre los afiliados a KP es la mitad de la población fumadora del país; entre la clientela de KP, las hospitalizaciones son casi la mitad de la media estadounidense. La KP tiene índices de cobertura muy favorables, generalmente superiores a la media estadounidense, en cuanto a: detección del cáncer de mama, 79%; detección de infección por clamidias, 64%; detección del cáncer colorrectal, 51%; detección del cáncer de cuello del útero, 77%; inmunización de niños, 86%; control de la presión arterial, 33% en 2001 y 76% en 2006; control de la hemoglobina glucosilada, 89%; control del colesterol, 94%, y control oftalmológico en casos de diabetes, 81%. En el período de 1996 a 2006, las consultas de urgencia se redujeron 18% para enfermedades coronarias, 24% para diabetes y 17% para insuficiencia cardíaca. De las personas con asma, 93% reciben tratamiento adecuado y de las personas que presentaron infarto agudo de miocardio, 85% toman regularmente

su medicación con base en betabloqueadores, lo que reduce en 30% el riesgo de un nuevo infarto en relación a la media nacional. La mortalidad por enfermedades cardíacas en la población cubierta por KP disminuyó 21% entre 1996 y 2005 y es inferior a la media estadounidense. La mortalidad por sida es de menos de 1% por año y 91% de las embarazadas se hacen el examen de detección del VIH ^(286, 353, 356).

Una comparación internacional entre el sistema integrado de salud de KP, que dio origen al MPR, y el Servicio Regional de Salud (NHS) del Reino Unido mostró que los costos de los dos sistemas son similares; los usuarios de KP han tenido acceso a una cartera de servicios más amplia; acceden más rápido a especialistas y a hospitales; el sistema inglés usa muchos más días/cama que KP; la estancia hospitalaria media varía de acuerdo con la edad en el NHS, pero no en el sistema de KP; KP tiene mayor grado de integración, y utiliza más tecnología de información ⁽³⁵⁷⁾. Otro estudio que comparó las mismas dos organizaciones, encontró que las hospitalizaciones por las 11 causas más frecuentes fueron tres veces más en el NHS que en KP ⁽³⁵⁸⁾. Otro trabajo de comparación del sistema público de atención de salud de Dinamarca con el de KP concluyó que: el sistema de KP diagnostica más pacientes con condiciones crónicas y funciona con menos médicos y equipos de salud, es decir, 131 médicos por 100.000 beneficiarios en vez de 311 por 100.000 en el sistema danés; la estancia hospitalaria en KP para eventos agudos es, en promedio, 3,9 días en vez de 6,0 días en el sistema danés; en casos de derrame cerebral, la estancia hospitalaria es, en promedio, 4,2 días para los beneficiarios de KP y 23 días para los del sistema danés; 93% de los afiliados con diabetes de KP se hacen el examen de retina anual, en comparación con 46% en el sistema danés, y el gasto per cápita, ajustado por paridad de poder adquisitivo, es de US\$ 1.951 dólares en KP y de \$ 1.845 en el sistema danés ⁽³⁵⁹⁾.

IMPORTANCIA DEL MPR EN LA ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS

El proceso de estratificación de la población es central a los modelos de atención de salud, porque permite detectar personas y grupos con necesidades de salud semejantes que deben ser atendidos mediante tecnologías y recursos específicos, según una estratificación de riesgos. La lógica se basa en un manejo diferenciado, de parte de la ESF, de personas y grupos con riesgos similares.

La estratificación de los usuarios por estratos de riesgos es también un elemento central de la gestión basada en la población. La estratificación de la población en subgrupos permite detectar y registrar a los usuarios con necesidades similares, con el fin de agruparlos y estandarizar las conductas referentes a cada grupo en las directrices clínicas y garantizar y distribuir los recursos humanos específicos para cada uno.

La estratificación de la población, en vez de dar la misma atención a todos los usuarios, los diferencia por riesgos y define, en directrices clínicas, los tipos de atención y su concentración relativa según cada grupo de población. De esa forma, las personas con condiciones crónicas de menor riesgo reciben atención centrada en tecnologías de autocuidado apoyado y en la ESF, mientras que las que tienen condiciones crónicas de alto y muy alto riesgo reciben significativamente más atención profesional, con mayor concentración de cuidados proporcionados por el equipo de salud, con la participación de la APS y la atención especializada.

Por ejemplo, en una guía de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais para la APS, la hipertensión arterial – condición que tiene una prevalencia estimada de 20% entre la población de más de 20 años de edad – está estratificada de la siguiente forma: usuarios con hipertensión de bajo riesgo, 40% del subgrupo de usuarios con hipertensión; aquellos con hipertensión de riesgo mediano, 35% del total de personas con hipertensión; usuarios con hipertensión de alto y muy alto riesgo, 25% del subgrupo de usuarios con hipertensión. Las intervenciones sanitarias propuestas en la guía son distintas para los diferentes estratos de riesgo y concentran la intensidad de la atención profesional y especializada en las personas de alto y muy alto riesgo, o sea, 25% del grupo de usuarios con hipertensión ⁽³⁶⁰⁾.

La atención de salud basada en la población deja el sistema dedicado al individuo que necesita atención para dedicarse a planificar y prestar servicios a una población determinada, por lo cual exigirá que en la ESF se cuente con conocimientos y habilidades para captar las necesidades de salud de la población y de sus subgrupos según sus riesgos ⁽³⁶¹⁾.

Cuando una población no se estratifica por riesgos, la oferta de atención para las personas de riesgo más alto puede ser insuficiente, mientras que simultáneamente podría estarse ofreciendo un exceso de cuidados innecesarios a los usuarios con condiciones de riesgo más bajo, generándose así una atención ineficaz e ineficiente. Ese problema explica, en gran parte, las dificultades para organizar el programa de trabajo de la ESF en relación con la atención de salud de las personas con condiciones crónicas.

Para estratificar la población, se requiere que el sistema de atención de salud tenga un conocimiento profundo de ella. Para llevarla a cabo, es necesario contar con un registro de todos los usuarios y sus familias, que es tarea esencial de la ESF y, en el ámbito de la RAS, expresa su responsabilidad por la salud de esa población. Sin embargo, el registro no puede limitarse a cada individuo. Es necesario ir más allá y registrar a todos los miembros de una familia, clasificar cada familia por riesgos

sociosanitarios y tener un registro con información de todos los afectados por cada condición de salud, estratificados por riesgos.

Sin esa estratificación en subgrupos de riesgo es imposible prestar atención apropiada, en el lugar correcto, al costo adecuado y con la calidad necesaria, e introducir las tecnologías de microgestión de la clínica. La estratificación de riesgos de la población es más viable cuando se utilizan historias clínicas automatizadas que permitan organizar los registros de los afectados por condiciones de salud.

Los métodos de estratificación de riesgos de una población pueden abarcar clasificaciones que consideren simultáneamente dos variables: la gravedad de la condición crónica establecida (por ejemplo, bajo, mediano alto y muy alto riesgo y otras enfermedades concomitantes) y el grado de confianza y de apoyo para el autocuidado (bajo, mediano y alto). De aquí resultan algunas situaciones tipo: las personas que presentan condiciones crónicas muy complejas y tienen pocos recursos de autocuidado, son un porcentaje muy pequeño de los usuarios y requieren tecnología de gestión de caso; las personas con condiciones crónicas de alto y muy alto riesgo, que tienen cierta capacidad de autocuidado o personas que presentan condiciones crónicas de menor riesgo pero sin capacidad de autocuidado, reciben seguimiento con base en la tecnología de gestión de la condición de salud, con énfasis relativo en los cuidados profesionales, y las personas afectadas por condiciones de bajo y mediano riesgo, que tienen la capacidad de mantenerse controladas constituyen la mayor parte de la población y son atendidas por la tecnología de gestión de la condición de salud, pero con base en el autocuidado apoyado.

En la bibliografía internacional hay trabajos realizados en diferentes países que proporcionan evidencia de que la estratificación de la población en subgrupos de riesgo es un buen instrumento para prestar una atención de salud mejor. La estratificación de riesgos poblacionales ha sido asociada con: una mejor calidad de la atención de salud ^(286, 338, 356, 362); efectos positivos en los resultados clínicos ^(363- 366), y mayor eficiencia en el uso de los recursos de salud ^(43, 367-370).

MODELO DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

El concepto de factores determinantes sociales de la salud se refiere a las condiciones sociales en las que vive o trabaja la gente o las características sociales en que su vida transcurre; es decir, son la causa de las causas ⁽³⁷¹⁾. En otras palabras, la mala salud de los pobres, el gradiente social de la salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre y dentro de los países son consecuencia de una distribución desigual de los recursos en el ámbito mundial, nacional y regional, y de las injusticias resultantes que afectan las condiciones de vida de la población

de manera inmediata y visible (acceso a atención de salud, educación, condiciones de trabajo, tiempo libre y vivienda), al igual que la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es un fenómeno natural, sino una determinación social. Corregir esas desigualdades injustas es una cuestión de justicia social y un imperativo ético, para el cual deben plantearse tres grandes líneas de acción: 1) mejorar las condiciones de vida de la población; 2) luchar contra la distribución desigual del poder y de los recursos y 3) medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en factores determinantes sociales de la salud y aumentar la conciencia del público en este sentido ⁽³⁷²⁾.

La importancia de los factores sociales determinantes radica en su repercusión directa en la salud, ya que permiten predecir la mayor proporción de la variación del estado de salud, que corresponde a la inequidad sanitaria. Asimismo, esos factores estructuran los comportamientos relacionados con la salud e interactúan para generar salud ⁽³⁷²⁾.

La determinación social de la salud tiene un fundamento ético, la equidad en salud, que se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y geográficamente. Es decir, la inequidad en salud surge de diferencias producidas socialmente que se distribuyen sistemáticamente en la población y son injustas ⁽³⁷³⁾.

En la bibliografía se encuentran diferentes propuestas de modelos de determinación social de la salud, por ejemplo, el de Evans y Stoddart, de Brunner y Marmot, de Diderichsen, Evans y Whitehead, de Starfield, de Graham y de Solar e Irwin ⁽³⁷⁴⁾. A pesar de que existen varios modelos para explicar con más detalle la relación entre los diversos niveles de determinación social de la salud y la génesis de inequidades, la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud ⁽³⁷⁵⁾ escogió para Brasil el modelo de Dahlgren y Whitehead ⁽²⁸⁷⁾ por ser sencillo, fácil de comprender y de clara visualización gráfica (Figura 11).

Figura 11: El Modelo de determinación social de Dahlgren y Whitehead



Fuente: Dahlgren & Whitehead ⁽²⁸⁷⁾

El modelo de Dahlgren y Whitehead incluye los factores determinantes sociales de la salud dispuestos en diferentes capas concéntricas, según su nivel de cobertura, desde una capa más cercana a los factores determinantes individuales hasta una distal, correspondiente a los macrodeterminantes. El modelo hace hincapié en las interacciones: los estilos de vida individuales son parte de las redes sociales y comunitarias y las condiciones de vida y de trabajo se relacionan con el ambiente más amplio de naturaleza económica, cultural y ambiental.

Como se puede ver en la figura 11, los individuos están en el centro del modelo, la capa 1 de los factores determinantes individuales, con sus características personales de edad, sexo y herencia genética que, evidentemente, influyen sobre su potencial y sus condiciones de salud.

En la capa 2, inmediatamente externa a los individuos, figuran los comportamientos y estilos de vida individuales, denominados factores determinantes proximales. Esa capa se sitúa en el umbral entre los factores individuales y los determinantes sociales de la salud de capas superiores, ya que los comportamientos y los estilos de vida no dependen solamente del libre arbitrio de las personas, sino también de otros

factores, como el acceso a la información, la influencia de la propaganda, la presión social, las posibilidades de acceso a alimentos saludables y espacios de recreación, entre otros. Aquí aparecen determinantes como la dieta inadecuada, el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, las prácticas de riesgo sin protección y otros.

La capa 3 destaca la influencia de las redes sociales, cuya mayor o menor riqueza expresa el grado de cohesión social o de capital social, que es de fundamental importancia para la salud de la sociedad como un todo. Las redes sociales están constituidas por un conjunto finito de actores sociales y por las relaciones que se establecen entre ellos. El capital social, por otro lado, se refiere a la acumulación de recursos, tangibles e intangibles, que se derivan de la participación en redes sociales y sus interrelaciones. El concepto de capital social tiene posibilidades de flujos de acumulación y dispersión. Estudios recientes han definido el capital social como las relaciones informales de confianza y cooperación entre familias, vecinos y grupos, la asociación formal en organizaciones y el marco institucional regulatorio y de valores de una determinada sociedad, que estimulan o desalientan las relaciones de confianza y de compromiso cívico. Las relaciones entre capital social y salud están bien establecidas ⁽³⁷⁶⁾.

En la capa 4, figuran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos y el acceso a ambientes y servicios esenciales, como salud, educación, saneamiento y vivienda. Indican que las personas socialmente desfavorecidas están expuestas y son vulnerables a los riesgos de salud de manera diferente, como consecuencia de condiciones habitacionales inadecuadas, de mayor peligro o estrés laboral y menos acceso a los servicios sociales.

Por último, en la capa 5, se ubican los factores macrodeterminantes, que ejercen gran influencia en las capas subyacentes, y se relacionan con las condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad, entre las cuales también se incluyen los factores determinantes supranacionales, como la globalización. Esos son los determinantes sociales distales de la salud.

El análisis del modelo de la determinación social de la salud lleva a opciones políticas que permiten intervenir en los diferentes niveles de determinación. Los macrofactores de la capa 5 deben abordarse mediante macropolíticas saludables que permitan reducir la pobreza y la desigualdad, superar las inequidades por género y etnicidad, promover la educación universal e inclusiva y actuar para preservar el medio ambiente.

Los factores determinantes sociales de la capa 4 o intermedios demandan políticas para mejorar las condiciones de vida y de trabajo, al igual que el acceso a servicios esenciales, tales como educación, asistencia social, vivienda, saneamiento y salud. Esas intervenciones son fundamentales para promover equidad en salud. La forma de intervención más adecuada frente a los factores determinantes sociales intermedios de la salud es la organización de proyectos intersectoriales.

Los factores sociales determinantes de la capa 2 requieren políticas para desarrollar cohesión y redes de apoyo social que permitan acumular capital social. Las alternativas políticas en función de esos determinantes son: la puesta en marcha de sistemas de seguridad social inclusivos; el fortalecimiento de la participación social amplia en el proceso democrático; el diseño de equipamientos sociales que faciliten los encuentros y las interacciones sociales en la comunidad, y la promoción de esquemas que permitan a la gente trabajar colectivamente en las prioridades de salud que hayan identificado. Esas opciones deben discriminar positivamente a las minorías étnicas y raciales, los pobres, las mujeres, los adultos mayores y los niños.

Los factores determinantes sociales de la capa 2, o proximales, hacen imprescindible la eliminación de barreras estructurales a los comportamientos saludables y la creación de ambientes de apoyo a los cambios de comportamiento. Para ello se requiere reforzar la combinación de cambios estructurales asociados a las condiciones de vida y de trabajo con acciones en el microplano para grupos pequeños o individuos, con el objeto de modificar los comportamientos no saludables (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y otras drogas, alimentación inadecuada, sobrepeso y obesidad, relaciones sexuales sin protección y otros), especialmente mediante la educación en salud.

Por último, los determinantes individuales de la capa 1, que generalmente no se consideran modificables, se abordan mediante la acción de los servicios de salud en los factores de riesgo biopsicológicos (hipertensión arterial sistémica, depresión, dislipidemia, intolerancia a la glucosa y otros) o sobre las condiciones de salud ya establecidas y estratificadas por riesgos.

La salud pública contemporánea se explica desde tres puntos de vista distintos⁽¹⁵⁾. El primero, de la determinación social de la salud, considera que la manera de obtener resultados sanitarios sostenidos es mediante transformaciones a largo plazo de las estructuras y de las relaciones de la sociedad. El segundo, plantea acciones específicas para condiciones de salud particulares mediante programas verticales, y el tercero, propone el abordaje sistémico que busca la comunicación horizontal de las organizaciones del sector salud. El modelo de atención de las condiciones crónicas permite integrar esos tres puntos de vista, que se complementan, incluso porque

existe evidencia de que los sistemas de atención sanitaria son, por sí mismos, un factor social determinante de la salud importante ^(377, 378, 379).

MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS (MACC)

Con la evidencia obtenida de la bibliografía internacional sobre los modelos de atención de salud y con base en las particularidades del SUS, Mendes ⁽²¹⁾ desarrolló un modelo de atención de las condiciones crónicas (MACC) que pudiera ser aplicado al sistema de salud público brasileño.

¿POR QUÉ SE NECESITA UN MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN EL SUS?

No hay duda de que el CCM se ha utilizado con éxito en varios países, por lo tanto, cabe preguntarse, ¿por qué no aplicarlo en su forma pura en nuestro país?

Hay varias razones para el desarrollo del MACC. El modelo está basado, como tantos otros, en el CCM, pero le agrega a ese modelo seminal, otros elementos para ajustarlo a las particularidades del SUS. Esto se debe a que el CCM se concibió en torno a los sistemas de atención de salud de los Estados Unidos fuertemente marcado por valores que caracterizan la sociedad estadounidense, entre ellos el autointerés y la competitividad, y que se distancian de valores de solidaridad y cooperación que deben ser parte de los sistemas públicos universales. La base del MACC es el CCM, ampliado con la incorporación de otros dos modelos – el MPR y el modelo de la determinación social de la salud –, para adecuarlo a las exigencias de un sistema de atención de salud público y universal como el SUS.

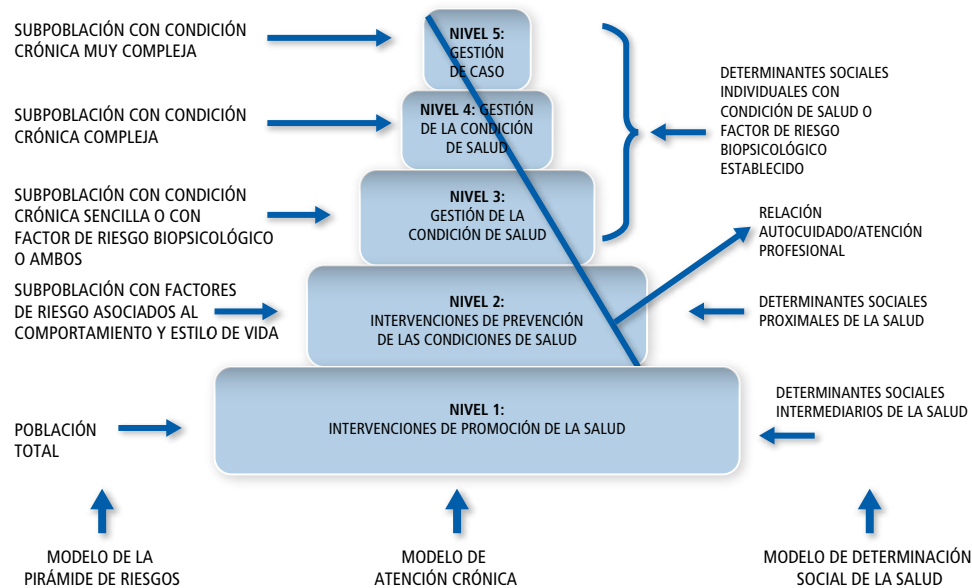
El SUS es un sistema público de atención de salud con territorios y poblaciones bajo su responsabilidad. En ese aspecto, la gestión de base poblacional demanda un modelo que estratifique la población según riesgos, lo que llevó a la incorporación del MPR en el MACC.

Además, el SUS debe funcionar con una visión de salud amplia, derivada de un mandato constitucional, que incluya la determinación social de la salud. Eso llevó a incorporar el modelo de Dahlgren y Whitehead al MACC. Así, a semejanza del modelo de los cuidados innovadores para condiciones crónicas de la Organización Mundial de la Salud, del modelo de atención de salud y asistencia social del Reino Unido y del modelo de atención crónica expandido de Columbia Británica, Canadá,

el MACC es un modelo que se amplió para incluir los diferentes niveles de la determinación social de la salud (Figura 12).

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MACC

Figura 12: Modelo de atención de las condiciones crónicas (MACC)



Fuente: Mendes (2007b)

El MACC debe leerse en tres columnas: en la columna de más a la izquierda, por influencia del modelo de la pirámide de riesgos, figura la población total estratificada en subgrupos por estratos de riesgos. En la columna de más a la derecha, por influencia del modelo de Dahlgren y Whitehead, están los diferentes niveles de determinación social de la salud: factores determinantes intermediarios, proximales e individuales. Dado que se trata de un modelo de atención de salud, no cabe aquí incluir sus macrodeterminantes distales. En la columna central están, por influencia del CCM, los cinco niveles de intervenciones de salud correspondientes a los factores determinantes y sus poblaciones: intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión de la clínica.

El MACC puede aplicarse a diferentes espacios sociales; no obstante, dado que este libro aborda principalmente la APS, se considera aquí su aplicación en ese ámbito.

El lado izquierdo de la figura 12 corresponde a diferentes subgrupos de una población total de responsabilidad de la ESF, alrededor de 3.500 personas. Esa población y sus subgrupos se registran en la ESF según los diferentes niveles del modelo: en el nivel 1, la población total, en relación a la cual se intervendrá sobre los determinantes sociales intermediarios de la salud; en el nivel 2, los subgrupos con diferentes factores de riesgo asociados a comportamientos y estilos de vida (determinantes sociales proximales de la salud), entre ellos, fumadores, personas con sobrepeso u obesidad, sedentarias, consumidoras de alcohol en exceso, con alimentación inadecuada y con mucho estrés; en el nivel 3, los subgrupos de personas con riesgos individuales o con condición crónica establecida, o ambos, pero de riesgo bajo y mediano; en el nivel 4, los subgrupos de población de personas con condición crónica establecida, de riesgo alto y muy alto, y en el nivel 5, los subgrupos de población con condiciones de salud muy complejas. El hecho de que la ESF conozca su población y la divida en subgrupos según riesgo constituye la base de la gestión de la salud de base poblacional.

Ese conocimiento de la población de parte de la ESF requiere un proceso complejo, estructurado en varios momentos: la territorialización; el registro de las familias; la clasificación de las familias por riesgos sociosanitarios; la vinculación de las familias al equipo de la ESF; la identificación de los subgrupos con factores de riesgo proximales y biopsicológicos; la identificación de los subgrupos con condiciones de salud establecidas, por estratos de riesgo, y la identificación de los subgrupos con condiciones de salud muy complejas.

El lado derecho de la figura 12 corresponde a los factores determinantes sociales de la salud en los cuales se concentran las diversas intervenciones. Así, en el nivel 1, el blanco de las intervenciones son los factores determinantes sociales intermediarios, que se manifiestan en el ámbito local de funcionamiento de la ESF, especialmente los asociados a las condiciones de vida y del trabajo, entre ellos, educación, empleo, ingresos, vivienda, saneamiento, disponibilidad de alimentos, infraestructura urbana, servicios sociales y otros.

La parte central de la figura 12 representa las principales intervenciones sanitarias relacionadas con la población y sus subgrupos y el blanco de esas intervenciones. En el nivel 1, las intervenciones son de promoción de la salud y se dirigen a la población total y a los factores determinantes sociales intermediarios. El modo de intervención es con proyectos intersectoriales que articulen, en el espacio micro, acciones de los servicios de salud con las de mejoramiento habitacional, generación de empleo e ingresos, ampliación del acceso al saneamiento básico, mejoramiento educacional y de la infraestructura urbana, etc. Los proyectos intersectoriales generan sinergia

entre las diferentes políticas públicas, con resultados positivos para la salud de la población ⁽³⁸⁰⁻³⁸²⁾.

En el nivel 2, las intervenciones tienen por objeto prevenir las condiciones de salud y su blanco son los factores determinantes proximales de la salud asociados al comportamiento y los estilos de vida. Se utiliza la expresión prevención de las condiciones de salud y no prevención de enfermedades, porque hay condiciones de salud que no son enfermedades y también se pueden prevenir, por ejemplo, el embarazo, la discapacidad funcional de los adultos mayores y otras. Esos determinantes se consideran factores de riesgo modificables, potenciados por determinantes sociales intermediarios y distales, entre los que los más importantes son el tabaquismo, la alimentación inadecuada, la inactividad física, el exceso de peso y el consumo excesivo de alcohol ⁽³⁷⁵⁾.

Hasta el segundo nivel no hay una condición de salud establecida ni manifestación de un factor de riesgo biopsicológico, con excepción de los riesgos por edad o género. Solamente a partir del nivel 3 del MACC es que se va a lidiar con un factor de riesgo biopsicológico o con una condición de salud cuya gravedad, expresada como complejidad, requiere intervenciones diferenciadas del sistema de atención de salud. Por lo tanto, es para las intervenciones relativas a las condiciones de salud establecidas que es necesario estratificar por riesgo, según evidencia producida por el MPR.

Los niveles 3, 4 y 5 del MACC están vinculados a los individuos, con sus características de edad, sexo, factores hereditarios y factores de riesgo biopsicológicos, la capa central del modelo de Dahlgren y Whitehead. Las intervenciones son predominantemente clínicas y utilizan tecnologías de gestión de la clínica, a partir de la gestión basada en la población. Este es el campo privilegiado de la clínica en su sentido más estricto.

A partir del nivel 3 se exige la definición de subgrupos de población clasificados según la estratificación de riesgos de la condición de salud, definida por el MPR. En ese nivel se estructuran las intervenciones para los factores de riesgo biopsicológicos, como edad, género, herencia genética, hipertensión arterial, dislipidemias, depresión, prediabetes y otros. Además, se trabaja con los subgrupos de la población total que presentan una condición crónica sencilla, de riesgo bajo o mediano, generalmente presente en la gran mayoría de las personas afectadas por la condición de salud, mediante la tecnología de gestión de la condición de salud. La estratificación de los riesgos de cada condición crónica se hace en las respectivas líneas-guías (por ejemplo, hipertensión de bajo, mediano, alto y muy alto riesgo o gestante de riesgo habitual y gestante de alto riesgo).

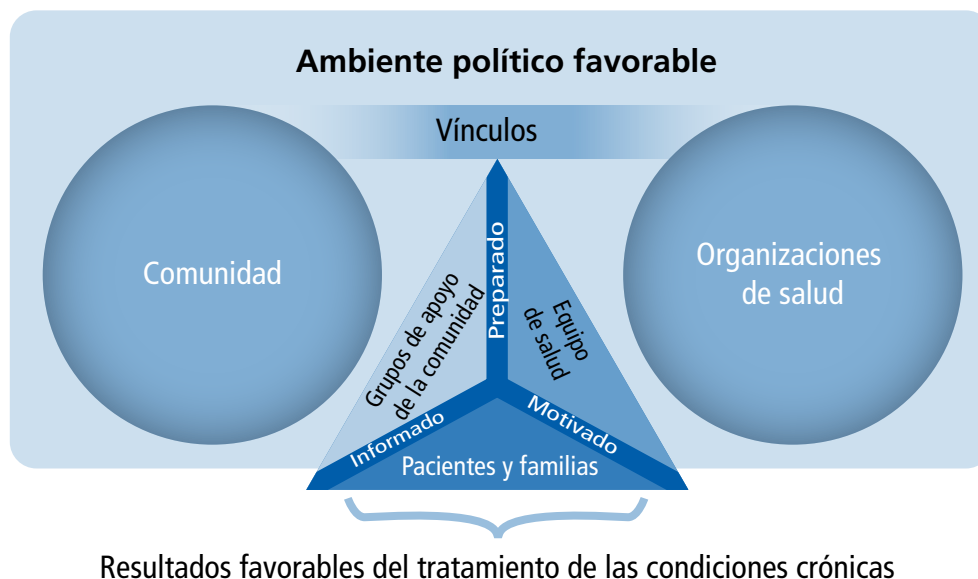
Aunque para los niveles 3 y 4 se aplique la misma tecnología de gestión de la condición de salud, la lógica de la división en dos niveles se explica por la línea diagonal que cruza el MACC (véase la figura 12), que representa una división en la naturaleza de la atención de salud prestada a los usuarios. Eso se deriva de la evidencia de la pirámide de riesgo que demuestra que de 70% a 80% de los afectados por una condición crónica de riesgo bajo o mediano son atendidos, principalmente, por tecnologías de autocuidado apoyado, con baja concentración de atención profesional. Por lo tanto, en el nivel 3, las intervenciones serán principalmente de autocuidado apoyado, ofrecidas por un equipo de la ESF, con énfasis en la atención multiprofesional. En el nivel 4, la atención debe tener un equilibrio entre el autocuidado apoyado y el profesional y es en ese nivel donde se requiere la cooperación de los generalistas de la ESF y de los especialistas.

Por último, en el nivel 5 la atención se destina a las condiciones crónicas muy complejas, que también están contempladas en las líneas-guías de las respectivas condiciones de salud. Esas condiciones son a las que se refiere la ley de la concentración de los gastos y la gravedad de las condiciones de salud cuando señala que una pequeña parte de la población, debido a la gravedad de sus condiciones de salud, determina los mayores gastos del sistema de atención de salud ⁽³⁸³⁾. Las personas afectadas por esas condiciones son, además y principalmente, personas que más sufren, por lo cual sus necesidades demandan una tecnología específica de gestión de la clínica, la gestión de caso. Aquí, existe una alta concentración de cuidado profesional. Un gestor de caso (un enfermero, un asistente social o un pequeño equipo de salud) debe coordinar la atención del paciente en todos los puntos de atención de salud y de los sistemas de apoyo a lo largo del tiempo.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN DEL MACC

El modelo de los cuidados innovadores para condiciones crónicas (CICC) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (Figura 13) tiene tres ámbitos de aplicación: macro, meso y micro.

Figura 13: Modelo de los cuidados innovadores para condiciones crónicas de la Organización Mundial de la Salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾

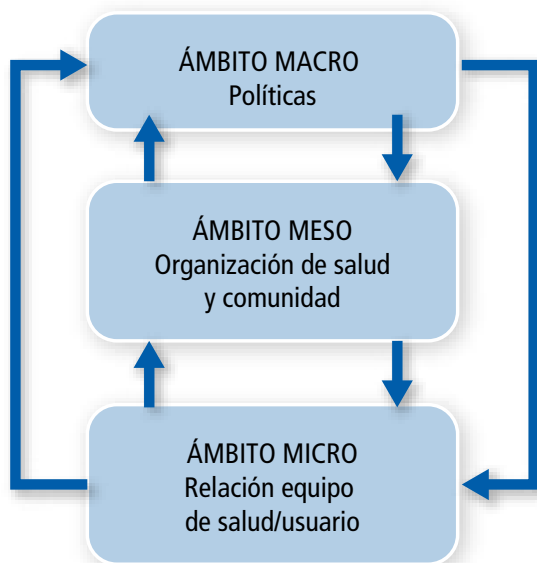
El MACC incorpora esos tres ámbitos de aplicación del CICC, conforme se ilustra en la figura 14. El primero es el de las macropolíticas que regulan el sistema de atención de salud; el ámbito meso es el de las organizaciones de salud y de la comunidad y el micro, el de las relaciones entre equipos de salud y usuarios y sus familias. Esos niveles interactúan e influyen de forma dinámica unos en otros y están unidos por un circuito interactivo de retroalimentación en el cual los eventos de un ámbito influyen en las acciones de otro y así sucesivamente.

El funcionamiento articulado de los tres ámbitos genera eficiencia y eficacia en los sistemas de atención de salud y, por el contrario, cuando no hay articulación y sí disonancia, se genera ineficiencia e ineficacia. En cuanto a las condiciones crónicas, lo más común es que el sistema de atención de salud no funcione bien por la falta de coordinación de las acciones en esos tres ámbitos, situación que el MACC debe eliminar.

Los límites entre los niveles micro, meso y macro no siempre son claros. Cuando el equipo de salud no tiene competencia para manejar las condiciones crónicas por falta de capacitación, el problema puede detectarse en el ámbito micro, porque afecta las relaciones entre el equipo de salud y los usuarios y sus familias. No obstante, la

falta de competencia también puede considerarse un problema en el ámbito meso, ya que es responsabilidad de la organización de salud garantizar las condiciones para que los equipos de salud manejen bien las condiciones crónicas, que incluye la educación permanente del personal. Además, la falta de competencia de los equipos por problemas de educación puede corresponder al ámbito macro, porque las normas que rigen los programas de pregrado y posgrado podrían ser inadecuadas.

Figura 14: Ámbitos del Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas



Fuente: Adaptado de: Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾

El ámbito micro se estructura para afrontar dos problemas: la falta de autonomía de los usuarios para mejorar su salud y la baja calidad de la interacción entre usuarios y sus familias, por un lado, y los profesionales de los equipos de salud, por otro. Para superar esos problemas, los usuarios y sus familias deben participar en la atención de salud y los profesionales deben apoyarlos. El comportamiento de los usuarios en su día a día, la adhesión a esquemas terapéuticos, la práctica de ejercicio físico, la alimentación adecuada, el abandono del tabaquismo y la interacción con las organizaciones de salud influyen en los resultados sanitarios en mayor proporción que las intervenciones médico-sanitarias. Por otra parte, la comunicación de buena calidad entre usuarios y sus familias por un lado y los equipos de salud por otro afecta positivamente los resultados sanitarios, por lo que hay que involucrar a los pacientes en su propio cuidado. La tríada presente en el ámbito micro está representada por

los usuarios y sus familias, por el equipo de salud y por el grupo de apoyo de la comunidad. Los objetivos fundamentales en ese ámbito son que tanto las personas y las familias, como los equipos de salud y los grupos de apoyo a la comunidad estén preparados, informados y motivados.

En el ámbito meso, se propone un cambio de orientación de las organizaciones de salud, restándole énfasis a las condiciones agudas para implantar una atención que pueda atender las condiciones crónicas y también las agudas. Para ello se requieren las siguientes modificaciones: colocar el tema de las condiciones crónicas en el plan estratégico de esas organizaciones, como parte de programas de calidad; promover la coordinación de la atención de salud y la atención de calidad mediante liderazgo e incentivos; aplicar tecnología de gestión de las condiciones crónicas; poner en práctica sistemas de información clínica potentes, con base en tecnologías de información y comunicación; desarrollar una atención proactiva, continua e integral, con valoración relativa de los procedimientos de promoción y prevención; estimular el autocuidado y apoyar a los usuarios y sus familias en esa tarea; adoptar directrices clínicas elaboradas con base en evidencia científica; integrar los recursos de la organización con los recursos comunitarios (grupos de personas con determinada enfermedad, voluntarios, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y movimientos sociales), y movilizar y coordinar los recursos comunitarios.

En el ámbito macro se plantea la elaboración de políticas sanitarias que consideren las particularidades de las condiciones crónicas y que se desarrollen en las RAS. Eso implica: planificación basada en las necesidades de la población; defensa de las leyes sobre las condiciones crónicas; integración de las políticas para afrontar las condiciones crónicas; asignación de recursos según la carga de enfermedades y según criterios de costo/eficacia; integración de los sistemas de financiamiento; alineación de los incentivos económicos con los objetivos de la atención de las condiciones crónicas; implantación de sistemas de acreditación y de monitoreo de la calidad de la atención; desarrollo de la educación permanente de los profesionales de salud, y elaboración de proyectos intersectoriales.

Una política eficaz de implantación del MACC tendrá que tener un plan estratégico que articule y coordine intervenciones en esos tres ámbitos.

Sin embargo, como este libro aborda el cuidado de las condiciones crónicas en la APS, con una forma singular de prestar atención primaria mediante la ESF, el MACC será desarrollado en sus diferentes niveles con foco en los ámbitos micro y meso. En el ámbito meso, el trabajo se lleva a cabo en el espacio territorial y de vida de las familias adscritas a los equipos de la ESF organizado en su comunidad. En el ámbito

micro, las acciones son parte de las relaciones cotidianas que se producen entre los usuarios y sus familias y los equipos de la ESF.

El ámbito micro es aquel en el que se estructuran microsistemas clínicos, definidos como equipos de salud que se organizan en pequeños grupos, para prestar corrientemente atención de salud a las personas y las familias. Aquí se definen objetivos, se organizan los procesos y se comparte información con los usuarios, con los que también se comparten los resultados ⁽³⁸⁴⁾. Un equipo de la ESF constituye un microsistema clínico. Así, en el nivel 1 del MACC las intervenciones se producirán en el territorio en el que viven las familias adscritas a un equipo de la ESF; en los niveles 2, 3, 4 y 5, las intervenciones se centrarán en las microrrelaciones clínicas entre un equipo de la ESF y los usuarios y familias adscritas, es decir, en el microsistema clínico.

CAPÍTULO 6 – MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESF

NIVEL 1 DEL MACC EN EL CUIDADO DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESF: INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El nivel 1 del MACC incorpora las intervenciones de promoción de la salud para toda la población, en relación a los factores determinantes sociales intermediarios de la salud, por medio de intervenciones intersectoriales.

Como se observa en la figura 12, ese primer nivel del MACC constituye la base del modelo. Tiene como sujeto la población total y como centro de las intervenciones, los factores sociales determinantes intermediarios de la salud (los relativos a las condiciones de vida, de trabajo y acceso a servicios esenciales y redes sociales y comunitarias). Las intervenciones de promoción se materializan, especialmente, en proyectos intersectoriales.

La Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud ⁽³⁷⁵⁾ produjo un informe muy bien documentado por una amplia revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre los factores determinantes, especialmente sobre el crecimiento económico y la distribución del ingreso, educación, saneamiento, vivienda, trabajo y medio ambiente. El efecto determinante de las políticas de esos sectores en la salud es indiscutible y significativo.

Las redes sociales y comunitarias son fundamentales para aumentar el capital y la cohesión social. El capital social puede definirse como un conjunto de atributos presentes en una sociedad en la forma de bienes intangibles que favorecen la confianza y la reciprocidad social con relación a normas compartidas ⁽³⁸⁵⁾. El capital social es un factor relevante para alcanzar la cohesión social; es un concepto más amplio e incluye la ausencia de conflictos sociales latentes y la presencia de fuertes lazos sociales, donde se incluyen la confianza y las normas de reciprocidad, las asociaciones que superan la división social y las instituciones dedicadas a manejar los conflictos ⁽³⁸⁶⁾. La asociación entre capital social y desarrollo económico, educación, violencia, movilidad laboral y gobernabilidad están bien establecidas ^(387, 388), al igual que la relación entre capital social y salud ⁽³⁹⁰⁾. Por otro lado, se sugiere que los sistemas públicos universales de atención de salud, como el SUS, contribuyen a la acumulación de capital social ^(378, 391).

La influencia de esos factores determinantes se manifiesta en la salud en varios aspectos y hay trabajos publicados que tratan específicamente sobre las determinaciones sociales de las condiciones crónicas ⁽³⁹²⁾.

En Brasil y en relación con las condiciones crónicas, está claramente establecida la influencia en la salud de las políticas de ingresos ⁽³⁹³⁻³⁹⁵⁾, de educación ⁽³⁹⁶⁾, de saneamiento ⁽³⁹⁷⁾, de empleo ^(398, 399) y ambientales ^(400, 401). Por otro lado, Brasil tiene baja acumulación de capital social, evidente en las relaciones de confianza débiles entre brasileños ⁽⁴⁰²⁾, lo que influye negativamente en la salud.

No se puede negar que existen muchas políticas públicas en Brasil que afectan los factores determinantes sociales intermediarios de la salud, como constató la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud ⁽³⁷⁵⁾. Sin embargo, la forma predominante de trabajo en el sector público en todos los niveles federativos es sectorial y aislada, de modo que elimina la eficacia y eficiencia de los programas públicos, porque se lleva a cabo de forma temática y fragmentada, sin una articulación entre los diferentes sectores. Eso debe cambiar para realizar intervenciones intersectoriales integradas que permitirán generar mejores resultados sanitarios y económicos. Por lo tanto, como parte del MACC se propone que en el nivel 1 las intervenciones sobre los factores determinantes sociales intermediarios de la salud se lleven a cabo por medio de proyectos intersectoriales.

Se entiende como trabajo intersectorial aquel en el cual se establecen relaciones entre partes del sector salud y partes de otros sectores, con el propósito de desarrollar proyectos que logren mejores resultados sanitarios, de forma eficaz, eficiente y sostenible, que no se obtendrían mediante acciones aisladas del sector salud ⁽³⁷¹⁾.

Las principales políticas recomendadas por la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud en relación con los determinantes intermediarios son: las que garantizan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población mediante el acceso universal a agua limpia, alcantarillado, vivienda adecuada, ambientes de trabajo saludables, educación y servicios de salud y políticas que favorezcan el fortalecimiento de la solidaridad y la confianza, la construcción de redes de apoyo y la participación de las personas y las comunidades en acciones colectivas para mejorar sus condiciones de salud y bienestar, especialmente entre los grupos sociales vulnerables ⁽³⁷⁵⁾.

Esa misma Comisión recomienda que, para que las intervenciones en los diversos niveles de determinación sean viables, eficaces y sostenibles, deben fundamentarse en la intersectorialidad, la participación social y la evidencia científica. Afirma que la evidencia científica permite entender cómo los factores determinantes sociales

generan inequidad y cómo y dónde deben incidir las intervenciones para combatirlas y qué resultados esperar con respecto a su eficacia y eficiencia. Hay trabajos sobre la producción y utilización de evidencia científica en la promoción de la salud ⁽⁴⁰³⁻⁴⁰⁵⁾. En el caso de Brasil, la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud ⁽³⁷⁵⁾ sugiere la creación de un programa conjunto entre los Ministerios de Ciencia y Tecnología y de Salud con el objeto de incentivar la producción regular de evidencia científica en ese campo.

Es necesario tener claro que las intervenciones intersectoriales de promoción de la salud pueden llevarse a cabo en diferentes ámbitos, ya sea el mundial o de la globalización, nacional, de un estado, de un municipio o de una parte de un municipio ⁽³⁷¹⁾. Así, puede haber, como en Finlandia, desde un plan nacional sobre los factores determinantes sociales de la salud ⁽⁴⁰⁶⁾ hasta un trabajo intersectorial que tiene lugar en un barrio de una ciudad, en el que participan diferentes organizaciones allí presentes ⁽⁴⁰⁷⁾.

Dado que este libro aborda la APS prestada por la ESF, el nivel 1 se limita a las intervenciones de promoción de la salud en el ámbito del territorio de cobertura de los equipos de la ESF. Aunque el trabajo de promoción de la salud se dé en ese espacio geográfico menos amplio, puede y debe ser desarrollado por los equipos de la ESF. En la práctica, eso significará que habrá que articular el trabajo de la ESF con el de otros sectores que tengan presencia en el mismo microespacio social, como el de empleo e ingresos, vivienda, seguridad alimentaria, saneamiento, deporte y recreación, educación, asistencia social, defensa social, medio ambiente, infraestructura, cultura y otros. En la promoción de la salud deberán participar entes gubernamentales y no gubernamentales, como iglesias, empresas, clubes de servicios, movimientos sociales, etc. La articulación de las intervenciones locales de los equipos de la ESF con los programas de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en los diversos sectores llevará a mejorar los niveles de salud de la población adscrita a la ESF.

La experiencia muestra que para que los proyectos intersectoriales sean eficaces, su coordinación no debe estar a cargo de uno de los sectores, sino, preferiblemente, de una autoridad integradora, cuya legitimidad sea reconocida por todas las organizaciones participantes. Generalmente, en los proyectos coordinados por agentes públicos, esa función puede desempeñarla alguien con autoridad delegada por el prefecto municipal. Una opción es instituir un comité local de coordinación con representación de todos los sectores involucrados en el proyecto de promoción de la salud.

NIVEL 2 DEL MACC EN EL CUIDADO DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESF: INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD RELATIVAS A LOS FACTORES DETERMINANTES SOCIALES PROXIMALES DE LA SALUD

FACTORES DE RIESGO PROXIMALES

El nivel 2 del MACC incorpora la prevención de las condiciones de salud en subgrupos de población en riesgo, mediante intervenciones sobre los factores determinantes sociales proximales de la salud pertinentes a los comportamientos y estilos de vida.

Los factores determinantes sociales proximales de la salud que se derivan de comportamientos y estilos de vida se consideran factores de riesgo. Esos factores de riesgo son potenciados por los factores determinantes sociales intermediarios y distales, que, a su vez, afectan los determinantes individuales.

Los factores de riesgo se definen como características o atributos que aumentan la posibilidad de tener una determinada condición de salud. Pueden clasificarse en no modificables o modificables o del comportamiento ^(13, 408). Entre los primeros están el sexo, la edad y la herencia genética y, entre los últimos, el tabaquismo, la alimentación inadecuada, la inactividad física, el exceso de peso, el consumo excesivo de alcohol y otros.

El abordaje de los factores no modificables se lleva a cabo, predominantemente, en los niveles 3 y 4 del modelo de atención de las condiciones crónicas, como parte de la gestión de la clínica. Allí también se abordan los factores de riesgo biopsicológicos, como la hipertensión, la hiperlipidemia, la intolerancia a la glucosa y la depresión.

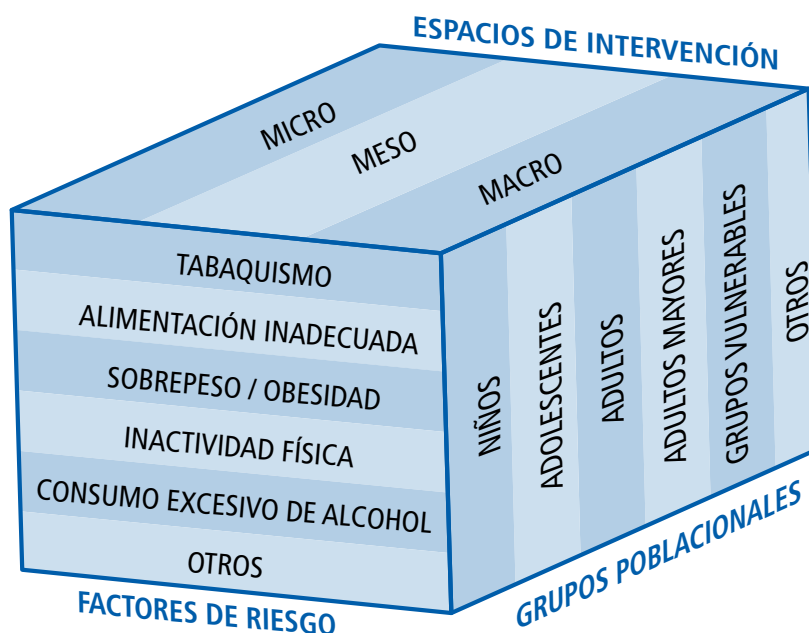
Una política consecuente de prevención de las condiciones de salud debe tener como base un sistema eficaz de vigilancia de los factores de riesgo, que se concentre en los factores de riesgo modificables y que se estructure mediante el siguiente proceso: análisis de las tendencias temporales de mortalidad y morbilidad por condiciones crónicas; monitoreo de los factores de riesgo, mediante encuestas de salud periódicas y especiales; análisis y crítica de los resultados; fuentes de datos con validación y mejoramiento de los instrumentos e indicadores; inducción de y apoyo a las acciones de prevención de las condiciones crónicas, y monitoreo y evaluación de las intervenciones ⁽⁴⁰⁹⁾. Ese sistema de vigilancia de los factores de riesgo debe funcionar en los estados, a nivel nacional, regional y local.

MATRIZ DE LA PREVENCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD RELATIVAS A LOS FACTORES DETERMINANTES SOCIALES PROXIMALES

Las intervenciones preventivas sobre los factores de riesgo pueden llevarse cabo con base en la población, la comunidad o los individuos, o una combinación de ellos y, en todos los casos, deben realizarse mediante procesos de estratificación de riesgos ⁽⁴¹⁰⁾ y en los ámbitos macro, meso o microsociales ⁽⁴⁾.

El Observatorio Europeo de Sistemas de Salud ⁽³⁹¹⁾ propuso una matriz para poner en marcha intervenciones de prevención de las condiciones de salud, adaptada en la figura 15.

Figura 15: Matriz de la prevención de las condiciones de salud



Fuente: Adaptado de Figueras, McKee, Lessof, Duran, Menabde ⁽³⁹¹⁾

La figura 15 ilustra la matriz de prevención de las condiciones de salud, que articula tres componentes: los espacios de intervención, los factores de riesgo constituidos por los determinantes sociales proximales de la salud y los grupos poblacionales.

Los espacios de intervención se producen en los ámbitos macro, meso y microsociales. Los gobiernos tienen una función crucial en la prevención de las condiciones de salud, en especial en la protección de los grupos vulnerables. Muchos creen que si las personas desarrollan condiciones debido a comportamientos o estilos de vida inadecuados son responsables de su enfermedad. Sin embargo, como advierte la Organización Mundial de la Salud ⁽¹³⁾, la responsabilidad individual solo puede imputarse cuando los individuos tienen igual acceso a una vida saludable y reciben apoyo para tomar decisiones sobre su salud; por lo tanto, no cabe la victimización de las personas con condiciones crónicas.

En el plano de las macropolíticas, por ejemplo, la elaboración de legislación específica para factores de riesgo, el aumento de impuestos sobre los bienes que producen condiciones de salud y la información masiva, las acciones de los gobiernos generalmente han sido insuficientes por diversas razones ⁽⁴¹¹⁾. Dado que los factores de riesgo se derivan de estilos de vida, se piensa que no cabe a los gobiernos actuar con firmeza en ese campo, y que hay que dejar el cambio de comportamiento al criterio de cada persona. Asimismo, hay grandes dificultades para llevar a cabo acciones intersectoriales eficaces y una fuerte reacción de grupos de interés poderosos, como son las industrias de bebidas alcohólicas, tabaco, alimentación y entretenimiento y las empresas de publicidad, y es difícil evaluar, de forma habitual y sostenida, los resultados de los programas de prevención. Todo lo anterior se refleja en una inversión baja en programas de promoción y prevención. Los gobiernos de Europa gastan menos de 1% de su presupuesto de salud en medidas de promoción de la salud y de prevención de las condiciones de salud ⁽⁴¹²⁾.

En el plano intermedio o meso, las intervenciones preventivas se deben llevar a cabo en comunidades y entre grupos de personas en los ambientes laborales o escolares. Por ejemplo, las intervenciones preventivas realizadas en el ámbito laboral, además de producir resultados sanitarios tangibles, tienen un efecto económico muy positivo: reducen en 27% el absentismo por enfermedad, en 26% los costos de la atención de salud y tienen un retorno económico de US\$ 5,81 por cada dólar invertido ⁽⁴¹³⁾.

Se reconoce que la prevención de los riesgos es generalmente más eficaz cuando se dirige a las poblaciones y no aisladamente a los individuos ⁽⁴¹⁰⁾. Pero las intervenciones basadas en la población deben complementarse con medidas preventivas para grupos pequeños o en el plano individual en el espacio micro.

En el nivel micro, el espacio privilegiado de actuación para la prevención de las condiciones de salud es el de las unidades de salud, especialmente las unidades de

la ESF, por la sencilla razón de que es allí donde se conoce, se vincula y se da seguimiento longitudinal a la población en una RAS.

Los grupos de población para las intervenciones de prevención de las condiciones de salud pueden clasificarse de diversas formas. En la figura 15, son niños, adolescentes, adultos ancianos y grupos vulnerables definidos por ingreso, etnicidad, género o condición de salud, pero puede haber otros grupos poblacionales en distintas circunstancias.

Como este libro aborda la atención de las condiciones crónicas en la APS, ese será el blanco de las intervenciones en el ámbito micro, dirigidas a pequeños grupos o individuos y sus familias adscritos a los equipos de la ESF. Eso no debe leerse como una negación de la importancia de las intervenciones en los niveles meso y macro, sino simplemente una adecuación a los objetivos de este trabajo.

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS COMPORTAMIENTOS Y A LOS ESTILOS DE VIDA EN LA SALUD

También hay pruebas de que los comportamientos y estilos de vida son factores determinantes sociales importantes de las condiciones crónicas. Esos factores fueron la causa de 40% de las defunciones en los Estados Unidos ⁽⁴¹⁴⁾ y son la principal causa de muerte por cáncer en países de ingresos bajos y medios: el tabaquismo causa 18% de la mortalidad; el bajo consumo de frutas, legumbres y verduras, 6% y el consumo excesivo de alcohol, 5% ⁽⁴¹⁵⁾. En los Estados Unidos y Europa, se estima que la esperanza de vida podría reducirse en cinco años en las próximas décadas si continúa aumentando el grado de obesidad actual de acuerdo con los patrones vigentes; en esas condiciones, se prevé que una de cada cuatro personas nacidas hoy pueda desarrollar diabetes a lo largo de su vida ⁽⁴¹⁶⁾. Los factores de riesgo son generalizados y explican la gran mayoría de las defunciones causadas por enfermedades crónicas en hombres y mujeres en todas las partes del mundo. Cada año mueren en el mundo 4,9 millones de personas debido al consumo de tabaco; 2,6 millones por problemas de sobrepeso u obesidad; 2,7 millones debido al consumo insuficiente de frutas y hortalizas, y 1,9 millones por sedentarismo ⁽¹³⁾. El comportamiento no saludable es el principal factor contribuyente a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, accidente vascular encefálico, enfermedades respiratorias, accidentes y diabetes, que son la causa de 70% de las muertes en los Estados Unidos ⁽⁴¹⁷⁾. Las personas con estilos de vida saludables viven, en promedio, de 6 a 9 años más, postergan el inicio de las enfermedades crónicas 9 años y acortan los años de enfermedad hacia el fin de la vida ⁽⁴¹⁹⁾. Las enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida ocasionan 70% de los gastos de asistencia médica en los Estados Unidos, equivalentes a 11% del PIB del país ⁽⁴²⁰⁾.

Por otro lado, hay evidencia de que si se controlaran los factores de riesgo, se evitarían 80% de los casos de enfermedades cardiovasculares y diabetes y más de 40% de los de cáncer ⁽¹³⁾.

Un buen ejemplo del éxito del trabajo sobre los factores de riesgo asociados a los comportamientos y a los estilos de vida es el de Finlandia. Ese país tenía una de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares más altas del mundo en 1972. El gobierno introdujo un amplio programa de educación de la población sobre el tabaquismo, la dieta y la actividad física. También se promulgó una ley antitabaco, aumentó la disponibilidad diaria de productos con bajo contenido de grasa, mejoró la merienda escolar y estimuló la actividad física. Como resultado, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuyeron 65% en todo el país en el período de 1972 a 1995, y 73% en Karelia del Norte, donde se aplicó el programa inicialmente ⁽⁴²¹⁾.

Un estudio sobre la mortalidad atribuible a los 10 principales factores de riesgo en grupos de países de las Américas, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, mostró (Tabla 4) que en los países del Grupo B, en el que se incluye Brasil, que tienen tasa de mortalidad baja, 37,6% de las defunciones están determinadas por factores de riesgo asociados al comportamiento o al estilo de vida.

Tabla 4: Diez principales factores de riesgo para la mortalidad atribuible, países del Grupo B de América Latina y el Caribe

Condición FACTOR DE RIESGO	MORTALIDAD PROPORCIONAL (%)
Presión arterial	12,8
Sobrepeso	10,1
Consumo de alcohol	9,5
Consumo de tabaco	8,5
Colesterol alto	6,5
Consumo Bajo de frutas, legumbres y verduras	5,4
Sedentarismo	4,1
Relaciones sexuales sin protección	1,9
Saneamiento	1,2
Contaminación del aire	1,2
Total de la mortalidad atribuible	61,2

Fuente: Banco Mundial ⁽³⁹³⁾

Cuando estos factores de riesgo son simultáneos, se genera una sinergia que potencia los problemas de salud. Tómese el caso del cáncer. Según el Instituto Nacional del Cáncer de Brasil ⁽⁴¹⁵⁾, en los países de ingresos bajos y medios, entre los cuales se encuentra Brasil, la fracción atribuible al conjunto de factores de riesgo asociados con una localización específica de cáncer varió entre 11% para cáncer colorrectal (sobrepeso y obesidad, inactividad física y bajo consumo de verduras), 18% para cáncer de mama (inactividad física, sobrepeso y obesidad y consumo de alcohol), 48% para cáncer bucal y orofaríngeo (tabaquismo y consumo de alcohol) y 66% para cáncer de pulmón, tráquea y bronquios (tabaquismo, bajo consumo de frutas y verduras y humo por la quema de combustibles sólidos en el domicilio). Además, como demuestra el abordaje del curso de vida de las condiciones crónicas, el impacto de los factores de riesgo modificables aumenta con el pasar de los años; es decir, sus repercusiones pueden postergarse con intervenciones precoces. A largo plazo, las intervenciones preventivas realizadas en el inicio de la vida tienen la capacidad potencial de reducir significativamente la epidemia de enfermedades crónicas ⁽¹³⁾.

De acuerdo con el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 de la Organización Mundial de la Salud habría que poner en práctica inmediatamente ciertas acciones poblacionales que son más costo-eficaces y que reducen la carga de enfermedades y los costos. Esas son: aumentar los impuestos y los precios del tabaco; proteger a las personas del humo de cigarrillos; prohibir fumar en lugares públicos; advertir sobre los peligros del consumo de tabaco; hacer cumplir la prohibición de la propaganda, patrocinio y promoción del tabaco; restringir la venta de alcohol en el mercado; reducir la ingesta de sal y el contenido de sal en los alimentos; sustituir las grasas saturadas de los alimentos por grasas poliinsaturadas; promover la información sobre alimentación y actividad física, incluso por los medios de difusión masiva; tratar la dependencia de la nicotina; promover la lactancia materna adecuada y la alimentación complementaria; aplicar las leyes de la conducción de automóviles bajo los efectos del alcohol, y restringir la publicidad de alimentos y bebidas con mucha sal, grasa y azúcar, especialmente para niños; aplicar impuestos a los alimentos insalubres y subsidiar la alimentación saludable; promover ambientes de nutrición saludable en las escuelas, y proporcionar información nutricional y asesoramiento en la atención de salud. ^(343, 422)

INTERVENCIONES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL COMPORTAMIENTO Y LOS ESTILOS DE VIDA

Es fundamental comprender que las intervenciones sobre los factores de riesgo asociados al comportamiento y estilo de vida pueden realizarse en diversos ámbitos. Este trabajo se referiría al ámbito micro de una unidad de la ESF.

Un importante cardiólogo brasileño afirmó que “la prevención de las condiciones de salud ya está en la mente de las personas, pero no la practican. Buena parte de los pacientes sometidos a una angioplastia, por ejemplo, en un mes vuelven a sus hábitos anteriores al procedimiento, como fumar. Piensan «ahora estoy curado... Stent realizado, anastomosis de safena realizada», pero los tratamientos son paliativos. Lo que salva es la prevención” ⁽⁴¹⁸⁾.

Los equipos de la ESF deben utilizar cotidianamente programas preventivos relativos a cada uno de los principales factores de riesgo asociados a comportamientos y estilos de vida, construidos con base en evidencia sobre su eficacia, para aplicarlos individualmente o en pequeños grupos.

Un ejemplo de la utilización de procedimientos de prevención de las condiciones de salud en la atención primaria es el de Kaiser Permanente. Esa organización tiene un programa denominado “Cultivar la salud” destinado a ayudar a sus clientes a adoptar estilos de vida saludables, en relación a la actividad física ⁽⁴²³⁾, el estrés ⁽⁴²⁴⁾, el tabaquismo ⁽⁴²⁵⁾ y el control del peso ⁽⁴²⁶⁾.

Los factores de riesgo vinculados a los comportamientos y a los estilos de vida más significativos, en relación a las condiciones crónicas, aunque existen otros también importantes, son la dieta inadecuada, el exceso de peso, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo ⁽³⁷⁵⁾.

DIETA INADECUADA

La dieta inadecuada es un determinante social proximal de la salud importante. En los países en desarrollo, la transición nutricional se manifiesta en una doble carga: de un lado, se mantiene la malnutrición que afecta especialmente a los niños pobres: 60% del total de 10,9 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años de edad en el mundo están asociadas a la desnutrición. Muchos niños tienen bajo peso y eso influye negativamente en su desarrollo y crecimiento durante la infancia, y aumenta los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas en la edad adulta ⁽⁴²⁷⁾. Por otro lado, los cambios que se producen mundialmente aumentan la prevalencia de enfermedades crónicas en esos países en desarrollo, en parte, por la alimentación inadecuada, que afecta predominantemente a los más pobres. Esa doble carga tiene que afrontarse de manera integral, ya que en los países en desarrollo, la malnutrición es concomitante con las epidemias de obesidad y enfermedades crónicas, y ambas tienen mayor incidencia en la población pobre.

Los cambios en los estilos de vida y en la dieta en función del desarrollo económico, la industrialización y la globalización son profundos y rápidos y han tenido

un impacto en el estado nutricional de las poblaciones del mundo, particularmente en los países en desarrollo. Los alimentos se convirtieron en bienes de consumo producidos y comercializados en escala mundial. La disponibilidad de alimentos es más amplia y más diversa, al punto de determinar consecuencias negativas en los patrones dietéticos, como el consumo creciente de alimentos con alto contenido de grasa, particularmente grasa saturada, y con contenido bajo de carbohidratos no refinados. Eso tiene consecuencias para la salud, especialmente con respecto a las condiciones crónicas.

La relación entre dieta y afecciones crónicas está bien establecida. Hay evidencia acerca de la relación entre la alimentación y enfermedades cardiovasculares, sobrepeso y obesidad, hipertensión, dislipidemias, diabetes, síndrome metabólico, cáncer y osteoporosis. La Organización Mundial de la Salud estima que, en el mundo, el consumo insuficiente de frutas y hortalizas causa 31% de los casos de enfermedad isquémica del corazón, 11% de los de enfermedades cerebrovasculares y 19% de los de cáncer gastrointestinal ⁽⁴²⁸⁾.

Se ha considerado que la dieta es el factor determinante de las condiciones crónicas con mayor posibilidades de modificarse; hay evidencia de que los cambios en la dieta tienen gran efecto, positivo y negativo, en la salud de las personas, no solo porque influyen en el estado de salud actual, sino porque también pueden determinar si una persona desarrollará ciertas condiciones de salud en el futuro ⁽⁴²⁸⁾.

En un estudio que compara una dieta prudente (con consumo alto de verduras, frutas, pescado, aves y granos integrales) con una dieta occidental (consumo alto de carne roja, alimentos procesados, frituras, grasas, granos refinados y azúcar) mostró un incremento sustancial del riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 entre los hombres que siguen la segunda dieta descrita ⁽⁴²⁹⁾. También se observó una asociación entre una dieta preventiva e índices lipídicos menores entre las mujeres ⁽⁴³⁰⁾. Se confirmó la asociación entre el consumo energético durante la niñez y la mortalidad por cáncer en los adultos ⁽⁴³¹⁾. En niños y adolescentes, las dietas ricas en grasas saturadas y sal y con poca fibra y potasio se han asociado con hipertensión, alteraciones de la tolerancia a la glucosa y dislipidemia ⁽⁴³²⁾.

En Brasil, la investigación de Vigitel 2010 realizada en las capitales de estado brasileñas, en cuanto a la dieta y factores protectores mostró que los porcentajes de consumo entre la población total fueron: ingesta regular de frutas y hortalizas, 29,9%; ingesta recomendada de frutas y hortalizas, 18,2%, y de frijoles, 66,7%. En relación a los factores de riesgo, los porcentajes de consumo entre la población total fueron: ingesta de carne con exceso de grasa, 34,2%; de leche integral con grasa, 56,4%, y consumo regular de refrescos, 28,1% ⁽⁴³³⁾.

El Plan de Acciones Estratégicas para Afrontar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Brasil, 2011-2022, tiene las siguientes metas: aumentar el consumo de frutas y hortalizas y reducir el consumo medio de sal ⁽³⁴³⁾. Las estrategias relativas a la dieta saludable abarcan intervenciones en los niveles macro, meso y micro y algunas corresponden al terreno legislativo, regulatorio y fiscal y, concomitantemente, al clínico. Hay muchas dificultades para aplicar esas estrategias debido a que se subestima su eficacia; existe la percepción de que se necesita mucho tiempo para lograr resultados, y hay oposición de parte de los productores y de la industria de alimentos; también afecta la inercia institucional ⁽⁴²⁸⁾.

A pesar de la importancia de las acciones en los planos macro y meso ^(21, 343), aquí se considerarán las del plano micro de las unidades de la ESF. Las intervenciones de alimentación saludable en la ESF engloban educación nutricional o alimentaria y autocuidado apoyado para lograr cambios en la alimentación de los usuarios.

La educación o asesoramiento nutricional es el proceso por el cual las personas efectivamente reciben ayuda para seleccionar y asumir comportamientos deseables de nutrición y estilo de vida. El resultado de ese proceso es el cambio de comportamiento y no solamente mejorar el conocimiento sobre nutrición ⁽⁴³⁴⁾.

En relación a la educación nutricional, ha habido preocupación por desarrollar nuevas teorías y métodos transformadores que influyan en los hábitos alimentarios. Entre ellos, se destaca el rescate de la culinaria como una práctica educativa que valora la cultura de la comunidad y la participación activa de los individuos, por lo tanto, es un instrumento viable para la promoción de las prácticas de alimentación saludable ⁽⁴³⁵⁾. Sin embargo, es difícil introducir esas prácticas de alimentación saludable en las unidades de la ESF. Una de las dificultades que perciben los profesionales de salud para realizar actividades de educación y orientación nutricional es el conflicto entre el conocimiento teórico y la práctica vivencial. Esos profesionales no tienen credibilidad en cuanto a las tareas educativas sobre nutrición, dados sus propios problemas y dificultades para hacer cambios en ese sentido ^(436, 437).

Uno de los obstáculos para poner en práctica la educación nutricional en la ESF ha sido la falta de nutricionistas como miembros efectivos de los equipos de salud de la familia. Una investigación realizada en la región metropolitana de Campinas mostró que había 1 nutricionista en la APS por cada 20.000 a 500.000 habitantes ⁽⁴³⁸⁾. Es necesario convencerse de que el nutricionista debe ser un miembro orgánico de los equipos de la ESF, aunque ese profesional solamente agregará valor al trabajo de la APS si es parte del trabajo en equipo y si tiene formación como educador.

El educador en nutrición no solo transmite información mediante presentaciones. Debe aprender cómo su interlocutor vive el problema alimentario, no solo en relación al consumo de alimentos propiamente tal, sino a todas las cuestiones de naturaleza subjetiva e interpersonal que son parte del acto alimentario. La educación nutricional conlleva confrontar nuevas prácticas con el significado social y simbólico de los alimentos para quienes son objeto del proceso educativo; asimismo, se requiere reconstruir el significado de los alimentos y construir un nuevo sentido para el acto de comer. Todo eso debe articular la salud, el placer, la coherencia con las prácticas de comensalía, convivialidad y preocupación por la sostenibilidad ambiental ⁽⁴³⁹⁾.

Existen varias experiencias de educación nutricional en la APS del SUS ⁽⁴⁴⁰⁻⁴⁵⁰⁾. En el recuadro 3 se relata la experiencia con grupos de reeducación alimentaria en la APS en el municipio de Curitiba.

Recuadro 3: Taller de Reeducación Alimentaria en la APS, Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

El Taller de Reeducación Alimentaria fue desarrollado por el grupo de nutricionistas de la Coordinación de Alimentación y Nutrición, en conjunto con otras coordinaciones del Centro de Información en Salud de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba. Los primeros grupos de usuarios se conformaron en movilizaciones colectivas de nutrición, en las que se refirió a las personas con exceso de peso a consulta nutricional. Fueron invitadas por nutricionistas de las unidades de APS a participar en los grupos de reeducación alimentaria. En ese proceso se generaron las pautas de los encuentros, cuyo principal objetivo es dar sustento a las acciones del equipo multiprofesional en el abordaje de los grupos.

Inicialmente se planificó un total de seis encuentros, con intervalos de 15 días entre uno y otro y una duración media de 90 minutos. Algunos grupos siguen participando en encuentros de mantenimiento, incluso con integrantes de nuevos grupos. Los profesionales involucrados son nutricionistas, profesionales de educación física, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos y otros miembros de los equipos de las unidades de APS y personal de apoyo. Los encuentros se adaptan a la realidad local, al igual que los profesionales participantes.

Los grupos se organizan para reunirse quincenalmente por un total de seis sesiones en tres meses. El número máximo de participantes por grupo es 35. Las actividades son distintas según los grupos de edad (niños de 2 a 11 años; adolescentes de 12 a 19 años, adultos y adultos mayores).

En apoyo a las actividades de nutrición, se otorga la Cartilla de Alimentación Infantil a los niños de 9 años de edad o menos, orientación a los padres y a los usuarios de más de 10 años de edad, mediante la Cartilla Alimentación para una Vida Saludable y orientación a la familia de Curitiba.

Recuadro 3: Taller de Reeducción Alimentaria en la APS, Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

El primer encuentro cuenta con la participación de nutricionista, psicólogo y profesional de educación física. En él se realiza la recepción, entrevista y evaluación nutricional, distribución del cuaderno del usuario, carpetas, cartilla y se da la información acerca del lugar de la reunión que, por lo general, es el espacio salud de la unidad de APS (una sala de 60 m² que dispone de cocina). El coordinador presenta el objetivo de los encuentros, es decir, lograr o mantener un peso saludable, e indica la frecuencia de los encuentros. Se pactan las reglas de convivencia y se comparten las reglas de motivación, confianza y esfuerzo. Enseguida se llevan a cabo varias actividades que hacen hincapié en la importancia de la reeducación alimentaria con dinámicas que abarcan nutrición/alimentación sana, evaluación de hábitos alimentarios, diario alimentario, plato sano, alimentación durante los fines de semana, actividad física y prácticas corporales.

En el segundo encuentro participan el nutricionista y el profesional de educación física. Esta sesión y todas las siguientes comienzan con un repaso de lo tratado en el encuentro anterior. Algunas actividades integran dinámicas, como el repaso de las tareas, nutrientes y calorías, peso corporal saludable, grasas, etiquetado nutricional y vivencia corporal.

En el tercer encuentro participan el nutricionista, psicólogo y fisioterapeuta; se inicia también con un repaso de la sesión anterior. Algunas actividades se llevan a cabo con ayuda de dinámicas, como la revisión de las tareas, planificación de compras y organización de la cocina, además de técnicas de actitud, tareas de alimentación, diario de actividades físicas/ práctica corporal, actividades de vida diaria, actividades de vida profesional, autoconciencia corporal, responsabilidad, técnica de actitud, deslices y recaídas.

A la cuarta sesión asisten el nutricionista y el psicólogo. Luego del repaso del encuentro anterior, se realizan algunas actividades con dinámicas, como revisión de las tareas, elecciones sanas, hábitos alimentarios, un poco más puede hacer mal, menú, trampas, deslices y recaídas.

El quinto encuentro cuenta con la participación del nutricionista, el profesional de educación física y del farmacéutico. Después de repasar la sesión anterior, se realizan las actividades apoyadas por dinámicas apropiadas para la revisión de las tareas, previsión de las recaídas, aspectos psicológicos de la alimentación, uso de medicamentos, diario de actividad física y práctica corporal.

En la sexta sesión participan el nutricionista, el psicólogo y el profesional de educación física. La reunión comienza, como es habitual, con un repaso del encuentro anterior. Se realizan algunas actividades con apoyo de dinámicas apropiadas para la revisión de las tareas y de las orientaciones nutricionales, el plan de mantenimiento, el fortalecimiento del compromiso con el cambio y la finalización del proceso. Se hace una evaluación del trabajo realizado y se entrega a cada participante un esqueje de hierba aromática como condimento, que simboliza un eslabón entre la experiencia vivida y la vida cotidiana de cada participante y valora la idea de “condimentar la vida” con una nueva práctica culinaria.

Un mes después del último encuentro se realiza una reunión de mantenimiento con el fin de aclarar dudas y estimular a los participantes a seguir incorporando hábitos de vida más saludables.

Fuente: Secretaría Municipal de Salud de Curitiba ⁽⁴⁵¹⁾.

EXCESO DE PESO

Este factor de riesgo se puede manifestar como sobrepeso (índice de masa corporal igual o superior a 25) u obesidad (índice de masa corporal igual o superior a 30) y está sufriendo un aumento rápido en todo el mundo. El exceso de peso tiene una estrecha relación con la actividad física y la alimentación.

Las relaciones entre sobrepeso y obesidad por un lado y las condiciones crónicas por otro son por demás conocidas. En los Estados Unidos, se ha constatado que la obesidad causa 300.000 muertes anuales y que el riesgo de muerte crece con el aumento de peso, incluso cuando se trata de aumentos moderados, especialmente entre los 30 y 64 años de edad. Los individuos obesos tienen más de 50% más riesgo de muerte prematura que aquellos con peso adecuado; la incidencia de enfermedades cardiovasculares es más alta entre las personas con sobrepeso y obesidad; la prevalencia de hipertensión arterial es el doble entre los individuos obesos que entre los que tienen peso normal; la obesidad se asocia con el aumento de triglicéridos y la disminución del colesterol HDL; un aumento de peso de 5 a 8 kg duplica la probabilidad de tener diabetes tipo 2 en comparación con quien no aumentó de peso; 80% de los pacientes con diabetes tienen sobrepeso o son obesos; el sobrepeso y la obesidad están asociados con cáncer de colon, endometrio, próstata, riñón y mama; la apnea del sueño es más común entre las personas obesas; la obesidad está asociada con la prevalencia de asma; cada kilogramo de peso adicional aumenta la probabilidad de tener artritis entre 9% y 13% y los síntomas de la artritis pueden mejorar con la pérdida de peso; la obesidad en la mujer embarazada aumenta la posibilidad de muerte materna e infantil y aumenta 10 veces la posibilidad de hipertensión en la madre; también aumenta la probabilidad de que ella desarrolle diabetes gestacional, de que tenga un hijo con peso alto al nacer y de que el parto sea por cesárea. Los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad tienen más posibilidades de desarrollar hipertensión y de tener colesterol elevado; los adolescentes con sobrepeso tienen 70% más probabilidad de ser adultos con sobrepeso u obesidad. Es más, una pérdida de 5% a 15% de la masa corporal total de una persona con sobrepeso u obesidad reduce el riesgo de varias enfermedades, especialmente las cardiovasculares ⁽⁴⁵²⁾.

En Europa, la situación no es diferente ⁽⁴⁵³⁾, ya que el sobrepeso afecta de 30% a 80% de los adultos de la región; 20% de los niños y adolescentes tienen sobrepeso, y 30% de ellos son obesos. La carga de enfermedades debida al exceso de peso es de 12 millones de años potenciales de vida perdidos anualmente; la prevalencia de obesidad está aumentando rápidamente, y se estima que en 2010 había 150 millones de adultos y 15 millones de niños con sobrepeso; la prevalencia de obesidad entre los niños ha estado aumentando y actualmente es 10 veces más alta que en la década

de 1970; los adultos que fueron obesos en la adolescencia probablemente sufran mayor grado de exclusión social; la inequidad en la obesidad está relacionada con la inequidad en los ingresos. Por último, en más de 80% de los adultos de más de 30 años de edad con diabetes la enfermedad se atribuye al exceso de peso.

En Brasil, se ha reducido la prevalencia de desnutrición y ha habido un aumento del sobrepeso y la obesidad. Los datos de Vigitel 2010 indican que 48,1% de los brasileños tienen exceso de peso y 15,0%, obesidad, y ambos problemas son mayores entre los grupos con menos escolaridad. En el período de 2006 a 2010, el porcentaje de personas con exceso de peso u obesidad aumentó de 42,7% a 48,1%, respectivamente ⁽⁴³³⁾.

El Plan de Acciones Estratégicas para Hacer Frente a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Brasil 2011-2022 ⁽³⁴³⁾ tiene entre sus metas reducir la prevalencia de la obesidad entre niños y adolescentes y detener el aumento de la obesidad en adultos.

Las intervenciones para el control del peso tienen más relación con el campo de la alimentación saludable y la actividad física y pueden ponerse en marcha en los niveles macro, meso y micro de los sistemas de atención de la salud. En el último, las intervenciones deben estar centradas en la ESF, en forma de educación en salud, autocuidado apoyado, apoyo medicamentoso y vigilancia de ese factor de riesgo proximal. Un buen ejemplo de acción sobre el exceso de peso que puede realizarse, principalmente en la APS, es el de una institución de salud estadounidense que utiliza un sistema de manejo del peso para sus beneficiarios ⁽⁴²⁶⁾. La vigilancia debe utilizar el monitoreo constante de ciertos datos, como peso, índice de masa corporal, medida de circunferencia abdominal y otros.

INACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física se define como los movimientos corporales producidos por músculos esqueléticos que requieren un gasto energético sustancial ⁽⁴⁵⁴⁾. Se relaciona estrechamente con las afecciones crónicas y con los resultados sanitarios, y se asocia negativamente con el exceso de peso ⁽⁴⁵⁵⁾.

La actividad física tiende a disminuir en las sociedades modernas en función de la transición del trabajo intenso en energía, como el agrícola, hacia el de los servicios; de la reducción simultánea de la actividad física en cada ocupación, y de los cambios derivados de la introducción de sistemas de transporte y actividades de esparcimiento centradas en la televisión (POPKIN, 2005). Un análisis económico sobre la asignación del tiempo personal en los Estados Unidos en las últimas cuatro décadas mostró que

los individuos destinaron más tiempo al entretenimiento, viajes y transporte que a las actividades productivas, tanto en el ámbito laboral como en el hogar ⁽⁴⁵⁶⁾.

Los efectos positivos en el metabolismo de los lípidos y la glucosa, la presión arterial, composición corporal, la densidad ósea, las hormonas, los antioxidantes, el tránsito intestinal y las funciones psicológicas aparentan ser los principales mecanismos por los cuales la actividad física protege a los individuos de las enfermedades crónicas ⁽⁴⁵⁷⁾.

El cuerpo humano fue programado para hacer ejercicio, especialmente, para caminar. Hay evidencia de que las caminatas periódicas producen los siguientes resultados: disminuyen a la mitad el riesgo de diabetes y más de 25% el riesgo de accidente vascular encefálico; también reducen el riesgo de ciertos tipos de cáncer y resfriados, y previenen o mejora la depresión ⁽⁴⁵⁸⁾.

En los Estados Unidos, la actividad física de regular a moderada reduce las tasas de mortalidad, mientras que la más intensa disminuye la mortalidad entre jóvenes y adultos. La actividad física regular está asociada con una disminución del riesgo de desarrollar condiciones crónicas, como diabetes, cáncer colorrectal e hipertensión arterial. Asimismo, se asocia con la reducción de la depresión y la ansiedad y las fracturas por osteoporosis. También ayuda a controlar el peso, mantener la salud de los huesos, los músculos y las articulaciones, y a las personas mayores a mantenerse en mejores condiciones de motilidad. La actividad física regular también promueve el bienestar y mejora la calidad de vida ⁽⁴⁵⁹⁾. En Europa, se obtuvieron resultados similares, que muestran que la actividad física regular disminuye la mortalidad por todas las causas, la mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares, los riesgos de cáncer de cuello de útero y mama y el riesgo de diabetes tipo 2 ⁽⁴⁵³⁾.

La capacidad cardiorrespiratoria asociada a la actividad física se ha considerado uno de los factores de predicción más importantes de todas las causas de mortalidad, especialmente de las muertes por enfermedades cardiovasculares, independientemente del peso corporal ⁽⁴⁵⁹⁾.

La evidencia sobre los resultados positivos de la actividad física en la salud llevaron a la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Medicina Deportiva a recomendar que la gente aumente gradualmente su actividad física, hasta alcanzar una actividad moderada de 30 minutos diarios, y a observar que la actividad física más intensa como correr, andar en bicicleta, jugar tenis, nadar o jugar fútbol, pueden generar beneficios adicionales, siempre y cuando estén indicadas ⁽⁴⁶⁰⁾. La actividad física debe ser de intensidad por lo menos moderada; frecuente, es decir, diaria, y acumulada, que significa que los 30 minutos de actividades pueden

dividirse en dos o tres períodos al día ⁽⁴⁶¹⁾. Esa propuesta de actividad moderada puede incorporarse a la vida cotidiana, no solamente en momentos de recreación, sino también en el trabajo, en las actividades domésticas o durante el transporte, lo que permite ampliar sus beneficios a otras personas, además de aquellas que se interesan por la práctica de ejercicios vigorosos y deportes.

A pesar de que cada vez se sabe más acerca de los beneficios de la actividad física, en Brasil se practica poco. La Investigación Vigetel 2010 demostró que 14,9% de los brasileños hacían actividad física en su tiempo libre (recreación); 30,8% hacían actividad física en el tiempo libre o durante su traslado; 14,9% eran inactivos en su tiempo libre, durante su traslado, en el trabajo y en la actividad doméstica, y 28,2% veían televisión tres o más horas por día. La actividad física en el tiempo libre varió de 18,6% entre los hombres a 11,7% entre las mujeres y, en el tiempo libre y durante el traslado, de 32,8% entre los primeros a 29,0% entre las segundas ⁽⁴³³⁾.

Las intervenciones relacionadas con la actividad física también necesitan llevarse a cabo en los planos macro, meso y micro. En el plano macro se necesitan intervenciones urbanas para crear un ambiente físico y social que estimule la actividad física. En el plano meso, las intervenciones de estímulo a la actividad física pueden desarrollarse en la comunidad, ambientes laborales y escuelas.

Pero aquí el blanco es el plano micro de las unidades de la ESF, en el que las intervenciones pueden llevarse a cabo en las unidades de la ESF, mediante actividades educativas, operativas y de autocuidado apoyado, diseñadas para usuarios con condiciones crónicas. Un ejemplo es el programa de actividad física de una organización proveedora de servicios de salud estadounidense ⁽⁴⁰⁵⁾.

El proyecto Directrices Clínicas de la Asociación Médica Brasileña/Consejo Federal de Medicina para evaluar el sedentarismo en adultos y generar intervenciones de promoción de la actividad física en la APS recomienda que (en paréntesis el grado de la recomendación): * la evaluación de la actividad física realizada no debe abordar

* En otras guías y publicaciones, las recomendaciones acerca de los servicios clínicos se clasifican según un equilibrio entre riesgo y beneficio del servicio y según el nivel de evidencia en que se basa la información. El Preventive Services Task Force usa ⁽³²⁾: de los Estados Unidos usa los siguientes:

Nivel A: Buena evidencia científica sugiere que los beneficios de la intervención clínica sobrepasan significativamente los riesgos potenciales. Los clínicos deberán discutir la intervención con los pacientes elegibles.

Nivel B: Evidencia científica de calidad al menos regular sugiere que los beneficios de la intervención clínica sobrepasan los riesgos potenciales. Los clínicos deberán discutir la intervención con los pacientes elegibles.

Nivel C: Evidencia científica de calidad al menos regular indica que la intervención clínica tiene beneficios, pero que la relación entre esos y los riesgos no es tan clara como para hacer recomendaciones generales. Los clínicos no necesitan ofrecer el servicio, a no ser que las circunstancias individuales así lo indiquen.

solo las horas de recreación, sino también es necesario indagar sobre la actividad durante el trabajo profesional y doméstico (B); utilizar la versión corta del IPAQ (nueve preguntas) para evaluar la actividad física realizada durante la recreación, el trabajo doméstico, el trabajo remunerado y el traslado (B); realizar dos preguntas y utilizar el puntaje para clasificar el grado de actividad (B); utilizar instrumento de monitoreo de la evolución de la caminata (podómetro) como incentivo (B); asesoramiento del médico de familia y comunidad con duración de 2 a 3 minutos asociado a la entrega de folleto de refuerzo patrón o individualizado (B); entrenamiento específico de los médicos para asesorar sobre la actividad física en 2 a 6 minutos durante la consulta, para abordar la superación de las barreras y los cambios de etapa de acción (B); intervenciones que utilizan estrategias de modificación de hábitos (definición de metas, automonitoreo, superación de barreras, orientación sobre la práctica de ejercicios [por ejemplo, calentamiento, formas de evitar lesiones, etc.]) y hacen hincapié en la actividad física moderada (A) ⁽⁴⁶²⁾.

El Plan de Acciones Estratégicas para Afrontar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Brasil 2011-2022 ⁽³⁴³⁾ tiene como meta aumentar la actividad física en la recreación. En el plano micro, la prioridad es el Programa Gimnasio de la Salud, que consiste en construir espacios saludables para llevar a cabo promoción de la salud y estimular la actividad física y las prácticas corporales en coordinación con la APS ⁽⁴⁶³⁾.

El Programa Gimnasio de la Salud tiene el propósito de contribuir a la promoción de la salud mediante el establecimiento de polos con infraestructura, equipos y personal cualificado para orientar sobre prácticas corporales y actividad física y de recreación y modos de vida saludables. Los objetivos del programa son: ampliar el acceso de la población a las políticas públicas de promoción de la salud; fortalecer la promoción de la salud como estrategia de producción de salud; potenciar el trabajo de la APS y la vigilancia y promoción de la salud; promover la integración multiprofesional en el diseño y ejecución de las acciones; promover la convergencia de proyectos o programas sobre salud, educación, cultura, asistencia social, deporte y recreación; ampliar la autonomía de los individuos para elegir modos de vida más saludables; aumentar el nivel de actividad física de la población; estimular hábitos alimentarios saludables; promover la movilización comunitaria con la constitución de redes sociales de apoyo y ambientes de convivencia y solidaridad; potenciar las manifestaciones culturales locales y el conocimiento popular para diseñar opciones individuales y colectivas que favorezcan la promoción de la salud, y contribuir a la

Nivel D: Evidencia científica de calidad al menos regular indica que los riesgos de la intervención clínica sobrepasan los beneficios potenciales. Los clínicos normalmente no deberán ofrecer la intervención a pacientes asintomáticos.

Nivel I: La evidencia científica es escasa, de mala calidad o contradictoria, de tal manera que no puede determinarse la relación entre riesgo y beneficio. Los clínicos deberán ayudar a los pacientes a entender la incertidumbre en torno a la intervención.

ampliación y valoración de la utilización de los espacios públicos de recreación como propuesta de inclusión social, de confrontación de la violencia y mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

El programa crea los polos del Gimnasio de la Salud que pueden vincularse a un núcleo de apoyo a la salud de la familia o a una unidad de APS. Deberá constituirse un grupo de apoyo a la gestión del polo integrado por profesionales de la APS que trabajen en el programa, representantes de la sociedad civil y profesionales de otras áreas del poder público, con el fin de garantizar la gestión compartida del espacio y la organización de las actividades.

El programa desarrollará las siguientes actividades: promoción de prácticas corporales y actividad física (gimnasia, lucha, capoeira, danza, juegos deportivos y populares, yoga, tai chi chuan, entre otros); orientación para la práctica de actividad física; promoción de actividades de seguridad alimentaria y nutricional y de educación alimentaria; prácticas artísticas (teatro, música, pintura y artesanía); planificación de las acciones del programa en conjunto con el equipo de la APS y usuarios; identificación de oportunidades de prevención de riesgos, enfermedades y problemas de salud, así como la atención a los participantes del programa; movilización de la población adscrita al polo del programa; apoyo a las actividades de promoción de la salud desarrolladas en la APS y a las iniciativas de la población relacionadas a los objetivos del programa; otras actividades de promoción de la salud definidas por el grupo de apoyo a la gestión del programa en conjunto con la secretaría municipal de salud, y gestión del polo del programa.

Los polos recibirán un incentivo financiero mensual ⁽⁴⁶⁴⁾ y deberán operar bajo la responsabilidad de profesionales de nivel superior.

Los municipios deben elaborar un proyecto para poner en marcha el Programa Gimnasio de la Salud, que incluya: plan de acción local, definición del local donde se ubicará el programa, número de polos existentes, perfil de la población y número de habitantes contemplados, estrategias de monitoreo y evaluación de las actividades y constitución del grupo de apoyo a la gestión del polo.

Ese programa podrá estimular la introducción de prácticas corporales y actividad física en las unidades de APS del SUS de forma continua y regular.

Hay varios municipios de Brasil que ya estimulan las actividad física y tienen pruebas de su eficacia, entre ellos, Aracaju, Belo Horizonte, Recife y Vitória ^(343, 465). En el recuadro 4 se describe el programa Gimnasio de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte.

Recuadro 4: Programa Gimnasio de la Salud, Belo Horizonte, Brasil

Los Gimnasios de la Ciudad se pusieron en marcha en Belo Horizonte a partir de 2006. En 2011, funcionaban 30 polos de esos gimnasios distribuidos en los nueve distritos sanitarios de la ciudad y atendían a 16.000 personas.

El proyecto surgió a raíz de que se constatará que había en la ciudad altos índices de sedentarismo y carencia de lugares de recreación y actividad física. Sus objetivos son promover la salud, el convivio social, la cultura y la calidad de vida de la población con miras a reforzar la prevención de las condiciones crónicas y fortalecer la relación entre los diferentes servicios de la red para las comunidades; articular las acciones junto al SUS, a fin de ampliar el alcance e impacto de sus acciones entre los jóvenes adultos, adultos y adultos mayores, optimizando la utilización de espacios, equipos y recursos para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; contribuir al establecimiento de hábitos de vida saludables y la promoción de la ciudadanía; fortalecer la capacidad de afrontar las vulnerabilidades en el campo de la salud; promover la comunicación entre unidades de ESF, NASF y centros de referencia de asistencia social para garantizar el intercambio de información sobre las condiciones de salud de la comunidad atendida por el servicio; capacitar continuamente a los profesionales de educación física y otros de la salud que participan en el proyecto sobre los diferentes temas abordados por el programa.

Las actividades propuestas por el Programa Gimnasio de la Ciudad incluyen acciones de prevención y promoción de salud que son realizadas por dos profesionales de educación física y dos practicantes de educación física, con actividades gratuitas, tres veces por semana, una hora diaria; funcionan de lunes a sábado, en los turnos de la mañana, tarde y noche, para cualquier persona mayor de 18 años de edad. Para ingresar en el programa basta que las personas se inscriban y se sometan a una evaluación física en la que se verifica la aptitud para la práctica de las actividades propuestas por el programa. En caso de necesidad, se encaminará a la unidad de ESF a la cual la persona está adscrita para orientación.

Cada polo del Gimnasio de la ciudad tiene capacidad para atender un promedio de 500 personas de su entorno. Los ejes temáticos son: lucha contra el tabaquismo, alimentación inadecuada y sedentarismo. Para alcanzar los objetivos propuestos por el programa, se trabaja con la metodología de multiplicadores, en la cual se invita a cada grupo de participantes de las clases de actividad física (promedio de 60 personas por clase) a mantener la práctica fuera del gimnasio tres veces por semana, estimulando a amigos y familiares a caminar y hacer otras actividades en los espacios de la comunidad.

La principal atribución de los profesionales de educación física en el programa es de actuar como multiplicadores, no solo para orientar actividades físicas y repasar información relativa a la promoción de salud y a la prevención de las condiciones crónicas, sino también para transformar la realidad de la comunidad local. Las actividades de los polos son estandarizadas por el nivel central de la Secretaría Municipal de Salud, que coordina, monitorea y organiza las actividades. No obstante cada equipo tiene cierta autonomía para elaborar su plan de trabajo, objetivos y resultados esperados con base en la realidad de cada región y su público.

Recuadro 4: Programa Gimnasio de la Salud, Belo Horizonte, Brasil

En los Gimnasios de la ciudad se dan charlas trimestrales que abordan temas relativos al mejoramiento de la calidad de vida de su población. Para llegar a los usuarios, se utilizan dinámicas de grupo, conferencias, discusiones de casos, círculo de conversación, danzas, entre otras. La mayoría de las veces este es un trabajo multiprofesional, en asociación con otros servicios o profesionales de la red. Así los Gimnasios de la ciudad de Belo Horizonte se transforman en espacios donde se comparten experiencias e información, se expresa la cultura y se establecen redes sociales que influyen el desarrollo de empoderamiento de los ciudadanos para promover la salud y prevenir las condiciones crónicas en la comunidad.

Los resultados han sido positivos con respecto a algunos indicadores de salud relacionados con la alimentación, el peso corporal, el tabaquismo, el uso de alcohol y otros. También los usuarios han asumido mayor responsabilidad sobre su salud. Además, se notaron mejoras psicosociales, físicas y funcionales, aumento de la masa corporal magra estimada, disminución del porcentaje de grasa estimado, mejoramiento del índice de masa corporal, el índice cintura/cadera, la fuerza de los miembros superiores, la flexibilidad de los miembros inferiores, el VO₂ (tasa de oxígeno consumida durante el ejercicio físico) estimado, la percepción subjetiva del esfuerzo y la aptitud física general.

La práctica de actividades físicas en los Gimnasios de la ciudad busca mejorar el físico con ejercicios dirigidos, ampliar el conocimiento cultural con diferentes eventos y el psicosocial con la vivencia en grupo. Se observó un incremento de la búsqueda de información sobre el programa, sobre la importancia de la práctica regular de actividad física y sobre la alimentación. Otro aspecto interesante que relatan los profesionales de la salud se refiere al vínculo establecido entre los usuarios, los polos y las unidades de la ESF.

Fuente: Carvalho ⁽⁴⁶⁶⁾

TABAQUISMO

El tabaquismo causa 45% de las muertes por enfermedad coronaria, 85% de aquellas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 25% de las causadas por enfermedad cerebrovascular, 30% de las muertes por cáncer y 90% de las de cáncer del pulmón. Este es un problema grave entre los jóvenes: 90% de los fumadores se inician en el hábito antes de los 19 años de edad y la edad media de iniciación es de 15 años. Más aún, 100.000 jóvenes comienzan a fumar cada día y 80% de ellos viven en países en desarrollo ⁽⁴¹⁵⁾.

El tabaco actúa sinérgicamente con otros factores de riesgo para causar problemas como hipercolesterolemia, hipertensión arterial y diabetes, multiplicando así los riesgos de enfermedades cardiovasculares ⁽⁴¹¹⁾. Los riesgos de accidente cerebrovascular, enfermedades vasculares periféricas y enfermedad coronaria son 2, 10 y 4 veces más altos, respectivamente, entre los fumadores que entre los no fumadores. El tabaquismo está relacionado también con el aumento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con trastornos reproductivos y del recién nacido y con la osteoporosis en mujeres en la fase posmenopáusica ⁽⁴⁶⁷⁾. Además, el tabaquismo presenta externa-

lidades financieras, ya que los elevados gastos en salud de la población fumadora son financiados por toda la sociedad ⁽⁴⁶⁸⁾.

En Brasil, una investigación de Vigitel 2010 realizada en las capitales brasileñas mostró que: 15,1% de los brasileños son fumadores, 17,9% entre los hombres y 12,7% entre las mujeres; 22,0% son ex fumadores; 11,5% son fumadores pasivos en el domicilio y 11,4% en el trabajo; 18,6% de la población con hasta ocho años de escolaridad fuma. Ese porcentaje se reduce a 11,6% en la población con 9 a 11 años de escolaridad y a 10,2% en la de 12 años o más ⁽⁴³³⁾.

El número de fumadores ha disminuido considerablemente, ya que la proporción era de 34,8% de la población en 1989 ⁽⁴³³⁾. No obstante, a pesar de los logros del país en la reducción del tabaquismo, el porcentaje de fumadores todavía es muy alto y es necesario reforzar el trabajo para que siga disminuyendo en los diversos ámbitos de intervenciones, incluido el espacio micro de la atención primaria de salud.

El control del tabaquismo requiere varias estrategias, como la vigilancia sanitaria, la promoción de ambientes libres de tabaco, la ayuda a los fumadores para que dejen el hábito, las campañas de publicidad para crear conciencia sobre los efectos nocivos del tabaco, la imposición de restricciones a la propaganda del tabaco y el aumento de los impuestos a los cigarrillos. Esas estrategias, sinérgicas entre sí, pueden aplicarse en los ámbitos macro, meso y micro.

El Plan de Acciones Estratégicas para Hacer Frente a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Brasil 2011-2022 tiene como meta reducir el tabaquismo entre los adultos ⁽³⁴³⁾.

El Programa Nacional de Control del Tabaco propuesto por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional del Cáncer sistematiza cuatro grandes grupos de estrategias. El primero tiene por objeto prevenir la adopción del hábito de fumar y se dirige a niños y adolescentes. El segundo, busca estimular a los fumadores para dejar de fumar. En el tercer grupo se incluyen las medidas para proteger la salud de los no fumadores de la exposición al humo de tabaco en ambientes cerrados. Por último, el cuarto contiene las medidas que regulan los productos del tabaco y su comercialización. Con esos objetivos, el programa se diseñó con miras a sistematizar intervenciones educativas y movilizar acciones legislativas y económicas, para crear un ambiente en el que se reduzcan la aceptación social del tabaquismo y la motivación de los jóvenes para comenzar a fumar y eliminar los obstáculos para que los fumadores dejen de fumar; proteger a la población de los riesgos de la exposición a la contaminación ambiental por tabaco; reducir el acceso a los subproductos del tabaco; aumentar el acceso de los fumadores a programas de apoyo para dejar de fumar; controlar y

monitorear todos los aspectos de la comercialización de los productos del tabaco, desde su contenido y emisión hasta las estrategias de comercialización y divulgación entre los consumidores ⁽⁴⁶⁹⁾.

Las acciones educativas abarcan campañas y diseminación en los medios de difusión, como el Programa Comunidad Libre de Tabaco, que cuenta con dos fechas conmemorativas, el Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo) y el Día Nacional de Combate al Tabaco (29 de agosto), ambas coordinadas por el Ministerio de Salud/ Inca en todo Brasil.

Las intervenciones contra el tabaquismo se llevan a cabo en los planos micro, meso y macro. En el primero, las intervenciones de control del tabaquismo en las unidades de salud, especialmente las de la ESF, están a cargo del programa Salud y Coherencia, que prepara las unidades de salud para ofrecer apoyo efectivo a los fumadores que, en consultas de rutina, quieren apoyo de sus profesionales para dejar su hábito de fumar. Por lo tanto, es fundamental que las unidades de la ESF sean coherentes con su función de vitrina de hábitos y estilos de vida saludables. Así, las unidades de salud se convierten en espacios libres de contaminación ambiental por tabaco y sus profesionales, en modelos de comportamiento. Con ese objetivo, se elaboró el programa Unidades de Salud Libres de Cigarro, que incluye un conjunto de acciones educativas, normativas y organizativas para estimular cambios culturales relativos a la aceptación social del libre consumo de subproductos del tabaco en unidades de salud y, en un primer momento, apoyar a los profesionales que fuman para que dejen el hábito.

El programa incluye la capacitación de profesionales de salud para apoyar a los funcionarios de la unidad para que dejen de fumar. En un segundo momento, el cuerpo de profesionales de salud de la unidad recibe capacitación para incorporar el apoyo para dejar de fumar en la rutina de la atención que se ofrece a la población.

El programa Parar de Fumar incluye otro conjunto de intervenciones sistemáticas y específicas para aumentar el acceso del fumador a métodos eficaces para dejar el hábito y atender así la demanda creciente de personas que buscan algún tipo de apoyo con ese fin. En ese programa se contempla: divulgar métodos eficaces para dejar de fumar (campañas, medios de difusión, servicio gratuito de telefonía, internet); capacitar a profesionales de salud para dar el apoyo necesario para abandonar el hábito: módulo Ayudando al Paciente a Dejar de Fumar e incorporación de ese abordaje para dejar de fumar en la red SUS; mapear los centros de referencia para atender al fumador en el servicio telefónico gratuito del Ministerio de Salud, Disque Pare de Fumar, y por lo menos dos tipos de ayuda que debe ofrecer cualquier programa de control del tabaquismo en la ESF: asesoramiento para el abandono del

tabaco y acceso a tratamiento farmacológico, como el de reposición de nicotina y antidepresivos ^(470, 471, 472).

La farmacoterapia es más cara y menos costo-efectiva que los consejos otorgados en la APS y la línea telefónica exclusiva, pero sus tasas de abandono del hábito de fumar son dos o tres veces más altas ⁽⁴⁷³⁾.

El programa nacional antitabaco se inició con la creación de centros de referencia en abordaje y tratamiento de los fumadores, pero sus intervenciones se otorgaban solo en unidades de salud de mayor densidad tecnológica y hospitales. La conclusión del grupo de trabajo generó la publicación de la Ordenanza GM/ MS 1.035/04 ⁽⁴⁷⁴⁾, reglamentada por la Ordenanza SAS/MS 442/04 ⁽⁴⁷⁵⁾, que amplía el abordaje y tratamiento del tabaquismo a la APS y los servicios de mediana complejidad; asimismo, dicta que los materiales de apoyo y medicamentos para el tratamiento del tabaquismo sean adquiridos por el Ministerio de Salud y derivados a los municipios con unidades de salud capacitadas y acreditadas para ese fin.

El Plan para la Implantación del Abordaje y Tratamiento del Tabaquismo en el SUS, aprobado por la ordenanza SAS/MS 442/04 incluye una red de atención al fumador, capacitación, acreditación, referencia y contrarreferencia, medicamentos y materiales de apoyo y evaluación. De acuerdo con ese plan, cualquier unidad de salud ambulatoria u hospitalaria integrante del SUS, de cualquier nivel jerárquico, puede formar parte de la red de atención al fumador, aunque obligatoriamente debe estar acreditada en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES), de acuerdo con los siguientes criterios: no debe permitirse fumar en el interior de la unidad; debe contar con al menos un profesional de salud de nivel universitario debidamente capacitado, según el modelo propuesto por el Programa Nacional de Control del Tabaquismo; la acreditación de la copia del certificado de capacitación de los profesionales debe incluirse para la acreditación de la unidad; debe disponer de espacio para la atención individual y sesiones de grupo, y garantizar la disponibilidad de equipo, como tensiómetro, estetoscopio, balanza antropométrica y otros necesarios para la evaluación clínica del fumador. El municipio debe garantizar también, ya sea en la unidad o en el servicio de referencia, los exámenes de apoyo diagnóstico para los pacientes que necesitan evaluación complementaria.

El material de apoyo que se utilizará en las sesiones individuales o grupales de abordaje cognitivo-comportamental es proporcionado por el Ministerio de Salud a los municipios con unidades de salud acreditadas y consiste en un manual del participante denominado Dejar de Fumar sin Misterios. Ese manual proporciona la información y las estrategias para apoyar a los usuarios a dejar de fumar y a prevenir las recaídas.

Los medicamentos que proporciona el Ministerio de Salud a los municipios con unidades de salud acreditadas para el abordaje y tratamiento del tabaquismo son parches transdérmicos, pastillas y chicles de nicotina y clorhidrato de bupropiona.

El módulo Ayude a su Paciente a Dejar de Fumar tiene la finalidad de capacitar a profesionales de salud para que puedan apoyar eficazmente a los fumadores de la comunidad en el proceso de dejar de fumar. Sus objetivos específicos son: eliminar la contaminación ambiental por tabaco de las unidades de salud y crear un clima favorable para cesar de fumar; estimular a los profesionales de salud a dejar de fumar y adoptar otros hábitos saludables (alimentación adecuada, moderación en el consumo de bebidas alcohólicas, actividad física, relaciones sexuales sin riesgo, protección de la exposición al sol y la exposición ocupacional); estimular y preparar los profesionales de salud para aconsejar y apoyar sus pacientes en el proceso de dejar de fumar y de adoptar otros hábitos saludables. Mediante ese módulo se espera aumentar el acceso de los fumadores a los avances relacionados con el abandono del tabaquismo, sensibilizar y capacitar a los profesionales de salud y gestores para incorporar el tratamiento del fumador en el trabajo cotidiano de atención de la salud y organizar la red de salud para atender la demanda de los fumadores que desean dejar de fumar. Asimismo, busca capacitar a los profesionales de salud para que puedan apoyar de forma eficaz a los fumadores en el proceso de dejar de fumar en su comunidad.

Con base en el abordaje cognitivo-comportamental, el módulo consta de dos estrategias: abordaje mínimo o básico y abordaje intensivo o específico. Tanto uno como el otro permiten que algunos fumadores se beneficien de apoyo farmacológico, aunque ese solo puede ofrecerse a los fumadores que tienen alto grado de dependencia física de la nicotina, con el fin de reducir los síntomas de la abstinencia de ese producto.

Hay consenso acerca de que en el abordaje y tratamiento del fumador es necesario articular intervenciones cognitivas con el entrenamiento sobre habilidades comportamentales, que permitan detectar situaciones de riesgo de recaída y tener estrategias para hacerles frente. Entre otras estrategias empleadas en ese tipo de abordaje están el automonitoreo, el control de estímulos, las técnicas de relajamiento y procesos de aversión. En esencia, ese tipo de abordaje abarca el estímulo al autocontrol o automanejo, para que el individuo aprenda cómo evitar el ciclo vicioso de la dependencia y se convierta así en un agente de cambio de su propio comportamiento ⁽⁴⁷⁶⁾.

La evidencia indica que cualquiera sea la duración de ese abordaje hay un aumento de la tasa de abstinencia; sin embargo, cuanto más tiempo se dedica a ese propósito (frecuencia del abordaje multiplicada por el tiempo invertido en cada contacto) mayor

es la tasa de abstinencia, aunque a partir de un total de 90 minutos, ya no hay más aumento de esa tasa. La asociación de los siguientes abordajes, hasta un máximo de cuatro, genera un aumento significativo de la tasa de cese: preparar al fumador para solucionar sus problemas, estimular su habilidad para resistir la tentación de fumar, prepararlo para prevenir las recaídas y habilitarlo para manejar el estrés ⁽⁴⁷⁷⁾.

El mínimo consiste en un abordaje breve y estructurado, como parte de consulta del fumador con cualquier profesional de salud. La duración es de tres a cinco minutos y tiene el propósito de cambiar el comportamiento del fumador.

El abordaje intensivo se da en un servicio ambulatorio específico para atender a los fumadores que desean dejar de fumar; puede ser individual o en grupo de apoyo, mediante sesiones estructuradas. Las sesiones están a cargo de dos profesionales de salud de nivel superior y en cada una de ellas se plantea un tema con un plan específico. Ese tipo de abordaje se indica para fumadores que, en contactos anteriores, hayan sido identificados debido a su motivación, a que ya habían intentado dejar de fumar pero no lo consiguieron o porque buscaron directamente a los profesionales para ese tipo de apoyo. La diferencia entre el abordaje intensivo y el mínimo es el tiempo dedicado a cada consulta. Lo ideal es que el abordaje intensivo se distribuya en cuatro sesiones estructuradas una vez por semana, que en total sumen al menos 90 minutos. Se sugiere que el seguimiento posterior a las cuatro primeras sesiones, grupales o individuales, sea cada 15, 30, 60, 90 y 180 días y al cabo de 12 meses.

Para ayudar a los fumadores a dejar el hábito, los profesionales de salud deben dominar algunos temas. Por ejemplo, deben entender el fenómeno de la dependencia de la nicotina, que puede ser evaluado por la prueba de Fagerstrom. Esa evaluación de seis preguntas permite definir si la persona tiene una dependencia muy baja, baja, mediana, alta o muy alta ⁽⁴⁷⁶⁾. Las respuestas a las preguntas permiten, además, clasificar a los fumadores en una de las etapas motivacionales para parar de fumar, según la teoría de las etapas de cambio.

Para prescribir apoyo farmacológico, el profesional debe seguir los criterios establecidos de acuerdo con el tipo de abordaje realizado: fumadores intensos, es decir, que fuman 20 cigarrillos o más por día; fumadores que fuman el primer cigarrillo 30 o más minutos después de despertarse y fuman por lo menos 10 cigarrillos por día; fumadores con puntaje en la prueba de Fagerstrom ≥ 5 o evaluación individual, a criterio del profesional; fumadores que ya intentaron dejar de fumar anteriormente con el abordaje cognitivo-comportamental pero no lo consiguieron, debido a los síntomas de la abstinencia, y ausencia de contraindicaciones clínicas ⁽⁴⁷⁶⁾.

Hay amplia evidencia de que los programas antitabaquismo aplicados en la APS producen buenos resultados ^(478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485).

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

El consumo excesivo de alcohol es causa de 3,7% de todas las muertes y de 4,4% de la carga global de enfermedades en el mundo. Ese valor aumenta a 5% entre la población de menos de 60 años de edad. Además de la carga de enfermedades, el consumo excesivo de alcohol determina problemas sociales graves, entre otros, problemas interpersonales, familiares y laborales, violencia, criminalidad y marginación social ⁽⁴⁸⁶⁾.

Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en relación a las condiciones crónicas son bien conocidas: problemas neurológicos, como accidentes cerebrovasculares, neuropatías y demencia ^(487, 488); cuadros psiquiátricos, entre ellos ansiedad, depresión y suicidio ⁽⁴⁸⁹⁾; enfermedades cardiovasculares, como infarto agudo del miocardio, hipertensión y fibrilación auricular ⁽⁴⁹⁰⁾; cáncer de boca, garganta, esófago, hígado, colorrectal y mama ⁽⁴⁹¹⁾, y enfermedades hepáticas, como hepatitis alcohólica y cirrosis hepática.

En los Estados Unidos, el consumo excesivo de alcohol causa 79.000 muertes por año, es decir, es la tercera causa de muerte en el país; 1,6 millones de hospitalizaciones anuales, en 2005, y 4 millones de consultas anuales en unidades de urgencia ⁽⁴⁹²⁾.

En Brasil, la investigación Vigitel de 2010 mostró que 18,0% de la población consume bebidas alcohólicas de manera excesiva (individuos que en los últimos 30 días habían consumido, en un solo día, más de cuatro dosis de bebidas alcohólicas, en el caso de las mujeres o más de cinco, en el caso de los hombres). Ese porcentaje está en aumento, ya que en 2006 fue de 16,1%. El consumo excesivo de alcohol en 2010, fue más alto entre los hombres (26,8%) que entre las mujeres (10,6%), pero el crecimiento entre las últimas fue mucho mayor que entre los primeros en el período de 2006 a 2010 ⁽⁴³³⁾.

El consumo de alcohol entre los adolescentes brasileños es preocupante ^(493, 494). Una investigación sobre el consumo de alcohol entre adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad) matriculados en cursos de salud, constató que 84,7% de los encuestados había consumido alcohol en los 12 meses más recientes, según señalaron los propios participantes en la encuesta ⁽⁴⁹⁵⁾.

Las estrategias de prevención y control del consumo excesivo de alcohol, como todas las demás políticas de prevención de las condiciones de salud, pueden aplicarse

en los ámbitos macro, meso y micro y pueden abarcar diversas intervenciones. Acá se analizarán las que corresponden al ámbito micro de las unidades de la ESF.

La ESF debe ofrecer intervenciones preventivas y de tratamiento del consumo excesivo de alcohol, con tres propósitos: humanitario, para aliviar el sufrimiento; como método para reducir el consumo de alcohol en la población, y como una manera de reducir los daños sanitarios y económicos productos de ese consumo.

Existe evidencia obtenida en diferentes países y de distintos tipos de servicios de salud que indica que la detección oportuna y las intervenciones breves son eficaces y costo-efectivas cuando se trata de personas con problemas de salud determinados por el consumo excesivo de alcohol, pero sin una dependencia grave ⁽⁴⁹⁶⁾. Esas tecnologías han tenido gran difusión en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo ⁽⁴⁹⁷⁾ y han sido promovidas por la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁹⁸⁾.

Para las personas con dependencia grave del alcohol, hay una serie de tratamientos especializados, incluidas las intervenciones comportamentales, farmacológicas y psicosociales de diversa intensidad, que pueden aplicarse en el ámbito domiciliario, de los servicios y la comunidad. También hay evidencia de que las personas sometidas a esos tratamientos de forma apropiada tienen mejores resultados sanitarios que las que no los reciben y que los individuos con problemas más complejos o con poco apoyo social requieren abordajes más intensivos ⁽⁴⁹⁹⁾.

El Plan de Acciones Estratégicas para Hacer Frente a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Brasil 2011-2022 tiene como meta reducir la prevalencia del consumo nocivo de alcohol ⁽³⁴³⁾ y en la ESF habrá que poner en marcha intervenciones con ese objeto.

Hay evidencia que indica que, en la ESF, vale la pena llevar a cabo la detección precoz del consumo excesivo de alcohol de manera rutinaria y dar asesoramiento sobre el tema e intervenir tempranamente. También se requiere la interacción entre el equipo de la ESF y especialistas, la provisión de atención compartida entre ambos, la derivación apropiada y otros elementos.

Con respecto a la detección temprana del consumo de alcohol, es importante aplicar instrumentos como CAGE, AUDIT o ASSIST. El primero consiste en la aplicación de un cuestionario de cuatro preguntas ⁽⁵⁰⁰⁾ que le dan el nombre CAGE: cut down (reducir), annoyed by criticism (molesto por la crítica), guilty (culpable) y eye-opener (revelación). Ese instrumento ha sido utilizado en Brasil ^(501, 502, 503).

Otro instrumento, elaborado por un grupo asesor de la Organización Mundial de la Salud y aplicado en la APS es el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol o AUDIT por su sigla en inglés ⁽⁵⁰⁴⁾. Ese instrumento evalúa el consumo de alcohol en un período de 12 meses, por medio de 10 preguntas en tres ítems: consumo de riesgo del alcohol, 3 preguntas; síntomas de dependencia, 3 preguntas, y consumo perjudicial de alcohol, 4 preguntas.. Este cuestionario se diferencia del CAGE en que no es solo un instrumento de diagnóstico de alcoholismo, sino también de evaluación de riesgo. Así, los individuos que se ubican en la zona de riesgo I deben pasar por un proceso de educación en salud; los que se clasifican en la zona II deben recibir asesoramiento; los de la zona III, asesoramiento, intervención rápida y monitoreo, y los individuos clasificados en la zona IV deben ser referidos a un especialista para evaluación diagnóstica y tratamiento ⁽⁵⁰⁵⁾. En Brasil, se validó el uso del AUDIT en la APS mediante estudios evaluativos que señalaron que el instrumento era satisfactoriamente fiable y tenía la capacidad de captar los cambios en el consumo de alcohol ⁽⁵⁰⁶⁾. Cuando la administración del AUDIT se asocia a la intervención rápida, el abordaje inicial es más fácil y permite dar retroalimentación al usuario y llevar a cabo la intervención rápida y la motivación para el cambio ^(500, 507).

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias denominada ASSIST (del inglés *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) es un tercer instrumento que ha sido validado para su aplicación en la APS en Brasil ⁽⁵⁰⁸⁾. Consiste en un cuestionario de ocho preguntas que se puede completar en 7 a 9 minutos. Como su nombre lo indica, además del consumo de alcohol evalúa otras drogas, como tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas, sedantes y otras ⁽⁵⁰⁹⁾.

El asesoramiento a los usuarios con miras a interrumpir o disminuir el consumo de alcohol debe ser claro y objetivo, sustentarse en información personalizada, obtenida durante la anamnesis ^(502, 503). El asesoramiento rápido de parte de un generalista puede inducir a un porcentaje significativo de personas a interrumpir el consumo de sustancias psicoactivas ⁽⁵¹⁰⁾. Las sesiones de asesoramiento pueden ser mínimas (3 minutos), breves (3 a 10 minutos) e intensivas (más de 10 minutos). Su técnica es sencilla y de fácil aplicación; no es prescriptiva, ya que consiste en llamar a la reflexión, transmitir responsabilidad, opinar con franqueza, ofrecer opciones, demostrar interés, facilitar el acceso y evitar los enfrentamientos. Las fases del asesoramiento son: evaluación, asesoría mediante estrategia motivacional mínima, asistencia y seguimiento. La asesoría no debe ser para dar consejo ni emitir juicio de valores ni prescribir sobre el comportamiento ⁽⁵¹¹⁾.

La intervención breve es un abordaje centrado en la persona y limitado en el tiempo, cuyo propósito es cambiar el comportamiento. La intervención breve no debe considerarse algo homogéneo, sino una familia de intervenciones que varían

en duración, contenido, objetivos y responsabilidades de los proveedores para su utilización ⁽⁵¹²⁾. No obstante, hay elementos comunes que caracterizan las intervenciones breves: retroalimentación al usuario, responsabilidad por los cambios, asesoramiento sobre la dirección del cambio, ofrecimiento de varios cambios posibles, abordaje empático y búsqueda de la autoeficacia ⁽⁵¹³⁾.

Hay estudios en la bibliografía científica que sustentan la eficacia y efectividad de las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en personas que no están buscando tratamiento para el alcoholismo. Aunque esa evidencia ha surgido en su mayoría de la APS, puede observarse en otros sitios de atención de salud ^(514, 515, 516). También se ha mostrado que estas intervenciones son costo-eficaces ^(517, 518, 519). Sin embargo, hay elementos que dificultan la introducción de esa tecnología en la atención de salud corriente, ya que hay estudios que han mostrado que los profesionales de salud no tienen la motivación, o son ambivalentes, para abordar los problemas de consumo de alcohol con los usuarios que no están buscando ayuda específica sobre el tema ^(520, 521).

En la APS del SUS hay experiencias de intervenciones breves para personas que consumen alcohol de manera excesiva ^(522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529).

El consumo excesivo de alcohol es un problema de salud pública grave y creciente en Brasil, pero puede manejarse conjuntamente con intervenciones en otros ámbitos, con buenos resultados en la ESF.

ABORDAJES DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Las intervenciones sobre los factores determinantes sociales proximales de la salud abarcan el cambio de comportamiento y de estilo de vida de las personas. La adopción de estilos de vida saludables es un gran desafío para la prevención de las condiciones de salud y depende del esfuerzo de los propios usuarios y del apoyo de los profesionales de salud. Para mejorar la eficacia de los procesos de cambio, debe tomarse en cuenta el contexto cultural, la motivación individual y el incremento de la autonomía. El cambio de comportamiento y estilo de vida es una decisión personal, pero puede recibir apoyo de un equipo de salud bien preparado, especialmente en la ESF ⁽⁵³⁰⁾.

El cambio de comportamiento no se produce solo a partir de la disponibilidad de información. La práctica más común en las unidades de la ESF corresponde a actividades educativas mediante presentaciones o grupos tradicionales, en los que los profesionales de salud adoptan una actitud informativa y prescriptiva. Eso no funciona. Hay que trabajar concomitantemente las dimensiones cognitivas y emocio-

nales de las personas para que puedan realizar el cambio, que tiene como elemento fundamental la facultad de los individuos de desarrollar su capacidad de traducir información sobre cuestiones prácticas acerca de cómo cambiar ⁽⁵³¹⁾.

Cambiar el comportamiento de las personas es una tarea compleja, que exige que los profesionales de la ESF dominen diferentes métodos demostradamente útiles. Hay varios abordajes que se promueven para cambiar el comportamiento individuales y de grupo ⁽⁵³²⁾. Entre los primeros, se destacan las teorías de la elección racional, de la acción racional ⁽⁵³³⁾ y del comportamiento planificado, el modelo de autorregulación ⁽⁵³⁴⁾, la teoría cognitiva social o de aprendizaje social ⁽⁵³⁵⁾ y la de la autodeterminación ⁽⁵³⁶⁾, la entrevista motivacional ⁽⁵³⁷⁾, el modelo transteórico de cambio ⁽⁵³⁸⁾ y los grupos operativos ⁽⁵³⁹⁾. En el campo de los modelos sociales, se encuentran las teorías de la difusión de la innovación ⁽⁵⁴⁰⁾, de la influencia social ⁽⁵⁴¹⁾, de las redes sociales ⁽⁵⁴²⁾ y del género y el poder ⁽⁵⁴³⁾ y los modelos de potenciación ⁽⁵⁴⁴⁾ y ecológico y social ⁽⁵⁴⁵⁾.

La diferencia entre modelos individuales, que dependen de los procesos psicológicos de las personas, y los modelos sociales, que enfatizan las relaciones sociales y los factores estructurales que explican los comportamientos humanos, es más bien didáctica. Lo más útil es tomar las diferentes teorías y modelos como un continuo de intervenciones que se potencian entre sí ⁽⁵³²⁾.

Esos abordajes ayudan a comprender que el comportamiento humano es importante y a desarrollar intervenciones que efectivamente sirvan para cambiar el comportamiento y el estilo de vida. También muestran que los cambios de comportamiento en la salud requieren una serie de estrategias que dependen del grado de conocimiento que los individuos tienen de su propia salud, sus creencias, sus comportamientos, su confianza en sí mismos, la fortaleza de sus redes de apoyo social, su motivación y factores ambientales ⁽⁵⁴⁶⁾. Además de contribuir al cambio de comportamiento, esos métodos son útiles en la atención primaria de las condiciones crónicas, por ejemplo, para el autocuidado apoyado y la educación en salud.

En función de su utilización en la ESF, describiremos el modelo transteórico de cambio, la entrevista motivacional y los grupos operativos. También se tratarán las técnicas de solución de problemas, que son fundamentales para modificar el comportamiento y los estilos de vida.

MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO (MTT)

Una de los modelos utilizados con mayor frecuencia para facilitar el cambio de comportamiento y estilos de vida es el MTT o modelo de las etapas de cambio. Esa teoría postula que los cambios de comportamiento se dan en etapas secuenciales

de estados psicológicos y de comportamiento, que van desde la falta de motivación hasta un nuevo comportamiento sostenido.

A diferencia de otros métodos basados en las influencias biológicas o sociales del comportamiento, el MTT aborda el cambio intencional mediante la toma de decisiones individuales, ⁽⁵⁴⁷⁾. El método se desarrolló con base en el análisis comparativo de más de dos docenas de teorías y modelos psicoterapéuticos sobre el cambio de comportamiento, entre ellos, las teorías cognitiva de comportamiento, existencial/humanista, el psicoanálisis y la psicoterapia Gestalt. Los estudios mostraron que esas teorías tenían limitaciones y ninguna dejaba claro el proceso de motivación para el cambio. Por lo tanto, era necesario contar con un modelo como el MTT, que se funda en el supuesto de que el cambio de comportamiento exitoso depende de la aplicación de ciertos procesos, en determinadas etapas ⁽⁵⁴⁸⁾.

El proceso de cambio en sí, requiere que haya un entendimiento sobre cómo se produce la modificación del comportamiento en diferentes etapas. La articulación entre las etapas del cambio y los procesos es un elemento fundamental de la aplicación del modelo transteórico. Las intervenciones para modificar el comportamiento son más eficaces cuando se dirigen a las etapas y los procesos de cambio. Estos últimos pueden clasificarse en cognitivos (aumento de la conciencia, alivio significativo, reevaluación, activación emocional y dramatización, reevaluación ambiental y liberación social) y en comportamientos (liberación, contra condicionamiento, control de estímulos, administración de recompensas y relaciones de ayuda) ⁽⁵⁴⁷⁾.

El equilibrio de las decisiones implica la elaboración de los factores favorables y contrarios al cambio.

La autoeficacia, concepto propuesto por la teoría cognitiva social, se refiere al grado de confianza que la persona tiene en sí misma para superar las situaciones problemáticas con respecto al cambio deseado y la habilidad de superar las situaciones contrarias a un comportamiento sano ⁽⁵³⁵⁾. Gran parte de los trabajos acerca del MTT se limitan a construir el cambio de etapas, sin tener en cuenta otros aspectos; esta es la base de algunas críticas surgidas en relación con ese abordaje, que se debe a la dificultad de integrar todos los componentes entre una etapa y otra ⁽⁵⁴⁹⁾.

Quienes proponen el MTT plantean que los procesos de cambio son continuos y que las personas tienen diferente grado de motivación, que se define como la probabilidad de una persona de adoptar una estrategia de cambio específica, adherirse a ella y mantenerla. La motivación no es un rasgo de personalidad dependiente del carácter de una persona, sino una disposición al cambio que fluctúa de un momento a otro. Las dificultades que afectan la modificación del comportamiento aumentan

con la ambivalencia, que se entiende como un conflicto psicológico entre dos cursos de acción u opciones. Muchas veces se sabe el comportamiento que hay que cambiar, pero ello no se concreta, debido a la fluctuación de la motivación que se genera cuando cada lado del conflicto tiene beneficios y costos, como en el caso de dejar o no de fumar ⁽⁵³⁸⁾.

Otro concepto fundamental del MTT es la disposición, que manifiesta la voluntad de asumir un proceso personal o de adoptar un nuevo comportamiento que significa un cambio de paradigma en relación al comportamiento problema y la definición de un objetivo para la motivación. La disposición tiene dos componentes: para el cambio y para el tratamiento. La primera se mide por la integración de la conciencia del problema con la confianza en la capacidad de cambiar, es decir, el aumento de la autoeficacia. La disposición para el tratamiento se basa en la motivación para buscar ayuda y para comenzar, mantener y finalizar un tratamiento. Un individuo con dependencia química puede buscar tratamiento e iniciarlo (alta disposición para el tratamiento), pero no estar efectivamente listo para mantenerse abstemio (baja disposición para el cambio) ⁽⁵⁵⁰⁾.

Hay varios instrumentos para medir la etapa de motivación, entre ellos, el de Caracterización del Cambio de la Universidad Rhode Island (URICA, por su sigla en inglés) y el SOCRATES o Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Etapas de Disposición para el Cambio y Escala de Entusiasmo por el Tratamiento). Esos instrumentos se han validado en Brasil para utilizarlos en la atención de personas con dependencia química ^(551, 552, 553).

En el cuadro 2 figura la disposición para el cambio y las etapas por las que pasan los individuos en ese proceso, además de los modos de motivar la modificación del comportamiento según el MTT.

Cuadro 2: Etapas de cambio e incentivos

ETAPA DE CAMBIO	INCENTIVOS AL CAMBIO
Precontemplación: es una etapa de negación del problema; no hay ningún interés en cambiar en los próximos seis meses. "Yo no voy".	Aumento de la conciencia de la necesidad de cambiar por medio de información. Plantear dudas, mejorar la percepción de los riesgos y los problemas del comportamiento actual de la persona. Aumentar la toma de conciencia promoviendo ambivalencia y personalizando la información.
Contemplación: se reconoce el problema, pero con ambivalencia; se consideran los riesgos y beneficios del cambio, y se piensa en cambiar. "Yo pienso en..."	Lista de elementos a favor y en contra del cambio y búsqueda de apoyo para lograrlo. Inclinar la balanza, evocar las razones para el cambio y repasar los riesgos de no cambiar; fortalecer la autosuficiencia del individuo para modificar el comportamiento actual. Incremento de la motivación y confianza y creación de expectativas positivas.
Preparación: planificación del cambio y construcción de opciones; intención de comenzar a actuar dentro de un mes. "Yo voy a..."	Resolución de la ambivalencia y acuerdo sobre el cambio. Elaboración de un plan de acción, con pasos, plazos e incentivos. Énfasis en el proceso de solución del problema. Apoyo a la persona para crear opciones para el cambio.
Acción: los cambios ocurren y los nuevos comportamientos aparecen modificando una acción específica. "Yo estoy..."	Sostenibilidad de la motivación y aumento de la autoeficacia. Elaboración de metas a corto plazo y construcción de la capacidad de resolver los problemas que surjan en el curso de la acción. Apoyo a la persona para hacer efectivo el cambio.
Mantenimiento: los nuevos comportamientos continúan con confianza creciente y se superan las barreras; los cambios persisten por seis meses a cinco años. "Yo he estado..."	Sostenibilidad de la motivación e incremento de la autoeficacia. Paciencia, persistencia y concienciación de la necesidad de cambio. Apoyo a la persona para identificar y aplicar estrategias para prevenir recaídas.
Recaída: falla el mantenimiento, recaída, regreso al comportamiento antiguo y a una etapa anterior.	Comprensión de las causas de la recaída y aprendizaje sobre cómo superarlas. Apoyar a la persona para reiniciar los procesos de contemplación, preparación y acción e incentivarla a superar la parálisis y la desmoralización provocadas por la recaída.

Fuentes: Prochaska y DiClemente ⁽⁵³⁸⁾; Dias, Nonato y Chaves ⁽⁵³⁰⁾; Lozano y Schmalig ⁽⁵⁵⁴⁾.

En el MTT, cada etapa puede caracterizarse según la frase con que se expresa la persona que está tratando de cambiar. Por ejemplo, con respecto a la alimentación, esas frases podrían ser, en la fase de precontemplación: "Yo no tengo una alimentación sana, pero no la voy a cambiar". En la etapa de contemplación: "sé que no me alimento como debería, pero es muy difícil alimentarse sanamente". En la etapa de preparación para el cambio: "el próximo lunes empiezo un régimen". En la fase de acción: "estoy a régimen hace un mes y ya adelgacé". Por último, en la etapa de mantenimiento: "aprendí a comer de forma sana y no engordé más en los últimos 10 meses".

Para que una intervención tenga buenos resultados, debe incidir en la fase de cambio en que se encuentra la persona, por ejemplo, el aumento de la toma de conciencia entre las etapas de precontemplación y contemplación.

Se puede pasar por todas las etapas, pero no de forma lineal. Por el contrario, el tránsito por las distintas etapas consiste en movimientos espirales, que pueden avanzar o retroceder, sin un orden lógico. Es posible mostrar simultáneamente, rasgos de comportamiento vinculados a diferentes etapas.

Hay una relación entre las etapas de cambio y las intervenciones pertinentes, por lo tanto, también se relacionan los diferentes abordajes del cambio de comportamiento. Así, en las etapas de precontemplación y contemplación, con el objetivo de estimular la motivación y disminuir la ambivalencia, se indican la entrevista motivacional y los grupos operativos; en la etapa de preparación, con el objeto de cambiar comportamiento, se indican también la entrevista motivacional y los grupos operativos. En la etapa de acción, cuyos objetivos se asocian a la cognición y adquisición de habilidades, se indican los grupos operativos, conferencias y talleres. En la fase de mantenimiento, que tiene objetivos cognitivos y de adquisición de habilidades, se indican conferencias y talleres ⁽⁵³⁰⁾.

El MTT se ha aplicado en varios países del mundo en la prevención de las condiciones de salud y en el autocuidado apoyado ^(546, 555, 556). Por ejemplo, el programa “Cultivando la salud” de Kaiser Permanente se basa en el modelo transteórico de cambio y tiene el propósito de ayudar a los beneficiarios a adoptar estilos de vida sanos en relación a la actividad física ⁽⁴²³⁾, el estrés ⁽⁴²⁴⁾, el tabaquismo ⁽⁴²⁵⁾ y el peso corporal ⁽⁴²⁶⁾.

En Brasil también se ha utilizado el abordaje del MTT en campos como la actividad física ^(557, 558, 559, 560, 564), la alimentación ^(561, 562, 565, 566, 567, 568, 569), el consumo excesivo de alcohol ^(563, 571, 572), la dependencia química ⁽⁵⁵¹⁾ y el autocuidado de la diabetes ⁽⁵⁷³⁾. El Proyecto Directrices Clínicas de la Asociación Médica Brasileña/Consejo Federal de Medicina aplicó el MTT para dar seguimiento al sedentarismo en adultos y promover la actividad física en la APS ⁽⁴⁶²⁾.

Existen revisiones bibliográficas sistemáticas que muestran la eficacia del MTT en la adopción de estilos de vida sanos, como la actividad física ^(574, 575). Asimismo, hay estudios que consideran que el MTT es eficaz para cambiar ciertos comportamientos relativos a la adicción, como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, pero que es menos eficaz cuando se aplica al autocuidado de condiciones crónicas ^(576, 577).

Por otro lado, hay trabajos que cuestionan la eficacia del MTT cuando se trata de modificar comportamientos insalubres ^(578, 579, 580, 581, 582). Para algunos de sus críticos, el modelo tiene más limitaciones para cambiar el comportamiento relativo a la actividad física y la alimentación que cuando se trata del tabaquismo, porque las conductas deseables relacionadas con la alimentación sana y el ejercicio son objetivos muy complejos ^(583, 584). La respuesta a esa crítica es que muchos de esos estudios tienen intervenciones limitadas a las etapas del cambio, sin incluir aquellas relativas a otros elementos que conforman el modelo, como los procesos de cambio, el equilibrio de las decisiones y la autoeficacia, y que otros estudios son mal diseñados y no sustentan sus conclusiones ^(585, 586, 587, 588).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

Los cambios de comportamiento son fundamentales para mejorar la salud de la población. No obstante, muchas veces los profesionales de salud, aun sabiendo la importancia del cambio de comportamiento, no están capacitados para ayudar efectivamente a los usuarios a adoptar conductas sanas. La frustración de los profesionales puede manifestarse de diferentes formas: *“yo les digo y les repito lo que deben hacer, pero no lo hacen”; “mi trabajo consiste solo en presentar los hechos y no puedo hacer más”; “esas personas tienen una vida muy difícil y entiendo que fumen”; “no soy un consejero, yo diagnostico y trato condiciones médicas”; “algunos de mis pacientes viven en completa negación”... “A pesar de las consecuencias devastadoras del consumo de alcohol y drogas, la ambivalencia frente al cambio es notable. Rápidamente, aprendimos que discursos, argumentos y advertencias no funcionan con los individuos ambivalentes y, con el tiempo, desarrollamos un abordaje más suave, que pasaría a llamarse entrevista motivacional. El propósito era ayudar a esas personas a hablar y a resolver su ambivalencia sobre el cambio de comportamiento, mediante su propia motivación, energía y compromiso... Nos quedó claro que el método podría utilizarse en otros campos, no solo en la drogadicción. De hecho, las dificultades con la ambivalencia en relación al cambio no son específicas de la drogadicción, sino características de la condición humana. Actualmente, gran parte de la atención de salud abarca la ayuda a los pacientes para vivir con condiciones de largo plazo, en cuyas consecuencias pueden tener mucha influencia los cambios de comportamiento vinculados a los estilos de vida... Nuestro desafío es encontrar un medio por el cual los profesionales de la salud puedan usar los elementos de la entrevista motivacional entre las carreras de la práctica clínica cotidiana”* ⁽⁵³⁷⁾.

La entrevista motivacional se propuso por primera vez en 1983, como una intervención breve en relación al alcoholismo. A partir del inicio de la década de 1990 pasó a aplicarse a otros problemas vinculados al comportamiento, como tabaquismo, alimentación inadecuada, sedentarismo, drogadicción, adhesión al tratamiento

farmacológico, e incluso al uso de preservativos y otras conductas ⁽⁵⁸⁹⁾. El método se ha aplicado también al autocuidado apoyado ⁽¹⁵⁵⁾.

La entrevista motivacional tiene por objeto el cambio de comportamiento de las personas, especialmente de las que no desean cambiar, seguir un tratamiento o, incluso, que estén en una situación de ambivalencia entre cambiar y no cambiar. Se puede hacer en una sola sesión, pero lo habitual es que se realice en un total de cuatro a cinco encuentros individuales ⁽⁵³⁰⁾.

Un elemento fundamental de la entrevista motivacional es la ambivalencia frente al cambio, que refleja el conflicto entre desear y no desear simultáneamente. “Quiero bajar de peso, pero no me gusta hacer ejercicio”. La ambivalencia se manifiesta muchas veces con un “pero” en la mitad de una frase.

Hay una diferencia importante entre la entrevista motivacional y las intervenciones de confrontación para el cambio de comportamiento. En el cuadro 3 se presentan esas diferencias en relación con el alcoholismo.

Cuadro 3: Diferencias en los abordajes de confrontación de la negación y la entrevista motivacional en relación con el alcoholismo

ABORDAJE DE CONFRONTACIÓN	ENTREVISTA MOTIVACIONAL
Énfasis marcado en la aceptación de la existencia de un problema. La aceptación del diagnóstico se considera esencial para el cambio.	No se hace hincapié en etiquetas; la aceptación del alcoholismo u otras etiquetas se considera innecesaria para lograr el cambio.
Hincapié en la patología de la personalidad que reduce la elección, el juicio y el control personal.	Énfasis en la elección personal y en la responsabilidad de la decisión sobre el comportamiento futuro.
El profesional presenta la evidencia detectada en relación con los problemas para tratar de convencer al paciente de que acepte el diagnóstico.	El profesional lleva a cabo evaluaciones objetivas, pero se concentra en dilucidar las preocupaciones del paciente.
La resistencia se interpreta como negación y es un rasgo que se debe confrontar.	La resistencia es un patrón de comportamiento interpersonal influenciado por el comportamiento del profesional.
La resistencia se contrarresta con argumentos y corrección.	La resistencia se afronta con reflexión.
El profesional prescribe las metas del tratamiento y las estrategias de cambio al paciente, a quien se considera incapaz de tomar decisiones firmes debido a su negación del problema.	El paciente y el profesional de salud negocian las metas del tratamiento y las estrategias de cambio, con base en datos y aceptabilidad; la participación del paciente y su aceptación de las metas se consideran vitales.

Fuente: Dias, Nonato y Chaves ⁽⁵³⁰⁾

Hay diferencia también entre las intervenciones breves y una modalidad simplificada de entrevista motivacional que se utiliza especialmente en la atención primaria. La EM breve es de corta duración y se lleva a cabo en una única sesión ^(590, 591). La descripción de la EM que se utiliza en este trabajo está basada en el libro de Rollnick, Miller y Butler ⁽⁵³⁷⁾.

El espíritu general de la EM es el de un abordaje colaborativo y evocador, que respeta la autonomía del usuario de los servicios de atención de salud. La dimensión colaborativa surge de una relación de socios, horizontal y de decisiones compartidas. La dimensión evocadora trata de hacer aflorar lo que la persona ya tiene dentro de sí, activando su motivación y sus recursos para el cambio. La dimensión de autonomía significa que es el afectado quien acepta que él o ella es quien decide qué hacer.

La entrevista motivacional se estructura en cuatro principios orientadores para el terapeuta: resistir el reflejo de hacer las cosas por el consultante; entender y explorar la motivación de las personas; escuchar con empatía y fortalecer a la persona estimulando la esperanza y el optimismo.

Existen diferentes tipos de conversación sobre el cambio: el deseo de la persona; la capacidad de la persona de cambiar, que es un reflejo de su grado de motivación; las razones para el cambio; la necesidad del cambio; el compromiso con el cambio, y los pasos concretos camino al cambio. Por otra parte, en la entrevista motivacional, se utilizan tres estilos de comunicación: el seguimiento o apoyo a la persona en su movimiento mediante una forma de escuchar cualificada; el direccionamiento, que conlleva mayor protagonismo del profesional, y la orientación, en la que el profesional sabe qué hacer y ofrece opciones al paciente. Un profesional sensible y habilidoso es capaz de alternar esos estilos de comunicación según la situación presente en la práctica clínica.

Los estilos de comunicación se expresan mediante tres habilidades fundamentales: preguntar, escuchar e informar. La primera es una tarea compleja en la clínica del cambio de comportamiento. Las preguntas pueden ser cerradas y abiertas y ambas tienen la capacidad de evocar información. Sin embargo, las preguntas abiertas evocan más información y son más útiles, porque la respuesta va más allá de lo estrictamente preguntado y contribuye a la relación entre el profesional y el usuario.

Preguntar bien exige un tono y ritmo adecuados, claridad, sentido de curiosidad y buena capacidad de escuchar. También es fundamental para preparar un plan de cuidado de forma colaborativa entre el profesional de salud y el usuario. A menudo, un individuo no presenta solo un comportamiento insalubre, sino un conjunto de conductas malsanas, por ejemplo, mala alimentación, sedentarismo y consumo excesivo

de alcohol. Por lo tanto, es importante ofrecerle a esa persona una ilustración en la que se incluyen varios comportamientos en rectángulos (por ejemplo, sedentarismo, tabaquismo, estrés y otros) y algunos rectángulos vacíos, para que la persona elija el comportamiento que quiere discutir para mejorar su salud.

Para efectos de hablar sobre el cambio y evocar el diálogo sobre él, es importante utilizar escalas. En general, se utilizan escalas de 0 a 10, especialmente para determinar la importancia de cambiar y el grado de confianza que se tiene para lograrlo. Esas escalas son útiles para orientar las estrategias de cambio y para establecer un programa de trabajo entre el profesional y el usuario.

Es necesario favorecer el proceso de cambio mediante una manera de escuchar reflexiva, que da los siguientes resultados: ayuda a obtener información importante; promueve una relación más cercana con la persona; estimula más apertura, franqueza y receptividad a la orientación y constituye por sí misma un factor no específico del mejoramiento de la salud, porque solamente el acto de escuchar al usuario puede promover cambios de comportamiento.

Cuando se escucha reflexivamente es necesario ir haciendo resúmenes breves de lo que expresa el usuario, lo cual cumple varias funciones: permite recordar lo que la persona dijo y demuestra que el profesional la está escuchando atentamente; asimismo, se puede hacer hincapié en asuntos más significativos y cambiar la dirección del diálogo.

Informar de forma apropiada requiere solidaridad, claridad y concisión. Otros requisitos esenciales son no sobrecargar a las personas de información; proporcionar la información de forma sencilla y en grupo; evitar la jerga, y verificar que el receptor entendió lo que le fue informado. Por eso, es mejor hablar de intercambio de información que de informar.

La información en la EM debe proporcionarse con base en algunas directrices. Según el principio de la autonomía, el profesional solo debe informar con el permiso de la persona, y al hacerlo, debe, dentro de lo posible, ofrecerle opciones. Al dar información, especialmente cuando se trata de las medidas que debería tomar la persona, el profesional puede contarle experiencias de otros individuos en situaciones semejantes y evitar así decir directamente lo que el paciente debe hacer. Hay dos estrategias que pueden ser útiles a la hora de dar información. La primera, se trata de informar-verificar-informar; en esta, el profesional da la información, verifica si su interlocutor la entendió y da más información. El objetivo de esa estrategia es transformar el proceso de informar en una conversación, apartándose de las normas prescriptivas. La segunda estrategia es evocar-proveer-evocar. El proceso de evocar se

inicia con una pregunta abierta, después viene el suministro de información apropiada y se cierra el ciclo con una evocación en forma de otra pregunta abierta, de modo de estimular la respuesta de la persona a la información que se le dio.

Las tres habilidades comunicativas pueden utilizarse en diferentes combinaciones: informando y preguntando, preguntando y escuchando, escuchando e informando. Esas combinaciones se unen para permitir un diálogo clínico más productivo, que permita orientar en vez de ordenar, estimular en vez de constreñir y negociar en vez de prescribir.

La entrevista motivacional ayuda a las personas en situación de ambivalencia a buscar motivación interna para modificar sus comportamientos insalubres. Al conversar sobre las razones a favor del cambio y la forma de hacerlo, la persona puede convencerse de que tiene que cambiar.

La EM tiene cinco principios: expresar empatía, generar discrepancia, evitar discusiones, fluir con la resistencia y apoyar la autoeficacia⁽⁵³⁰⁾. El primer principio implica comprender y aceptar las experiencias de las personas, incluida la ambivalencia. La relación entre profesional y usuario es horizontal, solidaria y sin juicio de valor y busca estimular la autonomía y la libertad del usuario.

Para generar discrepancia, la actitud del profesional fortalece la toma de conciencia del usuario acerca de la falta de coherencia entre su comportamiento insalubre y sus metas y valores para motivar el cambio. El profesional debe abstenerse de señalar la discrepancia y llevar en cambio a la propia persona a hacerlo. El individuo debe notar las consecuencias de su comportamiento para su salud, lo que aumenta el conflicto. Tratar ese conflicto es un paso importante del cambio.

Evitar las discusiones significa apartarse de la confrontación directa sobre la conveniencia y utilidad del cambio. Las confrontaciones entre profesional y usuario refuerzan la resistencia al cambio.

Fluir con la resistencia se refiere a la actitud profesional de no oponerse directamente a ella frente al usuario, quien debe ser la fuente principal de soluciones y respuestas a los problemas. Por lo tanto, el profesional debe invitar y no imponer nuevos puntos de vista.

Apoyar la autoeficacia es una actitud profesional de mantener y expresar su creencia de que el usuario tiene la posibilidad de cambiar y hacer hincapié en la habilidad de la persona para elegir y llevar a cabo un plan de cambio de comportamiento.

La capacitación de los profesionales de salud en la EM es un proceso complejo, que exige más que actividades de corta duración, además de dos condiciones fundamentales para obtener la competencia que requiere la entrevista motivacional: retroalimentación sistemática sobre el desempeño e instrucción personal en las habilidades ⁽⁵⁹²⁾.

Rollnick, Miller y Butler elaboraron una larga lista de las investigaciones sobre la EM en los temas de consumo de alcohol y drogas, asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares, salud bucal, diabetes, dieta, salud mental, actividad física, VIH/sida, adhesión al tratamiento, comportamiento sexual y tabaquismo ⁽⁵³⁷⁾. Hay evidencia de que la entrevista motivacional ha producido resultados en relación a la dependencia del alcohol, la reducción de peso y el control de la presión arterial ^(593, 594, 595). Se considera particularmente eficaz en el caso de personas con poca motivación para cambiar ⁽⁵⁹⁶⁾. Un metaanálisis que evaluó 72 estudios clínicos sobre la EM mostró que la técnica es muy eficaz en relación al uso de drogas, y eficaz para otras condiciones, como la dieta, la reducción de los riesgos de contraer VIH, el ejercicio físico y la adhesión al tratamiento ⁽⁵⁹⁷⁾. Otro metaanálisis mostró que la EM era mejor que otras prácticas tradicionales para manejar problemas de comportamiento asociados a la salud ⁽⁵⁹⁸⁾. Varios estudios clínicos constataron que la entrevista motivacional había tenido efectos prometedores en el cambio de estilo de vida y en los resultados sanitarios de abordajes como la educación en salud, las intervenciones de reducción de riesgo y el asesoramiento ^(599, 600). En otro estudio clínico se estableció que la EM había mostrado su eficacia para cambiar el estilo de vida de personas con hipertensión arterial ⁽⁶⁰¹⁾ y aún otro demostró que la EM era más eficaz que otros abordajes de control del tabaquismo ⁽⁶⁰²⁾. La EM presentó buenos resultados en el tratamiento de jóvenes consumidores de marihuana ⁽⁶⁰³⁾. Sin embargo, también se ha criticado la EM por ser pasiva y demorarse mucho en producir resultados ⁽⁶⁰⁴⁾.

En Brasil, la entrevista motivacional se ha propuesto y utilizado para trabajar en el cambio de comportamientos insalubres ^(530, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614).

El Recuadro 5 es un ejemplo de cómo la EM puede utilizarse en el autocuidado apoyado en relación con dos aspectos que expresan la disposición de las personas de cuidarse a sí mismas: la importancia y la confianza. Solo podrá lograrse un cambio de comportamiento si la persona lo considera importante. Pero incluso así, solo se logrará si la persona tiene confianza de que puede hacerlo (autoeficacia). La importancia y la confianza de una persona pueden evaluarse en una escala de 0 a 10. Cualquier valor inferior a 7 indica que la persona da poca o mediana importancia o su confianza es de baja a mediana, lo que probablemente indica que no se dará el cambio de comportamiento.

Recuadro 5: Utilización de la entrevista motivacional en el autocuidado apoyado

El autocuidado depende de la siguiente ecuación: disposición para el autocuidado = importancia x confianza. Así, quienes creen que la actividad física no es importante no la van a practicar; los que creen que es importante, pero que no son optimistas respecto a su capacidad de hacerla (autoeficacia) tampoco la van a practicar. Por lo tanto, hay que incidir en esas dos variables como sigue: a las personas que creen que es poco importante, habrá que darles información y educación en salud; a las que creen que sí es importante, pero tienen poca confianza, habrá que ayudarlas a definir metas, elaborar un plan de acción y proporcionarles técnicas de solución de problemas.

Ejemplo de diálogo para evaluar la importancia y la confianza

Profesional: chequeé su hemoglobina glucosilada, que se elevó a 8,5%.

Usuario: sé que debería estar alrededor de 7%.

Profesional: es cierto. ¿Qué le gustaría hacer?

Usuario: estoy a régimen, pero estoy muy ocupado y no tengo tiempo de hacer ejercicio. No sé qué hacer.

Profesional: ¿podríamos hablar un poco sobre ejercicio físico?

Usuario: Mmm, bueno.

Profesional: ¿cuánta importancia tiene para usted aumentar su ejercicio físico? Piense en una escala de 0 a 10 en la que 0 significa sin importancia y 10, que es importante y que usted debe hacerlo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Usuario: 8. Sé que realmente debo hacerlo.

Profesional: usando la misma escala de 0 a 10, defina qué tan optimista está usted de que puede hacer más ejercicio. 0 significa que usted no tiene ninguna confianza y 10, que usted está 100% optimista.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Usuario: mi confianza es 4, porque, como dije, no tengo tiempo para hacer ejercicio.

Profesional: ¿por qué cree que es 4 y no 1?

Usuario: porque puedo hacer ejercicio los fines de semana, así que no es completamente imposible para mí.

Profesional: ¿qué podría hacer para aumentar su grado de confianza de 4 a 8?

Usuario: podría hacer ejercicio con un amigo y motivarme. Tengo un amigo del trabajo que también tiene diabetes.

Profesional: ¿quiere establecer una meta de corto plazo para su ejercicio físico? También podríamos elaborar juntos un plan de acción.

Recuadro 5: Utilización de la entrevista motivacional en el autocuidado apoyado

Lecciones del diálogo

El profesional permite al paciente construir un programa de trabajo común: ¿podríamos hablar un poco sobre ejercicio?

Si el grado de importancia es alto, es decir, 7 o más, hay que pasar a establecer un plan de cuidado, pero si es bajo (inferior a 7), habrá que darle más información al usuario sobre los riesgos de mantener su comportamiento actual. En ese caso, el profesional debe proponer un plan de acción para la información: “¿le gustaría leer esta carpeta con información sobre diabetes y hablar del tema en nuestro próximo encuentro?” Si el nivel de importancia es mediano, es decir, de 4 a 7, el profesional debe preguntar por qué es 4 y no 1. Así se coloca al usuario en la posición de hablar positivamente, porque ya existe algún grado de confianza. Al preguntar qué podría hacer para subir el grado de confianza 4 a 8, hace pensar al usuario creativamente en cómo cambiar su comportamiento. En ese caso, eso lleva a un plan de acción, como hablar con un amigo del trabajo sobre la posibilidad de caminar juntos y, posteriormente, a otro plan de acción de caminar juntos 20 minutos, tres veces a la semana.

Cuando el grado de importancia y de confianza para el cambio es alto, el profesional debe sugerir un plan de acción.

Ejemplo de diálogo para construir un programa de trabajo común

Profesional: su hemoglobina glucosilada está entre 7,5% y 8,5%.

Usuario: eso no es bueno, porque sé que debería estar alrededor de 7%.

Profesional: ¿le gustaría que tomáramos unos minutos para ver qué hacer?

Usuario: está bien.

Profesional: Déjeme preguntarle una cosa, ¿usted sabe cómo bajar su hemoglobina glucosilada?

Usuario: probablemente tiene que ver con lo que como, si hago ejercicio y si tomo mis medicamentos.

Profesional: le voy a mostrar un dibujo con algunas opciones para bajar la hemoglobina glucosilada. ¿Hay alguna opción en el dibujo que le gustaría adoptar? ¿Puede sugerir otras opciones y anotarlas donde hay un signo de interrogación?



Usuario: creo que debo elegir el ejercicio físico.-

Fuente: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi ⁽⁸⁰⁹⁾

El diálogo clínico del recuadro 5 suscita algunas reflexiones. El profesional conduce el diálogo de manera que permita construir una agenda común. El grado de

confianza, que es mediano ⁽⁴⁾, lleva al paciente a pensar creativamente en hacer ejercicio físico para lograr un alto grado de confianza ⁽⁸⁾. La respuesta del paciente lleva a un plan de acción que incluye proponerle a un amigo la posibilidad de caminar juntos. Siempre que el grado de importancia y de confianza sea alto, el profesional de salud debe sugerir la elaboración de un plan de acción de manera colaborativa entre él mismo y el usuario. En ese diálogo no se nota, en ningún momento, una actitud prescriptiva de parte del profesional de salud.

EL GRUPO OPERATIVO (GO)

Los orígenes del grupo operativo se remontan a una huelga de enfermeros del Hospital Psiquiátrico de las Mercedes en Rosario, Argentina. Para superar la falta de enfermeros, el Dr. Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra y psicoanalista, organizó grupos en los cuales los usuarios menos comprometidos apoyaban a los más comprometidos. Se observó que en ambos grupos había mejoras significativas de sus cuadros clínicos. El proceso de comunicación establecido entre las personas con trastornos mentales y la ruptura de los roles estereotipados (quién recibe el cuidado y quién lo da) mostró elementos determinantes del proceso de mejoría de esas personas ⁽⁵³⁹⁾.

Sin embargo, la consolidación de la propuesta de grupo operativo se produjo en la Experiencia Rosario, que se llevó a cabo en 1958 en el Instituto Argentino de Estudios Sociales, también planificada y dirigida por Pichon-Rivière. En ella, la estrategia fue crear una situación de laboratorio social; la táctica, la grupal, y la técnica, la de grupos de comunicación, discusión y tarea ⁽⁵³⁹⁾.

La propuesta de GO presupone el funcionamiento en grupo. Cierta número de personas reunidas en un mismo espacio, por ejemplo, el cine, la sala de espera de una unidad de salud o la fila del ómnibus, aunque tengan objetivos comunes, constituyen un agrupamiento, pero no conforman un grupo. Para que un conjunto de personas constituya un grupo, es necesario que él se vincule e interactúe para lograr un objetivo común. Para conformar un grupo se requiere un sistema en el cual las partes se interrelacionan; la institución de una nueva entidad, que sea más que una suma de personas, con normativas y mecanismos propios y específicos; el grupo es más grande que la suma de sus partes, y debe haber una interacción afectiva. De eso se derivan dos principios organizadores del GO: vínculo y tarea.

Prácticamente el vínculo constituye un proceso motivado que tiene dirección y sentido, un por qué y un para qué. El vínculo se constituye cuando se produce una internalización recíproca, en la que hay una representación interna mutua cuando se deja la indiferencia y el olvido y se empieza a hablar, a referir, a interesar, a complementar, a irritar, a competir, a discordar, a envidiar, a soñar con el otro y con el

grupo. La tarea es la manera por la cual cada integrante del GO reacciona a partir de sus propias necesidades que constituyen el polo orientador de la conducta. El proceso de compartir necesidades alrededor de objetivos comunes constituye la tarea grupal. En ese proceso surgen obstáculos de varias naturalezas: personales, proyectivos y de transferencia, de conceptos y referencias y del conocimiento formal ⁽⁶¹⁵⁾.

Según Pichon-Rivière, existen tres tipos de grupos: los centrados en los individuos, como algunos grupos de psicoterapia o de psicoanálisis; los centrados en los grupos, inspirados en las ideas de Kurt Lewin que considera los grupos totalidades, y los centrados en la tarea, que no son grupos considerados totalidades, pero se concentran en determinadas tareas ⁽⁶¹⁶⁾.

El grupo operativo se definió como un conjunto de personas reunidas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por sus representaciones internas mutuas que se proponen, explícita o implícitamente, ejecutar una tarea que constituye su finalidad. La tarea, el sentido de grupo y la representación interna mutua hecha en la relación con la tarea instituyen el grupo como tal ⁽⁶¹⁷⁾.

La técnica de grupo operativo consiste en un trabajo con grupos, cuyo objetivo es promover un proceso de aprendizaje para los participantes. Aprender en grupo significa hacer una lectura crítica de la realidad, tener una actitud propicia a la investigación, una apertura a las dudas y a las nuevas inquietudes ⁽⁶¹⁸⁾. El GO está centrado en la tarea (por ejemplo, control de una enfermedad si es terapéutico o adquisición de conocimiento si es un grupo de aprendizaje) que satisfaga las condiciones de motivación para la tarea, movilidad en las funciones que hay que desempeñar y disposición para hacer los cambios necesarios ⁽⁶¹⁹⁾.

El GO constituye una modalidad de proceso grupal que debe ser dinámica, de modo que permita fluir la interacción y la comunicación para fomentar el pensamiento y la creatividad; reflexiva, ya que una parte de la tarea es la reflexión sobre el propio proceso grupal, particularmente cuando se trata de comprender los factores que obstruyen la tarea, y democrática, porque en cuanto a la tarea, el grupo genera sus propias acciones y pensamientos en un ambiente de autonomía ⁽⁶²⁰⁾.

Los grupos operativos abarcan cuatro campos: enseñanza-aprendizaje, cuya tarea esencial es la constitución de un espacio para la reflexión de temas y la discusión de cuestiones, teniendo como base que lo importante es aprender para aprender; institucionales, que son grupos formados en escuelas, unidades de salud, organizaciones sindicales, organizaciones militares, empresas y otras para el debate de cuestiones de interés de sus miembros, por ejemplo, los grupos de capacitación y los grupos Balint (de presentación de casos clínicos); comunitarios, que se constituyen

en torno a programas de salud en los cuales hay profesionales que facilitan grupos para el desarrollo de capacidades positivas e integración (grupos de embarazadas, adolescentes, liderazgo comunitario y otros); terapéuticos, que tienen por objeto promover la mejoría física y psicológica, englobando el estímulo a la autoayuda⁽⁶²¹⁾. La técnica de grupo operativo puede aplicarse en muchos contextos: familiares, grupos de personas de la tercera edad, de trabajo, de padres, grupos teatrales y deportivos, grupos de egresados de sistemas carcelarios, de drogadictos y otros.

La centralidad del concepto de tarea implica un entendimiento de tres momentos abarcados por esa noción: la pretarea, la tarea y el proyecto⁽⁵³⁹⁾. Esos momentos se manifiestan en una sucesión evolutiva.

En la pretarea están las técnicas defensivas que estructuran la resistencia al cambio y que son movilizadas por el incremento de la ansiedad de pérdida y de ataque. El grupo evita la tarea en función de dos medios fundamentales: el miedo a la pérdida de lo desconocido (ansiedad depresiva) y el miedo del ataque de lo desconocido (ansiedad paranoica). Surge entonces una gran resistencia a los cambios y se utilizan defensas disociativas para la elaboración de esas ansiedades.

El momento de la tarea consiste en el abordaje y elaboración de las ansiedades y en el surgimiento de una posición depresiva básica. En el tránsito de la pretarea a la tarea, el sujeto da un salto cualitativo en el que se personifica y crea una relación diferenciada del otro. En ese momento el grupo se enfoca en la tarea y da inicio a la elaboración y a la superación de los miedos básicos que limitan el aprendizaje. Cuando el grupo aprende a problematizar las dificultades que surgen en el momento de la realización de sus objetivos, se puede decir que entró en la tarea, pues la elaboración de un proyecto común ya es posible y ese grupo puede pasar a operar un proyecto de cambios.

El momento del proyecto surge cuando se logra la pertenencia del grupo y se hace posible planificar sus acciones futuras.

En el grupo operativo, ocurre un proceso que lleva a la disminución de los miedos básicos y se construye, como tarea del grupo, un esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO) común, que constituye una condición necesaria para la comunicación y la concreción de la tarea⁽⁶³⁷⁾.

La técnica del grupo operativo presupone la tarea explícita (aprendizaje, diagnóstico o tratamiento), la tarea implícita (el modo como cada integrante vive el grupo) y el encuadre⁽⁶²³⁾.

Desde el punto de vista estructural un grupo operativo está compuesto por sus integrantes, un coordinador y un observador⁽⁶²⁴⁾. Los participantes entran en tarea por medio de un estímulo temático que permite al grupo funcionar de forma protagónica.

Es fundamental que haya reglas para el funcionamiento del grupo operativo, que son dadas por el encuadre o conjunto de condiciones metodológicas que normalizan la actividad grupal. El encuadre engloba los objetivos del grupo, los temas, el lugar, los horarios, los materiales de apoyo, la definición del coordinador y del observador y los participantes.

El coordinador debe facilitar el proceso buscando crear un clima grupal que estimula la comunicación y el diálogo, valorar las manifestaciones libres y espontáneas de los integrantes y auxiliar al grupo en la superación de obstáculos que surgen al realizar la tarea. Se espera que el coordinador ejercite las funciones de educador y de motivador, de tal forma que el grupo actúe constructivamente en el proceso de aprendizaje y desarrolle su potencial de forma autónoma. La formación de un coordinador de GO es un proceso complejo que toma tiempo para ser logrado⁽⁶¹⁵⁾. La función central del coordinador es garantizar la comunicación entre los integrantes del GO, es decir, crearla, mantenerla activa e impedir los bloqueos comunicacionales, porque la comunicación es la dimensión fundamental de la actividad grupal para lograr los objetivos de aprendizaje y elaboración⁽⁶²³⁾.

El observador es un pensador quien, por su distancia del grupo, es capaz de desarrollar una percepción global del proceso. Debe registrar gráficamente las comunicaciones verbales y gestuales de los integrantes del grupo y del coordinador para auxiliarlos en la elaboración de la crónica devolutiva del trayecto recorrido por el grupo⁽⁶¹⁵⁾. El observador no asume una posición de neutralidad, ni acrítica y siempre está comprometido⁽⁶²³⁾.

El número máximo de integrantes es 15 personas, que deben afiliarse al grupo operativo según su identificación con los objetivos del grupo. El tema es el estímulo del GO y debe elegirse en función de los intereses y necesidades de los integrantes. El grupo debe interactuar sobre el tema y en esa interacción, colocar sus contenidos racionales y emocionales de modo de compatibilizar conceptos, integrar diferencias y manifestar fantasías. En el grupo operativo cada participante asiste con su historia singular, consciente o inconsciente, es decir, con su verticalidad. En la medida en que va produciéndose la génesis del grupo por el intercambio de necesidades en función de objetivos comunes, surge la horizontalidad grupal, que no constituye solo la suma de las verticalidades, sino la construcción colectiva que resulta de la interacción de ellas y emerge una historia propia e innovadora que crea la identidad del grupo⁽⁶¹⁵⁾.

La duración del GO, la frecuencia y el tiempo de los encuentros son definidos con anterioridad por la coordinación, en función de las metas planteadas, lo cual es parte del encuadre del GO. Compete al equipo de coordinación mantener esos límites, disolver polaridades, asegurar las normas del encuadre, interpretar los conflictos, identificar los obstáculos y las resistencias y formular hipótesis sobre las dificultades de los grupos. La coordinación puede interferir, pero no puede limitar la independencia ni cambiar el destino del grupo ⁽⁶¹⁵⁾.

El monitoreo adecuado del GO es fundamental para lograr sus objetivos, por lo tanto, hay que mantener el encuadre, enfocar el grupo en la tarea y disolver las polaridades, buscando mantener la comunicación fluida entre los integrantes.

Una coordinación eficaz permite que surjan elementos aglutinadores de las necesidades grupales. El portavoz es el depositario de la ansiedad grupal, por donde fluyen las ansiedades y reivindicaciones del grupo. El chivo expiatorio es aquel que asume los aspectos negativos del grupo; en él se depositan los contenidos latentes como miedo, culpa y vergüenza. El líder del cambio es aquél que se encarga de llevar a cabo las tareas y que se arriesga ante lo nuevo. El líder de resistencia es el que hace retroceder al grupo, interrumpe avances, sabotea tareas y lleva al grupo a su etapa inicial. El silencioso es el que asume las dificultades de los demás integrantes para establecer la comunicación y hace que el resto del grupo se sienta obligado a hablar ⁽⁶²⁴⁾.

La evaluación de los grupos operativos se hace por medio de los vectores de análisis.

El proceso grupal se caracteriza por una dialéctica en la medida que es permeado por contradicciones, y su tarea principal es precisamente analizar esas contradicciones. El modelo de Pichon-Rivière ilustra el movimiento de estructuración, desestructuración y reestructuración de un grupo con un cono invertido. Ese cono constituye un instrumento que visualiza una representación gráfica en la que están incluidos seis vectores de análisis articulados entre sí, que permiten determinar los efectos del cambio; esos vectores son pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y telé ⁽⁶¹⁸⁾. La pertenencia consiste en la sensación de sentirse parte; la cooperación se refiere a las acciones con el otro; la pertinencia corresponde a la eficacia con que se realizan las acciones; la comunicación es el proceso de intercambio de información; el aprendizaje es la comprensión instrumental de la realidad, y la telé, palabra de origen griego, es la disposición positiva o negativa para interactuar con los miembros del grupo ⁽⁶²⁵⁾.

En el campo de la salud, el grupo operativo puede estar conformado por individuos con una determinada condición de salud o grupos con condiciones de salud semejantes, por edad, por género u otros criterios. Los beneficios de trabajar por medio de grupos operativos son varios: reducen la atención individual cara a cara; los individuos tienen participación activa en el proceso de cambio; los profesionales se involucran más con los usuarios y se estimula la autonomía de las personas en la producción de la salud. Además, se constató que los GO mejoran la acogida, fortalecen la conexión entre usuarios y profesionales de salud, aumentan la solidaridad, mejoran los procesos de información y la apropiación de los problemas, generan más conciencia sobre derechos y deberes, mejoran la capacidad de verbalizar y favorecen la integración en el grupo ⁽⁶²²⁾.

En Brasil se ha utilizado la estrategia de GO en el campo de la salud, en algunos casos en la ESF y en el cuidado de las condiciones crónicas ^(530, 622, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636). Sin embargo, hay que advertir que en algunas experiencias de grupos operativos ha habido una tendencia a utilizarlos de forma inadecuada, sin seguir los referentes teóricos y operativos de la propuesta de Pinchón-Rivière, con fuerte contenido de transmisión de informaciones y como instrumento racionalizador del trabajo para reducir la demanda de atención médica y de enfermería ⁽⁶³⁷⁾. En el recuadro 6 se describe una experiencia de aplicación de los grupos operativos para el cambio de comportamiento por la Federación de las UNIMED (cooperativas médicas) de Minas Gerais.

Recuadro 6: Grupo operativo en la Federación de las UNIMED de Minas Gerais

Los grupos operativos se denominan *En busca de la salud integral* y tienen como principal tarea el cambio de hábitos de vida para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de padecer una enfermedad.

Los grupos están constituidos por un máximo de 20 integrantes para que sea posible que todos participen activamente. Se realizan cinco encuentros de dos horas cada uno, sobre temas relacionados a la salud y a la calidad de vida. Están dirigidos a personas que están bajo monitoreo en los programas de promoción de la salud y de manejo de las condiciones crónicas en las fases de preparación, acción y mantenimiento, independientemente del diagnóstico y factor de riesgo. De esa forma, los grupos no se arman según la condición de salud, sino por personas que buscan cambios de comportamiento.

Para llevar a cabo una experiencia de grupo operativo se necesita disponibilidad de espacio físico con sillas móviles; mantenimiento, dentro de lo posible, de los mismos integrantes, durante los cinco encuentros; selección de los integrantes a partir de las etapas de cambio del MTT: contemplación, preparación y acción; definición de contrato para los encuentros con horarios preestablecidos de inicio y fin, periodicidad semanal, compromiso de asiduidad con exclusión de integrantes que falten a más de tres encuentros; ofrecimiento de meriendas sanas elaboradas por nutricionistas, con el objetivo de sugerir el cambio de hábitos alimentarios; definición de los pares, coordinador y observador, que debe ser fija para cada GO; preparación de lista de asistencia y cuestionario de evaluación de los encuentros, y calendarización del GO en la agenda de los profesionales de salud involucrados.

A continuación se describen los temas abordados en el GO, según encuentro.

Primer encuentro: cambio de hábitos de vida

El objetivo general es favorecer la autorreflexión sobre los hábitos de vida en todas las dimensiones biopsicosociales y los objetivos específicos: construir colectivamente el concepto de vida sana; constatar y trabajar la ambivalencia; determinar el proceso de cambio para mejorar la salud en su totalidad y los factores determinantes multidimensionales de la salud, y llevar a cabo un análisis de los determinantes sociales de la salud relativos a las condiciones de vida y a factores de riesgo relacionados con comportamientos y estilos de vida.

Los temas de discusión en la tarea son la importancia de modificar los hábitos en la vida; qué es necesario cambiar; por qué hay que cambiar; cuándo es el momento; compromiso individual con el cambio, y pasos necesarios para cambiar.

Segundo encuentro: qué es estilo de vida

El objetivo general del segundo encuentro es poder identificar los factores sociales y culturales que influyen en el estilo de vida de los integrantes del grupo operativo y sus objetivos específicos: promover la reflexión sobre la importancia de reformular los hábitos actuales de vida nocivos para la salud, como la alimentación inadecuada, el sedentarismo y el estrés; orientar y construir una pirámide alimentaria; reconocer la importancia de la variedad, moderación y reformulación de las prácticas alimentarias perjudiciales para la salud, y estimular las prácticas de relajamiento u opciones que benefician la salud física, mental y social.

Los temas de discusión en la tarea son: alimentación sana, calidad del sueño y estrés.

Recuadro 6: Grupo operativo en la Federación de las UNIMED de Minas Gerais

Tercer encuentro: carácter integral y multidimensional de la salud

El objetivo general de este encuentro es abordar el concepto de salud integral y multidimensionalmente. Los objetivos específicos son: promover la elaboración del concepto de salud y su carácter integral y multidimensional; presentar las dimensiones de la salud; estimular el autoanálisis de los hábitos de vida de los integrantes del grupo; mostrar el carácter integral y multidimensional de los factores determinantes de la salud, y promover la comprensión de la integridad del individuo y sus elecciones.

El tema de discusión en la tarea es la representación ideal del carácter integral y multidimensional de la salud.

Cuarto encuentro: autocuidado y autonomía

El objetivo general del cuarto encuentro es madurar los conceptos de autocuidado, autoestima, autonomía y responsabilidad compartida del cuidado de la salud. Sus objetivos específicos son: promover la elaboración de acciones que atiendan las necesidades de los integrantes del grupo, teniendo en vista el bienestar, la salud y la calidad de vida; capacitar a los miembros del grupo para determinar sus necesidades y llevar a cabo las acciones que requiere el cuidado de la salud, y estimular el cumplimiento de acciones concretas para el ejercicio de la responsabilidad compartida y el autocuidado.

Los temas de discusión en la tarea son: responsabilidad compartida del autocuidado; autoestima; adhesión al tratamiento medicamentoso y de otro tipo, y autonomía y sus dos condiciones esenciales, es decir, libertad (independencia del control de influencias) y acción (capacidad de acción intencional).

Quinto encuentro: plan de vida

El objetivo general es relacionar los elementos clave en la propuesta de construcción de un plan de vida, presentando los conceptos de plan y proyecto de vida. Los objetivos específicos son: reflexionar sobre el plan y proyecto de vida; estimular el análisis de las cualidades personales de los participantes desde el punto de vista de su propia historia; relacionar los elementos clave de la propuesta de construcción de un plan de vida; poder identificar los puntos de partida para la etapa de acción del plan de vida, y facilitar la elaboración de los elementos que conlleva la construcción de un plan de vida colectivo (familia, red social y comunidad).

Los temas de discusión en la tarea son: definición conceptual del plan y proyecto de vida, elaboración o análisis de planillas de cambio de hábitos de vida y evaluación de los encuentros.

Fuente: Dias, Nonato & Chaves ⁽⁶³⁰⁾

PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Los cambios de comportamiento en salud, especialmente aquellos que se producen mediante contratos por objetivos entre el equipo de salud y los usuarios, no se dan automáticamente. Durante el proceso de cambio, los individuos y su familia se encuentran con problemas que muchas veces se manifiestan en la forma de obstáculos físicos, emocionales y económicos ⁽⁶³⁸⁾.

El proceso de solución de problemas constituye una de las principales habilidades que las personas deben adquirir para convivir bien con una condición crónica, ya que tendrán que vivir por un buen tiempo, sino definitivamente, con esa condición de salud. Por lo tanto, el individuo debe estar preparado para resolver los problemas relacionados con su condición crónica que surgen cotidianamente ⁽⁶⁾.

Por ejemplo, si una persona hace un plan de acción en el que incluye la participación en un GO por cinco sesiones, pero no dispone de un sistema de transporte adecuado, ese plan puede no ser realista y, probablemente, no resultará. En función de eso, el trabajo colaborativo entre el equipo de salud y los usuarios deberá identificar obstáculos que se antepone a los planes de acción para adoptar estrategias para superarlos. Ese proceso se denomina solución de problemas y es fundamental que se incorpore al trabajo cotidiano de los equipos de salud, especialmente de la ESF.

El proceso de solución de problemas consiste básicamente en identificarlos y definir una estrategia para superarlos. Los pasos de ese proceso se describen a continuación.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El primer paso, y el más importante, es determinar cuál es el problema. También es el paso más difícil. La identificación del problema consiste en definirlo de manera exacta y específica. Ese paso es crucial para el éxito del proceso de solución del problema, porque su precisión está vinculada a la exactitud de la formulación de las soluciones potenciales ⁽⁶³⁸⁾.

La interpretación del problema suele ser compleja. Por ejemplo, una persona puede creer que su problema está en la escalera de su casa, que tiene que subir varias veces al día, pero al profundizar esa idea con la ayuda del equipo de salud, se puede mostrar que el problema real es el miedo a las caídas y no solamente la escalera como tal ⁽⁶⁾.

Hay preguntas que facilitan esta identificación: ¿cuál es el problema? ¿qué está ocurriendo? ¿dónde ocurre? ¿cuándo ocurre? ¿por qué ocurre? ¿puede dar ejemplos recientes de cómo se manifestó el problema?

Por ejemplo, una persona puede decidir participar en un grupo operativo, pero tiene dificultades para trasladarse hasta la unidad de la ESF. Es fundamental que los usuarios identifiquen el problema en la perspectiva personal y social; esto puede facilitarse si hay una relación colaborativa entre usuarios y equipo de salud ⁽⁶³⁹⁾.

El principal obstáculo en ese paso surge de una identificación turbia y genérica del problema, por lo que hay que pedir ejemplos concretos de las manifestaciones del problema. Otra asunto importante que debe evitarse es la identificación de un problema sobre el que el participante no tiene control directo ⁽⁶³⁸⁾.

CONSTRUCCIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Después de definir el problema, es hora de buscarle solución. Este paso tiene un elemento crucial: el reconocimiento de que el usuario tiene conciencia de su situación y constituye el principal recurso para resolver el problema.

Este paso no debe partir de la elección de una única opción. Se recomienda preparar una lista de soluciones potenciales, sin censura. Para ello, el equipo de salud, conjuntamente con el usuario, debe elaborar una relación de las posibles soluciones del problema, mediante la técnica de lluvia de ideas, que consiste esencialmente en generar una lista de todas las soluciones posibles, sin evaluarlas en ese momento.

El usuario puede consultar a otras personas para determinar sus opciones de solución, por ejemplo, familiares, amigos u organizaciones sociales.

En la construcción de alternativas, el individuo debe ser capaz de describir precisamente su problema. Por ejemplo, hay una gran diferencia entre decir que no puede caminar porque le duele el pie o le duele el pie porque el zapato no es adecuado ⁽⁶⁾.

En la identificación del problema, algunos datos son importantes. Debe estimularse al individuo en cuestión a pensar en cómo logró solucionar problemas en el pasado y a preguntarse si esa solución puede aplicarse al problema actual. Si el problema es muy complejo, se sugiere dividirlo en partes para facilitar su análisis.

Algunas opciones para el problema de traslado mencionado anteriormente podrían ser: irse junto con el vecino o con otro participante del grupo operativo o utilizar transporte público después de dejar a los niños en la escuela.

SELECCIÓN DE UNA OPCIÓN

Es necesario estimular al usuario a seleccionar una de las opciones y ponerla en práctica. Hay algunas preguntas que pueden ayudar en esa elección: ¿la opción elegida realmente podrá solucionar el problema? ¿qué consecuencias positivas y negativas tiene la opción elegida? ¿el deseo de adoptar la opción elegida es real? ¿hay recursos para ponerla en práctica? ¿qué otros problemas podría generar la opción elegida? ¿esos nuevos problemas podrán manejarse debidamente?

Si se elige una opción nueva, hay que tener en cuenta que ella será, por lo general, difícil de poner en práctica. De cualquier forma, hay que aplicarla antes de concluir que no funciona.

EVALUACIÓN DE LA SOLUCIÓN

La opción seleccionada y puesta en práctica para resolver el problema debe ser evaluada. Si el problema se soluciona, está bien. Si no, habrá que elegir y poner a prueba otra. En ese paso, es interesante agregar a la lista de opciones otras alternativas posibles, para lo que el usuario deberá consultar, más ampliamente, además de al equipo de salud, a familiares, amigos y personas de confianza u organizaciones sociales sobre cómo solucionar el problema. Si la solución elegida no resuelve el problema, hay que definir otra alternativa y ponerla en práctica.

Ninguna solución es perfecta y, a largo plazo, podrá generar nuevos problemas. Eso no significa que todo salió mal, sino que hay que estar preparado para la posibilidad de que surjan nuevos problemas que demandarán nuevas soluciones. No obstante, habrá veces en que el problema no tenga solución en el momento, pero podrá tenerla en el futuro. En esos casos, el equipo de salud deberá estimular al usuario a buscar otra meta en relación con mejorar su salud. Lo importante es que la persona tenga éxito en lograr una meta que esté a su alcance.

Las personas no deben frustrarse si no consiguen solucionar totalmente un problema. ¿Quién no tuvo alguna vez una experiencia no exitosa? Es parte de la vida. La solución de problemas es un talento humano natural que se ejerce cotidianamente en la vida de las personas.

En el recuadro 7 se describe un proceso de solución de problema en una unidad de la ESF.

Recuadro 7: Proceso de solución del problema del Sr. João da Silva

João da Silva es un hombre de 35 años de edad afiliado a un equipo de ESF. Tiene sobrepeso, colesterol alto e hipertensión arterial.

Don João ha manifestado interés en cambiar su alimentación para bajar de peso, pero tiene problemas a la hora del almuerzo. Para la semana, ha planeado comer en un restaurante que ofrece muchas ensaladas distintas y está a cuatro cuadras de su trabajo, pero termina cediendo a la presión de sus compañeros, que prefieren comer sándwiches en la cantina de la empresa en que trabaja. Don João empezó por identificar el problema y pudo constatar que comer sándwiches es conveniente, porque no necesita salir de su lugar de trabajo. A continuación, preparó una lista de posibles soluciones. La primera, llevar el almuerzo preparado de la casa, pero no le gustaba cocinar, ni tenía tiempo para hacerlo. Optó entonces por comprar su almuerzo en un restaurante cercano a su casa, pero luego se aburrió y volvió a la cantina con los amigos. No conseguía bajar de peso y estaba frustrado.

En una consulta periódica con su médico de familia, recibió orientación para volver al paso de identificación del problema, porque a lo mejor el diagnóstico no había sido adecuado. Quedó claro entonces, que prefería el sándwich de la cantina para estar con el grupo de amigos y dijo: “vivo sólo, no quiero almorzar sólo”. El médico sugirió una consulta con el nutricionista del equipo de la ESF. El nutricionista le señaló los problemas de comer diariamente sándwiches grasos y calóricos y le explicó las ventajas de una dieta balanceada. A continuación, elaboraron conjuntamente un plan de acción para comer comidas balanceadas tres veces por semana en el restaurante e ir a la cantina los otros dos días. Don João llevó el plan a sus compañeros, quienes aceptaron compartir su proceso de cambio alimentario. Como el restaurante quedaba a cuatro cuadras de la empresa, el grupo debía caminar diariamente ocho cuadras. A los dos meses, don João empezó a bajar de peso y estaba entusiasmado con su cambio.

Fuente: Adaptado de New Health Partnerships ⁽⁶³⁸⁾ .

CAPÍTULO 7 – NIVELES 3,4 Y 5 DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS EN LA APS. CAMBIOS EN LA CLÍNICA Y EN LA GESTIÓN DE LA ESF

EL ESPACIO DE LA CLÍNICA DE APS Y SU CRISIS

En el capítulo anterior, analizamos el primer nivel del Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas, es decir, la promoción de la salud y las intervenciones en los determinantes sociales intermedios de la salud. También tratamos el segundo nivel de prevención de las condiciones de salud y sus intervenciones sobre los determinantes sociales proximales de la salud. Hasta ahí, no había factores de riesgo biopsicológicos individuales ni condiciones de salud establecidas.

El presente capítulo tratará los niveles tercero, cuarto y quinto del MACC, que corresponden a intervenciones en los factores determinantes sociales biopsicológicos individuales de la salud y las condiciones crónicas establecidas, entre ellos, embarazo, tercera edad, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, VIH/sida y otras tantas. Por lo tanto, en este capítulo, se analiza el espacio de la clínica, en su sentido estricto.

La hegemonía de los sistemas fragmentados, además de haber generado una crisis en el macroespacio de los sistemas de salud (analizada en el capítulo 1), creó también una crisis grave en el microespacio de la clínica. En consecuencia, hay una crisis instalada en las microrrelaciones clínicas entre el equipo de salud, especialmente el médico, y los usuarios, que se aprecia en todos los ámbitos de los sistemas de atención de salud, aunque es especialmente relevante en la atención primaria de la salud. La mayoría de los estudios analizados a continuación se realizaron en consultas médicas en la APS.

En los Estados Unidos, de 62% a 65% de las personas con hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes no tienen controladas esas condiciones ^(640, 641, 642). Buena parte de ese resultado desfavorable se debe a que el modelo de atención de salud está excesivamente concentrado en la atención monoprofesional, generalmente a cargo de médicos en consultas rápidas. Esas últimas se han denominado consultas de 15 minutos ⁽¹⁸⁸⁾, ya que se ha demostrado que, en los Estados Unidos, la duración media de una consulta médica de adultos es de 16,2 minutos y la de niños, de 14,2 minutos ^(643, 644, 645), con una variación que puede ir de 16 a 18 minutos. En Inglaterra, el tiempo promedio de duración de la consulta médica es de 8 minutos ⁽⁶⁴⁶⁾.

Hay una incoherencia estructural entre el corto tiempo de la consulta médica y el aumento de las tareas de atención de la salud. Por ejemplo, hoy en día, la atención de la diabetes es mucho más compleja y toma más tiempo que hace una década ⁽¹⁷¹⁾. Además, hay estudios evaluativos que muestran que los usuarios tienen dificultades para captar la información que reciben en consultas de menos de 18 minutos de duración ^(647, 648); que las consultas necesitan de un tiempo mínimo de 20 minutos para involucrar efectivamente a los usuarios en las decisiones clínicas ⁽⁶⁴⁹⁾, y que la duración de la consulta es un buen predictor de la participación de los usuarios en las decisiones clínicas sobre su salud ⁽⁶⁵⁰⁾.

La evidencia indica que la atención monoprofesional prestada por el médico en corto tiempo genera muchos problemas. Se estimó que un médico de APS dedicaría 7,4 horas por día de trabajo para dar todos los servicios preventivos recomendados para una carga de 2.500 personas ⁽⁶⁵¹⁾ y 10,6 horas diarias más para dar atención de calidad a las personas de ese grupo con condiciones crónicas ⁽⁶⁵²⁾. Solamente para elaborar un buen plan de cuidado, un médico tendría que dedicar, en promedio, 6,9 minutos ⁽⁶⁵³⁾. Además, debe considerarse lo que los creadores del CCM denominaron “tiranía de la urgencia” que se refiere a que la atención de los eventos agudos desplaza el cuidado de las condiciones crónicas programadas en agendas sobrecargadas ⁽⁶⁵⁴⁾. Los médicos de familia deben atender, en cada consulta, un promedio de 3,05 problemas, aunque ese número varía de 3,88 entre las personas mayores a 4,6 en aquellas con diabetes ⁽⁶⁵⁵⁾. Como resultado, menos de 50% de la atención que según la evidencia es necesaria, se presta efectivamente ⁽⁶⁵⁶⁾; es más, 42% de los médicos de APS manifiestan que no tienen tiempo suficiente para atender bien a las personas ⁽⁶⁵⁷⁾. Los médicos dedican solo 1,3 minutos a orientar a los usuarios con diabetes en vez de los 9 que serían necesarios; además utilizan un lenguaje técnico inadecuado para actividades educativas ⁽⁶⁵⁸⁾; tres de cada cuatro médicos dan orientación inadecuada sobre la prescripción de medicamentos, lo cual afecta la adhesión al tratamiento ^(659, 660), y la atención médica en consulta corta disminuye la satisfacción de los usuarios y empeora sus relaciones con los médicos ⁽⁶⁶¹⁾.

Otros estudios reflejan lo que se ha denominado regla del 50% de la relación médico-paciente en las consultas médicas. En uno de esos estudio, 50% de los usuarios salieron de la consulta sin entender lo que el médico les había dicho ⁽⁶⁶²⁾. En otro, aproximadamente 50% de los pacientes que fueron consultados acerca de lo que entendieron de la orientación del médico mostraron que habían entendido mal ⁽⁶⁶³⁾. En un tercer estudio se mostró que 50% de los usuarios atendidos en consultas médicas no eran capaces de entender las recetas de medicamentos recibidas ⁽⁶⁶⁴⁾.

La evidencia demuestra, incuestionablemente, el fracaso de la consulta médica de corta duración, una de las principales instituciones que sustentan los sistemas fragmentados de atención de salud.

Dado lo anterior, se justifica que en la ESF el manejo de los factores de riesgo biopsicológicos individuales y de las condiciones crónicas establecidas exija una clínica significativamente diferente de la que predomina actualmente, que fue construida, históricamente, para atender las condiciones agudas y la agudización de las crónicas. La aparición de las condiciones crónicas exigió cambios significativos en la atención de salud, que redundaron en algunos movimientos fundamentales que se manifestaron especialmente en la atención primaria de salud. Esos movimientos, que son imprescindibles para la construcción de una respuesta social adecuada a las condiciones crónicas, en su conjunto, son muy profundos.

Por otra parte, la atención clínica de las condiciones crónicas reúne elementos esenciales de diferentes modelos de atención de salud que se fundieron para generar el MACC, principalmente el de la pirámide de riesgos y el de cuidado de las condiciones crónicas o CCM. De estos, el primero incorpora la cuestión fundamental del manejo de las condiciones crónicas por estratos de riesgos y el segundo integra los elementos esenciales de organización de la atención de salud, diseño del sistema de prestación de servicios, apoyo a las decisiones, sistema de información clínica, autocuidado apoyado y relaciones con la comunidad.

En la ESF, la atención clínica de los factores de riesgo biopsicológicos y de las condiciones crónicas establecidas podría aproximarse a un nuevo modelo, que incorpore un conjunto de cambios en la atención de salud. Ese será el análisis que haremos en este capítulo.

Concomitantemente con la transformación de la atención de salud, se dará un cambio sustancial en la gestión de la ESF, que abarca, además de la gestión de las personas y de los recursos materiales y financieros, procesos de microgestión centrales a la intimidad de las relaciones entre profesionales de salud y usuarios; ese es el campo de la gestión de la clínica. Aquí también se puede hablar de una nueva forma de gestión de la salud, que no sustituye la gestión de los medios, pero la completa; esa es la gestión de la clínica. El MACC incorpora en la ESF las tecnologías de las directrices clínicas, de gestión de condiciones de salud y de gestión de casos. Esas tecnologías también se tratan en este capítulo.

INTERVENCIONES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO BIOPSIOLÓGICOS INDIVIDUALES

Las intervenciones relacionadas con los factores de riesgo biopsicológicos individuales y las condiciones crónicas de menor complejidad, según el modelo de la pirámide de riesgo, se realizarán en el nivel 3 del MACC.

Los principales factores de riesgo biopsicológicos individuales son edad, sexo, herencia, factores biológicos (hipertensión, dislipidemias, alteraciones prediabéticas de la glucemia, lesiones preclínicas y respuesta inmunológica) y factores psicológicos, como la depresión.

Sobre esos factores caben dos tipos de procesos básicos: la vigilancia de los factores de riesgo biopsicológicos individuales y las intervenciones, como vacunación, seguimiento de enfermedades, exámenes periódicos de salud e intervenciones de control de la hipertensión, dislipidemias, prediabetes y depresión y seguimiento de los ciclos de vida de los usuarios (niñez, adolescencia y tercera edad).

Existen estudios que demuestran que la demanda de prevención primaria y secundaria domina las preocupaciones de quienes buscan atención sanitaria. En un estudio hecho en Holanda, en el que se analizaron más de 500.000 consultas con médicos de familia, se constató que el primer motivo para acudir al sistema de atención de salud había sido la evaluación médica, y el primer objetivo de la consulta registrado por los médicos, la prevención. Otro estudio realizado en Australia mostró resultados similares.

Hay que tener claro que, en el campo de la prevención y con respecto a ciertas tecnologías, como la detección de trazadores de enfermedades y los exámenes periódicos, se debe actuar con precaución.

Hace algún tiempo, Illich llamó la atención acerca del riesgo de efectos iatrogénicos en la clínica ⁽⁶⁶⁵⁾. Dos libros recientemente publicados en los Estados Unidos, *Overdiagnosed* de Gilbert Welch ⁽⁶⁶⁶⁾ y *Overtreated* de Shannon Brownlee ⁽⁶⁶⁷⁾, son lecturas indispensables para los interesados en una atención de salud ética, eficiente y de calidad. En *Overdiagnosis*, el autor va más allá del concepto de diagnóstico excesivo, y se refiere también al diagnóstico de condiciones de salud que nunca tendrán síntomas graves ni causarán la muerte. El diagnóstico excesivo, a pesar de que tiene un cierto valor, también es uno de los factores determinantes del exceso de tratamiento que genera intervenciones médicas innecesarias y puede dejar a las personas más enfermas y más pobres. Esa contradicción está expresada en el propio título del libro, en el que se muestra que en los Estados Unidos, de 30% a 50%

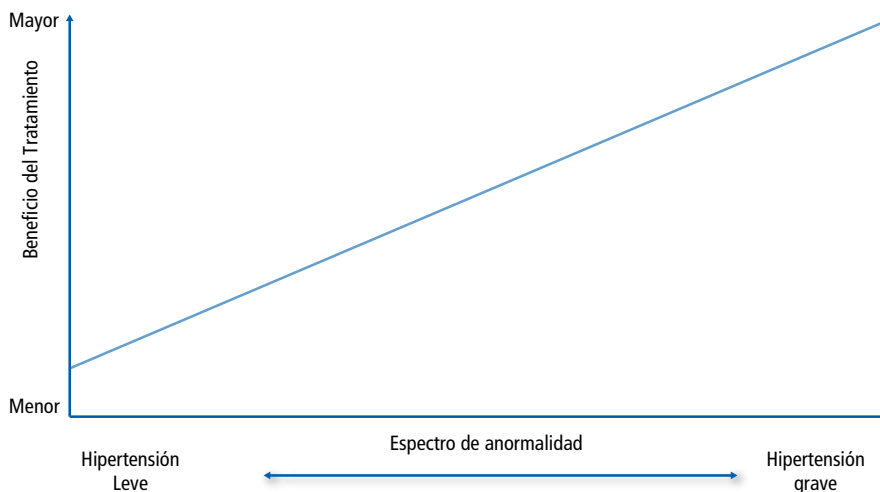
del gasto total en salud se destina a intervenciones médicas innecesarias, es decir, de US\$ 500 mil a \$700 mil millones al año, y que esos procedimientos innecesarios causan además 30.000 muertes anuales ⁽⁶⁶⁷⁾.

El ejemplo de la tomografía computarizada es emblemático. Se trata de un recurso diagnóstico que representó un enorme avance en la medicina contemporánea, pero se usa excesivamente. En los Estados Unidos en el año 2000, se hicieron aproximadamente 40 millones de tomografías, en 2005 más de 76 millones y en 2010, más de 100 millones, es decir, una tomografía por cada tres estadounidenses en ese último año. Parte significativa de esas tomografías no se pueden justificar; además, llevaron a más procedimientos y a la radiación innecesaria de los usuarios ⁽⁶⁶⁷⁾.

Entre las causas del diagnóstico y tratamiento excesivos se mencionan el escaso dominio de la evidencia en la práctica cotidiana y la medicina defensiva; no obstante, el elemento más relevante es el sistema de pago por procedimiento, que incentiva un mayor número de servicios de costo más alto y no los más necesarios. En la prevención, especialmente la secundaria, recientemente se ha empezado a manifestar, inequívocamente, una tendencia a la mercantilización, debido a la penetración de la lógica de producción, distribución y consumo de servicios en ese campo ^(666, 667, 668, 669, 670, 671).

La relación entre exceso de diagnóstico y tratamiento se ilustra en el gráfico 8.

Gráfico 8: Correlación entre la amplitud de la anomalía y los beneficios del tratamiento de la hipertensión arterial



Fuente: Adaptado de Welch, Schwartz, Woloshin ⁽⁶⁶⁶⁾

El gráfico 8 se basa en dos principios provenientes de la evidencia científica. El primero, que las personas con anomalías leves tienen menos probabilidad de presentar problemas graves que aquellas con anomalías graves; el segundo, que las personas con anomalías leves se benefician menos del tratamiento que aquellas con anomalías graves. A partir de ensayos clínicos aleatorios, se constató que la probabilidad del individuo hipertenso de beneficiarse del tratamiento farmacológico fue para los casos muy leves, 6%; leves, 9%; moderados, 26% y graves, 72% ⁽⁶⁶⁶⁾. Si bien el gráfico 8 ilustra el caso de la hipertensión arterial, se aplica a otras condiciones crónicas como diabetes, hiperlipidemia, osteoporosis y otras ⁽⁶⁶⁶⁾.

Las principales razones del exceso de medidas de prevención en la práctica clínica son: la búsqueda de la perfección imposible, el dar carácter médico a la vida, la aparición y evolución del concepto de factor de riesgo, la creencia en el riesgo cero, la imposición de una salud obligatoria, los intereses económicos y los daños inevitables producidos por las actividades preventivas ^(669, 670). Desde el punto de vista económico, esos excesos se derivan de la posibilidad de las instituciones de atención de la salud de inducir la demanda por el aumento de la oferta, en función de la asimetría de información entre profesional de salud y usuario ^(233, 666).

Si se analizan los trazadores de algunas condiciones de salud, ciertas medidas aparentemente benéficas pueden causar problemas iatrogénicos. Por ejemplo, hay mucha discusión sobre la oportunidad de detectar el cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico (PSA, por su sigla en inglés) y la biopsia ⁽⁶⁶⁶⁾. Para algunos, ese es un campo fértil para generar diagnósticos excesivos. Un ilustre oncoepidemiólogo estadounidense mostró que, en su hospital, por cada 1.000 exámenes de detección de cáncer de próstata por PSA se generaban ingresos de US\$ 4,9 millones correspondientes a intervenciones médicas, como biopsias, otros exámenes, cirugías, etc. ⁽⁶⁷²⁾.

Las opiniones contradictorias sobre estas intervenciones llevaron a un grupo de investigadores a afirmar que todas ellas eran dañinas, aun cuando algunas sean beneficiosas ⁽⁶⁶⁹⁾. En consecuencia, hay que utilizar las intervenciones preventivas con base en evidencia científica de que ellas hacen más bien que mal ⁽⁶⁷³⁾. Así lo hizo un grupo de trabajo canadiense que definió una lista de intervenciones de detección que cuentan con evidencia acerca de su beneficio para la población.

Las intervenciones preventivas se indican cuando el beneficio futuro supera las posibilidades de un daño en el presente. Un caso representativo de una medida preventiva que causó daño fue la indicación de los pediatras de que los niños durmieran boca abajo, que causó muchos casos de muerte súbita entre los lactantes ⁽⁶⁷⁴⁾. Otras

intervenciones preventivas que han generado polémica son la reposición hormonal en la menopausia y la profilaxis de la endocarditis ⁽⁶⁷⁵⁾.

Otro campo que debe abordarse con prudencia en la prevención secundaria es el de los exámenes periódicos de salud. Hay quienes consideran que ellos no tienen mayor beneficio para la salud de las personas y llevan a intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias que repercuten mucho en los costos de la atención de salud ^(676, 677). La imaginología en la prevención secundaria también merece utilizarse rigurosamente, con base en evidencia científica que demuestre que hará más bien que mal al usuario y con un buen análisis de los riesgos de la radiación ^(678, 679).

En función de los excesos cometidos en el campo de la medicina, se ha propuesto el concepto de prevención cuaternaria, adoptado por la Organización Mundial de Médicos de Familia, que se trata de las medidas que se deben tomar para seleccionar a los individuos y poblaciones en riesgo de que a su condición se le atribuya un carácter médico excesivo, para protegerlos de intervenciones médicas invasivas y para darles servicios que sean científica y médicamente aceptables ⁽⁶⁸⁰⁾. La prevención cuaternaria está destinada a proteger a los usuarios de la búsqueda excesiva de trazadores de enfermedad, de dar carácter médico a los factores de riesgo, la solicitud de demasiados exámenes complementarios, el exceso de diagnóstico, el convertir innecesariamente ciertos eventos vitales y enfermedades autolimitadas en casos médicos, las solicitudes de exámenes y tratamientos de parte de los propios usuarios y la medicina defensiva ^(675, 680).

NUEVA CLÍNICA EN LA ESF: CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La aplicación del MACC implica que se deben promover cambios profundos en la forma en que se presta la atención de salud. Esos cambios son necesarios porque, como advirtió Donald Berwick, uno de los líderes mundiales en calidad en salud: *"No podemos practicar clínica del siglo XIX en el mundo del siglo XXI. Es necesario cambiar"* ⁽⁶⁸¹⁾.

El fracaso de los sistemas de atención de salud fragmentados en el plano micro determinó la ruptura de su principal sistema de sustento, el de la consulta médica de corta duración. Por eso, para que la atención de las condiciones crónicas tenga éxito, se requiere modificar radicalmente la forma en que se producen los encuentros clínicos entre equipos y profesionales de salud. No estaría demás afirmar que una atención adecuada de las condiciones crónicas podría instituir una nueva clínica en la ESF.

Esos cambios, integrados en el MACC, son significativos y profundos, especialmente porque deben redefinir, en un plano horizontal, las interacciones productivas entre equipos de salud proactivos y preparados y usuarios activos e informados; esta relación es imprescindible para obtener resultados clínicos y funcionales para la población, tal como se propone en el CCM, según se ilustra en la figura 16 y en la parte inferior de la figura 7, que representa el CCM.

Figura 16: Atención de salud según el Modelo de Atención Crónica (CCM)



Fuente: Wagner ⁽³⁾

Las interacciones productivas entre usuarios y equipo de salud son distintas de las relaciones corrientes que forman parte de la atención de las condiciones crónicas dentro de los sistemas fragmentados, que tienden a ser frustrantes para ambos lados de la atención de salud. Para instituir las relaciones productivas, tienen que darse algunos procesos de cambio en el ámbito de esas relaciones, es decir, habrá que realizar transformaciones profundas en la atención de las condiciones crónicas.

Los cambios en la atención de salud en la ESF deben producirse en nueve dimensiones principales: la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad debe pasar a ser colaborativa y centrada en la persona; la atención dirigida al individuo deberá redirigirse a la familia; la atención monoprofesional pasará a ser multidisciplinaria; el autocuidado apoyado debe fortalecerse; tendrá que lograrse un equilibrio entre la atención de la demanda espontánea y la atención programada; habrá que introducir nuevas formas de atención profesional y establecer nuevas formas de relación entre la ESF y la atención ambulatoria especializada; lograr un equilibrio entre la atención presencial y la no presencial, al igual que entre la atención profesional y la atención por usuarios expertos.

DE LA ATENCIÓN PRESCRIPTIVA Y CENTRADA EN LA ENFERMEDAD A LA ATENCIÓN COLABORATIVA Y CENTRADA EN LA PERSONA

El primer cambio en la atención de salud que exige el MACC en la ESF es de la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad a la atención colaborativa y centrada en la persona.

Para que las relaciones productivas entre equipos de salud y usuarios se consoliden debe dejarse atrás la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad e instaurarse una nueva forma de relación denominada atención colaborativa de las condiciones crónicas ⁽²⁾ o atención centrada en la persona ⁽⁶⁸²⁾.

Ese cambio esencial en los sistemas de atención de salud ha sido considerado en los países desarrollados. Por ejemplo, la reforma reciente del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido establece una atención centrada en la persona bajo el lema: "*Ninguna decisión sobre mí, sin mi participación*" ⁽⁶⁸³⁾.

ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y LAS DOLENCIAS

Uno de los fundamentos de la atención centrada en la persona y la familia es la diferencia de las necesidades individuales en relación con las condiciones de salud que, en la lengua inglesa, se distingue entre los términos *disease* e *illness*. Enfermedad (*disease*) es una condición del organismo o parte de él, que genera trastorno en sus funciones. La enfermedad es una construcción teórica que permite ofrecer los beneficios y los riesgos de la medicina científica ⁽⁶⁸⁴⁾. *Illness* se refiere al malestar o a sentirse mal o sufrir en forma difusa. (Por ejemplo, esa palabra ha sido traducida al portugués como *enfermidade* para expresar ideas, expectativas, sentimientos y efectos en las funciones [685]). Existen varias traducciones de *illness*: síntomas sin explicación médica ⁽⁶⁷³⁾, trastorno somático, sufrimiento difuso ⁽⁶⁸⁶⁾, histeria, síndrome de la no enfermedad ⁽⁶⁸⁷⁾ o comportamiento anormal de la enfermedad ⁽⁶⁸⁸⁾. Incluso hay formas prejuiciadas de referirse a las personas con esos malestares, como poliquejosa y exageradas en relación a su problema.

Hay personas que tienen una enfermedad, pero no se sienten mal (enfermedad), como en el caso de la diabetes no diagnosticada. Por otro lado, muchas personas tienen malestar pero no se encuentra una causa que explique sus síntomas.

El malestar se manifiesta de dos formas: los síntomas físicos sin explicación médica y la hipocondría o ansiedad excesiva en relación con la salud ⁽⁶⁷³⁾. En su origen, la

somatización se relacionada con el concepto de conversión del psicoanálisis, que es la manifestación corporal de un conflicto psicológico no elaborado ⁽⁶⁸⁹⁾. Sin embargo, el concepto de trastorno somático ha pasado por una reinterpretación, en la cual se le quiere dar un significado de abordaje de las dolencias y las enfermedades, según un punto de vista más amplio e integrador. Por otra parte, la histeria y las neurosis fueron eliminadas tanto de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como del Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM, por su sigla en inglés) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, probablemente porque en una medicina que da un carácter médico al cuerpo, no hay lugar para la subjetividad. Más complicado es el caso de la histeria, en que el cuerpo se manifiesta muchas veces sin ninguna correspondencia con la nosografía científica. En el psicoanálisis de Lacan, al considerar la histeria, habla de la histerosomática, que es la disciplina que estudia cómo el inconsciente se inscribe en el cuerpo en zonas histerógenas en las que hay goce de los síntomas ⁽⁶⁹⁰⁾.

La atención centrada en la persona depende de la habilidad de hacer conexiones entre la generalidad de la ciencia biomédica y la experiencia singular, objetiva o subjetiva y consciente o inconsciente, de una persona con una enfermedad o dolencia ⁽⁶⁹¹⁾.

Una clínica excesivamente dirigida a la enfermedad no podrá manejar el sentirse mal ni el sufrimiento que no sea causado por enfermedad, es decir, las dolencias, aunque esas condiciones sean muy frecuentes en la práctica clínica cotidiana. Se estima que la mitad de las personas atendidas en unidades de APS presentan dolencias y no enfermedades ⁽⁶⁹²⁾. Por eso, la dolencia requiere una clínica que abarque la psicoterapia ⁽⁶⁹³⁾, la terapia comunitaria ⁽⁶⁹⁴⁾ y/o el psicoanálisis ⁽⁶⁹⁰⁾.

ATENCIÓN COLABORATIVA Y CENTRADA EN LA PERSONA

La clínica de la APS es fundamentalmente de relaciones, y la relación entre el profesional de salud y el usuario tiene valor propio que antecede al contenido de la atención. Como afirma McWhinney, hay que conocer a la persona antes de conocer sus enfermedades ⁽⁶⁹¹⁾. La clínica de la ESF tiene como uno de sus atributos la longitudinalidad del cuidado; por lo tanto, hay una relación a largo plazo entre el profesional de salud y los usuarios en la cual es inherente un proceso de transferencia, especialmente en la atención de las condiciones crónicas.

El encuentro clínico es una reunión de dos seres humanos, en la que a un lado se encuentra el usuario que asume el papel de enfermo y de otro, el profesional de salud con su función de terapeuta. Pero también es el encuentro entre ciencia y conciencia ⁽⁶⁸⁰⁾.

En la clínica colaborativa y centrada en la persona las diferencias entre la APS prestada por el modelo tradicional y la de la ESF son relevantes. La APS tradicional está constituida por la tríada de médicos especialistas, formados en la misma estructura técnica e ideológica del posgrado de los especialistas, con fuerte influencia de elementos flexnerianos; es decir, es una visión biomédica, no holística, centrada en la enfermedad y prescriptiva. El modelo tradicional difícilmente valora la dimensión no biomédica de la enfermedad y dificulta, si no impide, la instauración del principio de longitudinalidad. Por el contrario, se espera que la formación de los profesionales de la ESF, entre ellos el médico de familia y comunidad, sea radicalmente diferente, se inscriba en un paradigma posflexneriano y tenga una visión holística y no prescriptiva, que es la base de la atención colaborativa y centrada en la persona.

Una de las críticas a los sistemas fragmentados de atención de salud centrados en las condiciones agudas y en la agudización de las condiciones crónicas es la ausencia del usuario como agente de su salud, situación que habitualmente queda en evidencia en sus quejas sistemáticas de que el equipo de salud no lo escucha y de que no participa activamente en su tratamiento ^(288, 695). En ese sentido, el uso común de la palabra paciente, para referirse a quienes reciben atención de salud, caracteriza muy bien a las personas que buscan, de forma pasiva, la atención de salud, porque una definición de la palabra paciente, entre otras, es sujeto que recibe o padece la acción del agente.

Por otra parte, la atención de salud prescriptiva y centrada en la enfermedad es frustrante para los profesionales de salud, especialmente los de la APS, porque ejercen poco control sobre su trabajo y están permanentemente presionados por metas de productividad y estresados por la falta de variedad en su práctica clínica cotidiana ⁽²⁸⁸⁾.

Hay evidencia de la pasividad de los usuarios en sus relaciones con el equipo de salud. En un estudio en que se filmaron 1.000 consultas atendidas por 124 médicos se mostró que los usuarios participaron de las decisiones clínicas solo 9% del tiempo ⁽⁶⁹⁶⁾. En otro estudio, hubo evidencia de que mientras la mitad de los usuarios dejarían que las decisiones clínicas finales las tomaran sus médicos, 96% preferirían tener opciones de las cuales elegir, y que sus médicos tomaran en cuenta su opinión ⁽⁶⁹⁷⁾. Un estudio comprobó que las personas tienden a participar más en la atención de su salud cuando sus médicos las estimulan a hacerlo ⁽⁶⁹⁸⁾. La decisión de participar proactivamente en la atención de salud puede variar según el país, de acuerdo con particularidades culturales; por ejemplo, en Suiza, 91% de los individuos prefiere participar, pero en España, esa proporción es de 44% ⁽⁶⁹⁹⁾. De 50% a 70% de las consultas, incluso las de enfermedades crónicas, son meramente informativas, porque están organizadas en la lógica de la atención de condiciones y eventos agudos,

dirigidas a la queja principal, característica propia de la atención de salud en los sistemas fragmentados ⁽²⁸⁸⁾.

Al no seguirse el principio de atención centrada en la persona, se generan percepciones distintas entre los profesionales de salud y los usuarios del sistema. Hay un libro en el que se ejemplifica la disonancia entre médicos (la primera afirmativa) y usuarios (la segunda afirmativa) en la APS: estoy muy ocupado y no tengo tiempo de hacer bien las cosas/nunca tengo tiempo suficiente con mi médico; es difícil programar las consultas cuando las personas las necesitan /difícilmente consigo consulta cuando tengo la necesidad; no tengo tiempo de atender bien las condiciones crónicas, porque estoy presionado por las condiciones agudas/ me gustaría que el médico me orientara mejor en relación a mi hipertensión; nunca consigo que los usuarios sigan mis recomendaciones/me gustaría que el médico hablara menos y me escuchara más; me gustaría trabajar con más tranquilidad, sin tener que resolver tantos problemas que no corresponden a mi trabajo clínico/me tratan como un número y no como una persona; siempre atiendo personas diferentes que se tratan con otros médicos, pero me gustaría ver solo a personas afiliadas a mí/veo muchos médicos para mi problema, que me dan recomendaciones contradictorias y me dejan confundido ⁽¹⁵⁵⁾.

En la ESF, la clínica es narrativa y empática ⁽⁷⁰⁰⁾. En la película *El niño de la medianoche*, la directora Delphine Gleize logra aprender y transmitir con sensibilidad la dimensión de una clínica narrativa y empática. La dimensión narrativa significa que el profesional de salud escucha la historia del usuario, la deja fluir libremente y no simplemente espera respuestas a preguntas cerradas. Además, la valoración de la narrativa significa que el profesional de salud adopta una manera singular de acoger y de comprender la historia del usuario. Esta forma de hacer clínica es fundamental para crear empatía, entendida como la capacidad de asumir la experiencia de otro ⁽⁶⁸⁹⁾. La empatía puede conceptualizarse en cuatro habilidades: la de observar emociones en los demás, de sentir esas emociones, de responder a ellas y de comprender los pensamientos e intenciones de los demás ⁽⁷⁰⁰⁾. Hay evidencia de que una relación clínica empática aumenta la satisfacción de los usuarios y la autoeficacia, reduce el estrés del encuentro clínico, estimula la adhesión a los tratamientos y fortalece la promoción de la salud ^(701, 702, 703, 704, 705).

En la ESF, la atención centrada en la persona tiene un significado singular, porque los profesionales de salud trabajan con todo tipo de problema y, por lo tanto, no pueden anticipar las causas del encuentro clínico, ni imaginar que el primer problema del usuario que consulta sea, de hecho, el principal problema ⁽⁶⁸⁹⁾.

En la práctica, no hay tiempo en la consulta de corta duración para escuchar la historia del consultante, explorar los detalles de su vida reciente ni los problemas por

los que está pasando. Ni siquiera hay tiempo de conocer las dimensiones psicológicas o psicoanalíticas que ayudan a explicar su sufrimiento. En un estudio se constató que los médicos interrumpían a los usuarios, en promedio, a los 23 segundos de que empezaban a contar su situación y que al ser interrumpidos, 50% de esas personas terminaron su historia en menos de 60 segundos y 80%, en menos de dos minutos ⁽⁷⁰⁶⁾. Una investigación periodística en São Paulo mostró que los médicos de APS de ese municipio hacían consultas de pocos minutos, que fueron denominadas “consultas rápidas” por el editorial del periódico *Folha de São Paulo* ⁽⁷⁰⁷⁾.

Existen estudios que muestran que, en 50% de las consultas, médicos y usuarios discrepan acerca de cuál es el problema principal. Esa clínica prescriptiva y centrada en la enfermedad alimenta otros servicios o prácticas integradores y complementarios del sistema formal de atención de la salud], en las que se da más valor a escuchar. En los Estados Unidos, las prácticas integradoras y complementarias atienden a más de una tercera parte de la población y superan las consultas en la APS. Es significativo que 70% de las personas que buscan atención en esas prácticas no comparten con sus médicos esa información ⁽⁷⁰⁸⁾.

La atención colaborativa y centrada en la persona reubica a los usuarios en su relación con los profesionales de salud; así, los primeros dejan de ser pacientes para convertirse en los principales productores sociales de su salud ^(4, 709). Por eso, algunos sistemas de atención de salud ya consideran a los usuarios miembros del equipo de APS ⁽³⁵⁶⁾. La clínica de la ESF no está constituida por pacientes, sino por personas que son agentes de su salud. En el cuadro 4 se comparan las principales características de las personas-paciente y de la personas-agente en la atención de las condiciones crónicas.

Cuadro 4: Principales características de la persona-paciente y la persona-agente en la atención de las condiciones crónicas

PERSONA-PACIENTE	PERSONA-AGENTE
Cumple las prescripciones del equipo de salud.	Comparte con el equipo la responsabilidad de su salud.
Actúa pasivamente.	Es proactiva.
Expone su queja y narra su historia a solicitud del equipo de salud.	Es asertiva; comparte su queja y su historia y elabora, conjuntamente con el equipo de salud, el plan de cuidado, según sus necesidades, valores y preferencias.
Sigue las prescripciones del equipo de salud	Decide qué hacer en conjunto con el equipo de salud.
Confía exclusivamente en el equipo de salud para resolver su problema.	Busca apoyo y orientación en el equipo de salud para resolver su problema.
Aprende sobre su condición crónica con el equipo de salud.	Se informa por sí misma y aprende sobre su condición crónica con el equipo de salud.
Responde las preguntas del equipo de salud sobre la evolución de su condición crónica.	Comparte con el equipo de salud la evolución de su condición crónica y la monitorea en los períodos entre los contactos con los profesionales.
Recibe recetas de medicamentos del equipo de salud.	Comparte la responsabilidad del tratamiento farmacológico con el equipo de salud.
Busca atención de salud cuando siente necesidad.	Busca atención de salud cuando siente necesidad, pero también es contactada activamente por el sistema, de conformidad con el plan de cuidado.

Fuente: Bengoa ⁽²⁰⁾; New Health Partnerships ⁽⁷¹⁰⁾.

En el MACC, la interacción productiva consiste en el cuidado colaborativo, basado en evidencia, que atiende las necesidades de salud de los usuarios, con la participación de la familia y abarca: la evaluación del estado de salud, de las habilidades y del grado de confianza para el autocuidado; la atención personalizada y estructurada en directrices clínicas; el plan de cuidado elaborado conjuntamente por el equipo de salud y el usuario, con metas e instrumentos de solución de problemas acordados, y su monitoreo activo y colaborativo.

El clásico informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos sobre la calidad abismal de la atención de salud definió algunas características de la atención de salud centrada en la persona y en la familia: provee la información, comunicación y educación que las personas necesitan y desean; respeta los valores, las preferencias

y a las personas, y garantiza el bienestar físico, el apoyo emocional y la participación de la familia ⁽³¹⁾.

El Instituto Picker establece ocho principios de la atención centrada en la persona: respeto a los valores, a las preferencias y a las necesidades expresadas por los individuos; coordinación e integración de la atención; información, comunicación y educación; bienestar físico; apoyo emocional y alivio de los temores y la ansiedad; participación de la familia y de los amigos; continuidad y transición, y acceso a la atención ⁽⁷¹¹⁾.

El primer principio, respeto a los valores, preferencias y necesidades, significa que los usuarios deben ser informados sobre su condición de salud y participar en el proceso decisorio. Los usuarios valoran la atención centrada en ellos como individuos que presentan una condición de salud y no centrada en la enfermedad, y que respeta sus valores y preferencias.

El principio de coordinación e integración se refiere a la posibilidad de dar atención mediante una red coordinada e integrada, que transmita seguridad, de modo que las personas puedan vivir mejor con la fragilidad y vulnerabilidad que resultan de sus condiciones de salud.

El principio de información, educación y comunicación se refiere a la buena comunicación con los usuarios, que incluye información o educación sobre el estado clínico, el proceso de atención y las formas de mejorar la autonomía, la independencia, el autocuidado y la prevención de las condiciones de salud.

El principio del bienestar físico equivale a proporcionar una atención que promueva el bienestar de los usuarios, principalmente en cuanto al manejo del dolor, la ayuda para las actividades diarias y un ambiente acogedor y humano, que incluya el acceso de la familia y los amigos.

El principio del apoyo emocional y alivio de los temores y la ansiedad requiere que se dé una atención que calme esas sensaciones en tres dimensiones fundamentales: el estado clínico, el tratamiento y el pronóstico; en cuanto a las repercusiones de la condición de salud en el individuo y su familia, y en relación al impacto financiero de la condición de salud.

El principio de participación de la familia y de los amigos contempla una atención que valore la participación de la familia y de los amigos en el cuidado, que reconozca la función de esas personas en el proceso decisorio, que apoye a los miembros de

la familia en el ejercicio de su función cuidadora y que reconozca las necesidades de la familia y de los amigos.

El principio de la continuidad y transición se refiere al suministro de información detallada sobre medicamentos, limitaciones físicas, necesidades alimentarias y otras; la coordinación de un plan de cuidado que cuente con la participación de los usuarios y su familia; el apoyo en momentos de transición, y la información sobre el apoyo clínico, social y físico continuo.

El principio de acceso a la atención se refiere a la posibilidad de que los usuarios accedan a la atención necesaria y oportuna en la ESF, incluidos exámenes y derivación a la atención especializada ambulatoria y hospitalaria.

La atención centrada en la persona funciona con cuatro conceptos clave: dignidad y respeto, intercambio de información, participación y colaboración. El primero, dignidad y respeto, se refiere a que los equipos de salud escuchen y respeten el punto de vista y decisiones de las personas y las familias e incorporen en los planes de cuidados sus conocimientos, valores, creencias y características culturales. El intercambio de información se trata de la comunicación y el traspaso de información completa y no distorsionada y de forma positiva entre el equipo de salud y las personas. La información que reciban las últimas debe ser amplia, oportuna y fidedigna para que puedan participar efectivamente en la toma de decisiones acerca de su salud. El tercer concepto es el de participación, que exige que las personas se entusiasmen y reciban apoyo para participar en la toma de decisiones sobre su salud en todos los niveles de atención. La colaboración se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud para desarrollar, aplicar y evaluar los programas de salud y la prestación de los servicios ⁽⁷¹²⁾.

La atención centrada en la persona se constituye a partir de un conjunto de elementos que incluyen el empoderamiento de los usuarios para que participen activamente en la atención de salud, el intercambio de responsabilidades y de poder entre el equipo de salud y los usuarios y el apoyo a su autonomía e individualidad ^(712, 713). Desde el punto de vista práctico, esos elementos se manifiestan en la relación clínica, en tres dimensiones fundamentales: el establecimiento de un programa común construido por el profesional y el usuario, el intercambio de información y la decisión compartida.

En la práctica clínica convencional, el programa es dominado por el médico. Una investigación basada en la observación de 264 consultas de médicos de familia mostró que solo en 28% de ellas, el usuario puede expresar sus opiniones completamente y que en 25% los médicos nunca le pidieron su opinión sobre sus propios

problemas ⁽⁶⁹⁶⁾. En la atención centrada en la persona, los profesionales de salud actúan de forma no prescriptiva, estimulan la participación de los usuarios en la consulta y expresan claramente lo que se espera del encuentro clínico. Esa es una condición imprescindible para que el programa de trabajo común culmine en metas negociadas (véase el recuadro 5, que describe una consulta realizada con base en la entrevista motivacional).

El intercambio de información es una parte esencial de la atención centrada en la persona, porque influye en las decisiones de los usuarios y en su comportamiento. En un estudio se constató que los individuos con dolor lumbar que recibieron una explicación adecuada sobre esa condición de parte del médico pidieron menos exámenes complementarios ⁽⁷¹⁴⁾. Por otra parte, una investigación mostró que sólo el 37% de los usuarios recibieron información adecuada sobre sus recetas de medicamentos ⁽⁷¹⁵⁾. Otra investigación confirmó que la falta de adhesión a los medicamentos indicados se asocia a fallas en la comunicación entre médicos y usuarios ⁽⁷¹⁶⁾. El intercambio de información en la actividad clínica se beneficia de algunas tecnologías como las utilizadas por la entrevista motivacional: informar-verificar-informar y evocar-proveer-evocar. En relación con esas tecnologías, existe un proceso comunicativo, denominado cerrar el lazo, que requiere que al hacer una recomendación, el profesional le pregunte al usuario si entendió lo que le dijo. Sin embargo, eso no es una práctica común. Una investigación puso en evidencia que en solo 12% de las consultas en las que hubo recomendaciones sobre cambios de comportamientos o un nuevo medicamento se llevó a cabo ese procedimiento ⁽⁷¹⁷⁾.

La decisión compartida es otro elemento fundamental de la atención centrada en la persona. Se define como la capacidad de los profesionales de salud de transmitir información a los usuarios sobre los beneficios y daños de diferentes intervenciones y de dialogar con ellos acerca de sus preferencias y juicios, para tomar juntos la decisión final. Sin embargo, hay que tener en mente que algunas decisiones clínicas no pueden tomarse según las preferencias de las personas. En una investigación se constató que la decisión compartida se asoció con una reducción de 21% a 44% de las cirugías electivas, con la consecuente reducción en los costos de la atención y sin efectos adversos para la salud ⁽¹⁵⁵⁾.

La atención centrada en la persona destaca el concepto clave de la alianza terapéutica, que consiste en la elaboración de un programa común, el intercambio de información, las decisiones compartidas y el establecimiento de relaciones de confianza, respeto y empatía entre el equipo de salud y los usuarios de los sistemas de atención de salud. Hay evidencia de que, a partir de la alianza terapéutica, es posible lograr mayor adhesión a los tratamientos y obtener mejores resultados sanitarios ⁽¹⁵⁵⁾.

⁷¹⁸). Esa alianza terapéutica tiene como fundamento un estilo de comunicación eficaz y las relaciones afectivas dinámicas entre equipo de salud y usuario.

Ese tipo de atención, centrada en la persona, representa un cambio radical de los modelos convencionales, en los que el equipo de salud sabe lo que es mejor para los usuarios. En ese nuevo modelo de atención, los profesionales no son los únicos que prescriben y monopolizan los conocimientos sobre qué tienen, qué necesitan y qué debe motivar a los usuarios. Por el contrario, lo esencial es la alianza entre el equipo de salud y ese usuario. Esa relación se instituye con base en el reconocimiento y la valoración de los conocimientos, habilidades, fortalezas, expectativas, preferencias y recursos interiores de los usuarios y su familia, que deben tomarse en cuenta en el plan de cuidado. Además, la atención centrada en la persona es de carácter relacional y se basa en resultados, donde relacional se refiere a que la actitud del equipo de salud está dirigida por la apertura, el respeto genuino y el bienestar del otro. Las personas cambian con más facilidad cuando se establecen relaciones basadas en la confianza mutua. Basado en resultados se refiere a que el plan de cuidado tiene como elemento de amparo la definición conjunta de metas, según el grado de importancia y de confianza establecido por los usuarios ⁽⁷¹⁹⁾.

La participación del usuario en la atención de salud requiere comprensión del proceso salud/enfermedad y de los factores que influyen en él; el autodiagnóstico y el manejo de ciertos síntomas menores; la selección de los tratamientos conjuntamente con los profesionales de salud; el uso apropiado de tecnologías de tratamiento y medicamentos; el monitoreo de los síntomas y la evolución del tratamiento; la conciencia sobre la seguridad de las tecnologías sanitarias utilizadas, y la adopción de comportamientos de promoción de la salud y prevención de las condiciones de salud. Para que eso pueda ocurrir, la atención centrada en la persona utiliza tres estrategias fundamentales: la atención colaborativa con el equipo de salud, la alfabetización sanitaria y el autocuidado apoyado ⁽⁷²⁰⁾.

Para dar atención centrada en la persona, tanto ella como los equipos de salud necesitan tener habilidades de comunicación especiales, porque esa atención presupone una clínica relacional ⁽⁷²¹⁾. Para los usuarios, implica estructurar el proceso narrativo, reflexionar sobre su condición de vida, reconstruir su historia e identificarse con la salud. De los equipos de salud se requiere que desarrollen la capacidad de escuchar y comunicarse, de tener empatía con el otro, de reflexión sobre la práctica mediada por los conocimientos individuales y por la vivencia interdisciplinaria y la incorporación del punto de vista del usuario. Además, se requiere la habilidad de entender las preferencias del usuario, compartir decisiones sobre prevención y tratamiento, proporcionar apoyo al autocuidado, trabajar en equipos multidisciplinarios, utilizar

las nuevas tecnologías para que el usuario ponga más empeño en la producción de su salud y administrar el tiempo para hacer todo eso posible ⁽⁷⁰⁾.

La atención centrada en la persona se justifica mucho más en situaciones en las que hay más de un curso posible de acción y cuando ninguno de ellos es obviamente mejor para el equipo de salud o para la persona y su familia. En algunas circunstancias, como es el caso de los adultos mayores en situaciones críticas, hay una tendencia a dejar las decisiones al equipo de salud ⁽⁷²²⁾.

EVIDENCIAS SOBRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Hay evidencia de que los procesos educacionales pueden mejorar la habilidad de comunicación de médicos, personal de enfermería y farmacéuticos y que ello determina una mayor participación de los usuarios, reduce el grado de ansiedad y produce más satisfacción con la atención compartida ⁽⁷²³⁾. La participación activa de los usuarios conduce a una disminución de las recetas médicas y del costo de la atención de salud ⁽⁷²⁴⁾. La aplicación de tecnologías de empoderamiento de los usuarios, como la preparación para la consulta, la utilización de diarios y los resúmenes de las consultas realizadas, aumentan el conocimiento de las personas y les dan más control de su propia salud ⁽⁷²⁵⁾. Los instrumentos de apoyo a las decisiones de los usuarios son eficaces y estimulan su acercamiento al equipo de salud, incrementan el conocimiento, producen mayor adhesión al tratamiento indicado, mejor percepción de los riesgos y más respeto por las elecciones y los valores de las personas ^(726, 727).

En un estudio de caso, Bodenheimer analizó la situación de un hombre de 63 años de edad con múltiples factores de riesgos cardiovasculares y con poca adhesión al tratamiento indicado; el autor concluyó que la transformación de un paciente en un agente proactivo es un factor determinante de los resultados sanitarios favorables ⁽⁶⁵³⁾.

Hay más evidencia que sustenta la introducción de la atención de salud centrada en la persona en la APS. Ese tipo de atención primaria de la salud da resultados positivos en relación con la satisfacción de los usuarios, la participación en su salud, los procesos de atención, la calidad de vida de los usuarios y en los costos de la atención ^(729, 730, 731, 732, 733).

En consecuencia con lo anterior, en varios países del mundo, entre ellos Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Italia y el Reino Unido, se han adoptado cada vez más políticas para poner en marcha la atención centrada en la persona y en la familia ⁽⁷²⁰⁾. En Brasil, los equipos de la ESF también la están usando crecientemente, especialmente en la medicina familiar ⁽⁷³⁴⁾. No obstante, también hay

estudios que muestran que la atención centrada en la persona tiende a deteriorarse a lo largo del tiempo ⁽¹⁵⁵⁾.

A pesar de la evidencia, hay muchos mitos que dificultan la adopción de la atención centrada en la persona en gran escala, entre ellos, que esa atención es muy cara; que es hermosa, pero no importante; que es trabajo de enfermería; que aumenta mucho la necesidad de contar con más profesionales de salud; que no es viable en organizaciones grandes; que la organización ya fue acreditada y eso garantiza que se ejerza la atención actual; que consume mucho tiempo, y que no hay pruebas de que esa atención sea mejor ⁽⁷³⁵⁾.

La introducción de la atención centrada en la persona no significa que los profesionales deban trabajar más tiempo ni más intensamente, porque puede ser incorporada mediante estrategias de cambios de procesos en la atención primaria, como la utilización de equipos multidisciplinarios, nuevas formas de atención, continuidad del cuidado, autoevaluación en preconsultas y otras ⁽¹⁵⁵⁾.

El Instituto Picker propone un cuestionario de autoevaluación que puede utilizar un equipo para analizar su quehacer en relación con la atención centrada en la persona en sus distintas dimensiones: cultura organizacional, comunicación con la persona y la familia, personalización y continuidad del cuidado, acceso a información y educación en salud, participación familiar, ambiente del cuidado, espiritualidad, prácticas integradoras y complementarias, cuidado del cuidador y satisfacción de los usuarios ⁽⁷³⁶⁾.

ALFABETIZACIÓN SANITARIA

Una estrategia fundamental de la atención centrada en la persona es la alfabetización sanitaria. Este concepto se refiere a la acumulación, de parte de los usuarios de los sistemas de atención de salud, de capacidades para obtener, desarrollar, procesar y comprender la información básica que se necesita para tomar decisiones y utilizar plenamente los servicios en beneficio de su salud. Eso incluye la capacidad de organizar y compartir con el equipo de salud las vivencias y valores de cada persona y cada familia. Una definición más amplia de la alfabetización sanitaria la describe como la capacidad de tomar decisiones maduras sobre la salud en la vida cotidiana, en espacios tales como el domicilio, el sistema de atención de salud, el lugar de trabajo y el campo político ⁽⁷²⁰⁾.

La alfabetización sanitaria va más allá de la capacidad de leer y abarca otras habilidades igualmente importantes, como las de oír, hablar, comprender, hacer ciertas operaciones matemáticas muy básicas y, principalmente, exponer los conocimientos

acumulados a lo largo de la vida y transmitir de forma asertiva los valores y las preferencias en relación con la atención de salud.

Hay tres niveles de alfabetización sanitaria: el funcional, que abarca las habilidades básicas de leer y escribir necesarias para el funcionamiento efectivo en el ámbito de la atención de salud; el interactivo, que requiere habilidades cognitivas y sociales que permitan participar en la atención de salud, y el crítico, en el cual se incluyen las habilidades de analizar y utilizar, de forma crítica, la información sanitaria ^(737, 738).

En 1996 en los Estados Unidos, 46% de la población adulta o casi 90 millones de personas tenían dificultades para comprender y utilizar adecuadamente la información y las indicaciones sobre su salud ⁽⁷³⁹⁾. Por eso, esa población tenía peor estado de salud y utilizaba más los servicios de urgencia que el 54% restante de la población. Para superar ese problema, se propuso la introducción de programas para reducir los efectos de la limitada alfabetización sanitaria en la educación primaria, así como en los programas de alfabetización de adultos ⁽⁷⁴⁰⁾. En Europa, un estudio realizado en 22 países mostró que las deficiencias de alfabetización sanitaria se asociaban con peores índices de salud ⁽⁷⁴¹⁾.

La alfabetización sanitaria es una variable fundamental que hay que tener en cuenta en el manejo de las condiciones crónicas, porque afecta la capacidad del usuario de participar en la atención de su salud, de reconocer y de registrar las señales y síntomas de una condición de salud, de cuidarse a sí mismo, de utilizar prácticas preventivas y de comprender y cumplir los tratamientos indicados, especialmente cuando se trata de medicamentos. Por eso, se han propuesto soluciones metodológicas para evaluar la alfabetización sanitaria como instrumento de los servicios de salud ⁽⁷⁴²⁾.

Hay que considerar que las consecuencias de las deficiencias en ese terreno son más importantes en la APS ⁽⁷⁴³⁾. Por lo tanto, una ESF de calidad debe incorporar, entre sus preocupaciones fundamentales, estrategias que permitan trabajar con personas con déficit de alfabetización sanitaria, con el fin de reducir su efecto en los resultados de la atención.

La alfabetización sanitaria tiene tres grandes objetivos: la provisión y el intercambio de información adecuada, el fomento del uso eficaz y apropiado de los recursos de salud y la reducción de la inequidad en salud.

Las necesidades de información apropiada son muy diversas y varían según la edad, la clase social, el género, las creencias y los valores. Asimismo, la información puede variar a lo largo del curso de una condición de salud. Por ejemplo, cuando una persona recibe un diagnóstico, necesita información práctica para apoyar la

atención así como para reducir su ansiedad. Posteriormente, ese usuario se concentrará en el pronóstico de largo plazo y el autocuidado, que requieren información más específica y detallada.

Para corregir esas deficiencias, se han utilizado varias estrategias. Para grupos con poca alfabetización sanitaria, se han desarrollado cursos e iniciativas con base comunitaria, y la revisión de la información para grupos con necesidades especiales. Las evaluaciones de esas iniciativas han demostrado que logran que los usuarios mejoren su conocimiento y comprensión del tema en cuestión ⁽⁷⁴⁴⁾. El uso de información visual está creciendo. Asimismo, cada vez más se utiliza la Internet como fuente de información, aunque ese medio puede excluir a ciertos grupos, como las personas mayores, individuos con necesidades especiales y grupos sin acceso a medios digitales. No obstante, hay evidencia de que cuando se superan esas barreras, esos grupos se benefician mucho de la información digital ⁽⁷⁴⁵⁾.

La información provista en otros formatos electrónicos, como mensajes de texto en teléfonos móviles, cintas de audio y otras intervenciones en el ámbito de la Web puede aumentar la confianza de los usuarios y su capacidad de participar en las decisiones relacionadas con su salud, y así mejorar los resultados sanitarios, especialmente cuando complementan las prácticas educativas que ofrecen las unidades de salud.

En cualquier caso, la información debe ser oportuna, apropiada, fidedigna, inocua y pertinente. El equipo de salud habitualmente piensa que es importante dar información médica general, como la etiopatogenia de las enfermedades, pero los usuarios están más interesados en conocer las opciones de tratamientos, la probabilidad de éxito o cómo obtener apoyo para su condición de salud.

En el recuadro 8 se describe una experiencia de alfabetización sanitaria realizada en las unidades de APS en el municipio de Curitiba.

Recuadro 8: Programa Alfabetizando con Salud, Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, Brasil

La Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, en asociación con la Secretaría de Educación, llevó a cabo, en el espacio de las unidades de APS, una experiencia interesante en el campo de la alfabetización sanitaria: el Programa Alfabetizando con Salud.

El programa funciona con profesores voluntarios al final de la tarde y en la noche, después del horario normal de atención de las unidades de APS. El método se basa en palabras generadoras relacionadas al tema de salud y está dirigido a la población adulta y a los adultos mayores. El material de aprendizaje fue elaborado especialmente para el programa y los temas de salud se integran a los números, palabras y textos, para llevar al individuo que está siendo alfabetizado hacia la lectura y la escritura.

La facilidad de acceso al lugar de clases, el tiempo que se gana en el traslado y los vínculos que se forman con los profesionales de salud contribuyen a la adhesión al programa. Las clases duran dos horas y, en general, se realizan dos veces por semana. Los grupos se forman con residentes del área de cobertura de las unidades de APS que son usuarios de esas unidades. La edad de los alumnos se concentra entre 48 y 68 años y la mayoría son mujeres. En el período de 2002 a 2010, se alfabetizó a más de 3.000 personas.

Los resultados obtenidos son muy buenos, no solo en cuanto a la salud, sino también con respecto al aumento de la autoestima y la autoconfianza de las personas que pasaron por el programa. En 2008, el programa fue ganador del Premio Internacional de Alfabetización de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

Fuente: Munhoz, Baggio, Sizenando, Scutato ⁽⁷⁴⁶⁾

DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL INDIVIDUO A LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA

El segundo cambio fundamental que requiere la atención de salud para poder aplicar el MACC en la ESF es pasar de la atención centrada en el individuo a la centrada en la familia. Este componente se deriva del atributo de una APS dirigida a la familia, que implica el trabajo clínico con una población vinculada a un equipo de la ESF, inserta en el territorio de cobertura de ese equipo y organizada socialmente en familias. Desde un punto de vista práctico, esas familias deben ser registradas, clasificadas por riesgos y tener encuentros clínicos que utilicen herramientas de abordaje familiar.

Aquí también hay que resaltar las diferencias entre el modelo de la APS tradicional, que ofrece las tres especialidades médicas, y el modelo de la ESF. Al utilizar médicos diferentes para distintos grupos de población (niños, adultos, mujeres) se rompe la unidad familiar y el principio de la familia como unidad de la atención. Además, la formación de especialistas, marcada por el modelo flexneriano, hace difícil la aplicación de instrumentos de abordaje familiar, que son imprescindibles para una ESF de calidad.

La familia constituye un sistema complejo de relaciones, en el que sus miembros comparten un mismo contexto social al que pertenecen. Es el espacio de la diferencia, del aprendizaje, de unirse y separarse, la sede de los primeros intercambios afectivo-emocionales y de la construcción de la identidad; es la matriz en la que nacemos y morimos. También es un sistema social en transformación permanente, determinada por factores internos de su historia y por los ciclos de vida que interactúan con cambios sociales. En la familia se establecen relaciones entre sus miembros, que comparten cultura y creencias; es donde cada uno ejerce funciones distintas y complementarias. La familia se asienta en la idea de la cohesión y de la continuidad ⁽⁷⁴⁷⁾.

En Brasil se ha adoptado un concepto ampliado de familia. El Ministerio de Salud define la familia como *“el conjunto de personas vinculadas por lazos de parentesco, dependencia doméstica o normas de convivencia, que reside en el mismo domicilio. Incluye empleados domésticos que viven en el domicilio, pensionados y agregados”* ⁽⁷⁴⁸⁾.

Las familias tienen algunas características objetivas, como el número de integrantes, sexo, edad, religión, vivienda, nivel económico, profesión, años de escolaridad, tipo de matrimonio, tipo de trabajo, color, raza, etnia y cultura ⁽⁷⁴⁹⁾.

La naturaleza de la familia es variable. La mayoría de las familias que se atienden en la ESF serán grupos de parentesco convencionales, pero también casi siempre habrá otros tipos de familias ⁽⁶⁸⁹⁾, según su estructura y dinámica global, relación conyugal y relación parental. Por ejemplo, en cuanto a la estructura y la dinámica global, hay diferentes tipos de familias: la díada nuclear; la familia embarazada, la nuclear o sencilla, la extensa, la de prole extensa o numerosa, la reconstruida, combinada o recombinada, la homosexual, la monoparental y la persona que vive sola. Además están las familias de cohabitación, comunitaria, hospedera, adoptiva, fluctuante, múltiple y otras ⁽⁷⁵⁰⁾.

La estructura familiar es la respuesta a la pregunta: ¿Qué es la familia? Es un conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos de interacción de sus miembros, la relación con el número de personas que la compone, su tipo, los subsistemas existentes, las funciones desempeñadas por los miembros, los límites internos y externos, las alineaciones y el manejo del poder. Las dimensiones centrales de la estructura familiar son: las normas que dictan cómo, cuándo y con quién se relacionan sus miembros y definen las relaciones implícitas o explícitas entre ellos; los papeles, que definen las tareas que cada miembro desempeña en la familia; los límites, que definen quiénes y de qué modo participan en las interacciones; las coaliciones y las alianzas, que son distintos pactos entre sus miembros para realizar las diferentes tareas, y el poder y la autoridad, que se organizan jerárquicamente y

definen la contribución de cada miembro a los resultados de las actividades familiares. Por otro lado, la dinámica familiar responde a la pregunta ¿cómo funciona la familia? La dinámica se refiere a los procesos relacionales que ocurren dentro de la familia y en su contexto. El proceso central es la comunicación, junto con los procesos evolutivos individuales y familiares, las pautas de vinculación afectiva, los mecanismos de adaptación y de solución de problemas ⁽⁷⁵¹⁾.

La atención centrada en la familia considera al individuo y la familia como un sistema y, por consiguiente, aplica una clínica específica en tres dimensiones: la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud; la familia como parte de los recursos de que disponen los individuos para mantenerse sanos o para recuperar su salud, y la familia como unidad de cuidado y ente distinto de cada uno de sus individuos. Por lo tanto, al abordar un problema de salud, hay que generar intervenciones sistémicas y considerar su impacto teniendo en cuenta que: la familia es la principal fuente de creencias y pautas de conducta relacionadas con la salud, entre ellas, comportamientos y estilos de vida; las tensiones que sufre la familia en las etapas de transición de su ciclo de vida pueden manifestarse en síntomas; los síntomas somáticos pueden manifestarse como una función adaptativa en el seno de la familia y ser mantenidos por los modelos de conducta familiar; las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo al tratamiento adecuado de las enfermedades y problemas de salud; hay otros elementos como la carga genética, el contacto con enfermedades infecciosas debido a la cercanía física, etc. ⁽⁷⁵¹⁾

La familia tiene seis efectos principales en la salud de sus miembros: influencia genética; función crucial para el desarrollo infantil; algunas familias son más vulnerables a problemas de salud que otras; las enfermedades infecciosas se propagan dentro de las familias; los factores familiares afectan la morbimortalidad de los adultos, y la familia es importante para recuperarse de la enfermedad ⁽⁶⁸⁹⁾.

El trabajo de salud familiar se beneficia de algunos conceptos importantes de la teoría de sistemas aplicada a la salud de la familia, el abordaje de interacción de la comunicación, las teorías del ciclo vital, de las crisis y de los factores de riesgos y protectores ⁽⁷⁵¹⁾.

Los preceptos de la atención centrada en la familia son: estar atento a las familias vulnerables y darles apoyo integral; proporcionar información de calidad durante las enfermedades graves; estar al lado de la persona en momentos de crisis; tomar la iniciativa cuando la persona necesite atención; prestar atención a los miembros vulnerables de la familia, es decir, los enfermos ocultos; prestar atención a las personas que son chivos expiatorios de la familia o que son un síntoma de un problema familiar; evitar tomar partido en un conflicto familiar, y reunirse con la familia en

momentos críticos ⁽⁶⁸⁹⁾. También hay preceptos acerca de lo que no hay que hacer al dar atención familiar: no ignorarlas, no menospreciar el valor de los vínculos, no juzgarlas ni evaluarlas en función de los valores propios, no estigmatizarlas, no imponerles decisiones, no dejar de escucharlas ni de acogerlas ni de acompañarlas, y no abandonarlas ⁽⁷⁵¹⁾.

El trabajo con familias abarca cinco niveles de intervención: nivel 1, énfasis mínimo en la familia; nivel 2, información y recomendación médica continua; nivel 3, emociones y apoyo; nivel 4, evaluación sistemática e intervención planificada, y nivel 5, terapia familiar. El trabajo de la ESF generalmente está en los niveles 2 a 4 ⁽⁷⁵²⁾.

Entre los fundamentos del trabajo familiar en la ESF están el proceso de territorialización, el registro de las familias, la clasificación de riesgos familiares y los instrumentos de abordaje familiar.

TERRITORIALIZACIÓN

El proceso de territorialización se refiere a la construcción de territorios-procesos con base en criterios geográficos, políticos, económicos, sociales y culturales, con una visión dinámica, que responde a cambios constantes en el territorio. Son territorios de vida que se reconstruyen todo el tiempo, en sus diferentes dimensiones ⁽⁷⁵³⁾.

En el fondo, la territorialización en la ESF consiste en establecer los territorios sanitarios fundamentales de los Planes Directores de Regionalización (PDR), que, en general, no se toman en cuenta en los PDR tradicionales: el territorio o área de cobertura es el espacio de responsabilidad de un equipo de la ESF y el territorio microárea, el de responsabilidad de un agente comunitario de salud. En el modelo tradicional de atención primaria, el territorio de cobertura se construye a partir de todas las personas que viven en el área de responsabilidad de una unidad de APS. El número de territorios de cobertura en la ESF depende del número de equipos de salud, porque la responsabilidad por las familias adscritas se imputa a cada equipo.

Es fundamental que se discuta la conformación de los PDR en el SUS, ya que generalmente se limita a la definición de territorios de asistencia en los niveles secundario y terciario (mediana y alta complejidad). Esa es una visión limitada de territorios sanitarios, porque excluye aquellos en los que vive y se vincula a la ESF la población organizada en familias.

El proceso de territorialización conlleva un censo del perfil territorial-ambiental (geografía y ambiente, mapeo del territorio de la unidad de la ESF, vías de acceso y características de los domicilios), demográfico, socioeconómico e institucional ⁽⁷⁵⁴⁾.

REGISTRO FAMILIAR

El registro familiar tiene por objeto conocer a las familias adscritas a los equipos de la ESF, por lo tanto, es una base importante de la construcción de relaciones de vínculo entre la población y los profesionales de salud de la familia.

El registro familiar es un instrumento fundamental de la ESF, porque a partir de él se define la población que, organizada socialmente en familias, se vinculará a cada equipo de salud de la familia. Como se vio anteriormente, la población de una RAS no es la del Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas, porque corresponde a las personas que efectivamente viven en el territorio de responsabilidad de cada equipo de la ESF. Por consiguiente, solo con un buen registro familiar se podrá romper con uno de los problemas centrales del SUS, la gestión de la oferta, e instituirse verdaderamente la gestión de base poblacional.

En ese aspecto también se ve una diferencia fundamental entre el modelo tradicional de APS centrado en la tríada de médicos especialistas y con el modelo de la ESF, quienes formados en el paradigma flexneriano, incluido el individualismo, tienden a trabajar con individuos: individuo-niño, individuo-mujer e individuo-adulto. Por el contrario, en el equipo de la ESF y dentro de ella, los médicos de familia y comunidad se forman para trabajar con poblaciones adscritas.

El registro familiar puede hacerse en las fases preparatoria, de ejecución y de utilización. En la fase preparatoria, se realizan encuentros preliminares del equipo de la ESF y se discuten la metodología, la responsabilidad de los agentes comunitarios de salud en sus microáreas y el liderazgo comunitario del proceso; también se elabora un formulario de registro familiar que contenga datos de la Ficha del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) ampliado con información complementaria.

En la fase de ejecución, los agentes comunitarios de salud aplican los formularios en visitas domiciliarias, se priorizan las familias de mayor riesgo sociosanitario, se registran las respuestas específicas en los formularios, se ayuda a la familia en el llenado de los formularios y se aprovecha la oportunidad de asesorarla sobre algunos problemas registrados, como el acondicionamiento de la basura, higiene del ambiente, cuidado de las personas en riesgo, almacenamiento de medicamentos y otros. ⁽⁷⁵⁴⁾

Durante la fase de utilización del registro se ingresan los datos en el SIAB o en el sistema gerencial de la Secretaría Municipal de Salud, se reúnen los equipos de la ESF para discutir los resultados y se utiliza el registro para clasificar a las familias por riesgos sociosanitarios; el registro se actualiza anualmente. Una cuestión central que no siempre se toma en cuenta es el carácter dinámico del registro familiar. Es

necesario que ese proceso sea continuo, dados los cambios también dinámicos de los territorios y las familias.

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS FAMILIARES

La clasificación de riesgos familiares se deriva de la teoría de los factores de riesgo y los factores protectores, por lo tanto, en el trabajo de salud de la familia se debe conocer a la población de responsabilidad y determinar los factores de riesgos y protección que las afectan ⁽⁷⁵¹⁾.

Los factores de riesgos corresponden a condiciones o aspectos biológicos, psicológicos o sociales asociados estadísticamente a una probabilidad mayor de mortalidad o morbilidad en el futuro. Los factores protectores son las influencias que modifican, alteran o mejoran la respuesta de las personas a peligros que predisponen a resultados no adaptativos.

Los factores protectores se manifiestan mediante tres mecanismos básicos. El compensatorio, en el que las condiciones estresantes y las características individuales se combinan para predecir una consecuencia, de tal forma que el estrés grave puede contrarrestarse con cualidades personales o por apoyo social; el modelo del desafío, en que el estrés, cuando no es excesivo, se considera un estímulo potencial de la competencia, y el de la inmunidad, en el que se establece una relación condicional entre factores estresantes y protectores.

Por otro lado, las familias ejercen estilos de vida y tienen formas de relacionarse que pueden ser sanos (factores protectores) o patogénicos (factores de riesgos). Las conductas de riesgo pueden ser acciones activas o pasivas y acarrear consecuencias negativas para la salud o comprometer aspectos de su desarrollo.

En el diagnóstico de la población vinculada a la ESF es importante identificar los grupos en los que predominan los factores de riesgos y que tienen pocos factores protectores. Esos factores no tienen un valor en sí cuando se analizan por separado; sin embargo, la relación entre los diferentes factores es lo que determina cómo las personas y las familias reaccionarán ante una situación determinada. Por lo tanto, es importante conocer el conjunto de factores que pueden manifestarse en una situación de riesgo y cómo interactúan entre sí. En el cuadro 5 se muestran los factores de riesgo y protectores individuales y familiares.

Cuadro 5: Factores de riesgos y protectores comunes en las personas y en las familias

FACTORES	RIESGOS	PROTECTORES
INDIVIDUALES	Desnutrición, embarazo temprano, adicción, depresión, desempleo, baja autoestima, actividad sexual precoz y tendencias a evitar los problemas y fatalismo	Autoestima, autoeficacia, empatía, capacidad intelectual, capacidad de planificación y de resolución de problemas
FAMILIARES	Familia monoparental, separación de los padres, abuso sexual, embarazo prematuro, negligencia de los padres, ingresos bajos, hijos con discapacidad, enfermedad terminal, ausencia de planificación familiar	Ambiente cálido, cohesión familiar, estructura sin disfuncionalidad importante, adaptabilidad y flexibilidad, relación estable con padre o madre y padres motivadores
SOCIALES	Ausencia de apoyo social o de modelos sociales positivos y de redes institucionales	Apoyo social, redes institucionales, clima educacional o laboral positivo y modelos sociales

Fuente: Ministerio de la Salud de Chile ⁽⁷⁵¹⁾

Para que el trabajo de la ESF sea eficaz y equitativo, es fundamental que, con base en el registro familiar y en el diagnóstico de los factores de riesgo y protectores, se elabore una clasificación de riesgos familiares. El propósito de tal clasificación es identificar los factores de riesgo presentes en las familias y clasificar esas familias en las siguientes categorías: sin riesgo, riesgo bajo, riesgo mediano y riesgo alto. Los criterios de riesgo se expresan en las prioridades de atención de las familias, para poder discriminar positivamente a las que más lo necesitan.

El trabajo de la ESF debe tomar en cuenta la clasificación de riesgos de las familias adscritas a los equipos del programa. El trabajo con familias en situaciones de riesgo tiene un recorrido dinámico, en transformación continua, constituido por intentos, errores y aprendizajes, en el cual los objetivos cambian durante el curso, porque son modificados por los sujetos en seguimiento ⁽⁷⁵⁵⁾.

La Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais elaboró un instrumento para clasificar los riesgos familiares con los siguientes criterios: factores socioeconómicos (alfabetización del jefe de familia, ingreso familiar y abastecimiento de agua); presencia de condiciones o patologías crónicas prioritarias (niños con situaciones de riesgo clínico, adolescentes de alto riesgo, adultos con riesgo cardiovascular alto o muy alto, adultos con riesgo de diabetes, alto riesgo de tuberculosis y lepra, riesgo grave de trastornos mentales, embarazadas de alto riesgo, adultos mayores frágiles y otras condiciones de salud definidas como prioritarias por el equipo de salud). El puntaje del grado de riesgo familiar cruza los criterios socioeconómicos con criterios

clínicos y es: 0, sin riesgo; 1, bajo riesgo; 2 y 3, mediano riesgo, y 4 o más, alto riesgo ⁽⁷⁵⁴⁾. La clasificación de riesgo de las familias debe analizarse frente a los riesgos biopsicológicos y la capacidad de autocuidado, para definir la programación final de las intervenciones relativas a cada usuario.

INSTRUMENTOS DEL ABORDAJE FAMILIAR

La adopción de la ESF implica necesariamente la introducción de instrumentos de abordaje familiar en el trabajo corriente de la clínica de atención primaria. Tales instrumentos, conocidos también como instrumentos de la salud de la familia, son tecnologías provenientes de la sociología y la psicología, que buscan estrechar la relación entre los profesionales y las familias y promover la comprensión en profundidad del funcionamiento del individuo y de sus relaciones con la familia y la comunidad.

Los instrumentos de abordaje familiar más utilizados son el genograma, el ciclo de vida de la familia, la Orientación Fundamental sobre las Relaciones Interpersonales (FIRO por su sigla del inglés, Fundamental Interpersonal Relationship Orientation) PRACTICE (acróstico mnemónico del inglés *Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology* o, en español, problema, funciones y estructuras, afecto, comunicación, momento de la vida, enfermedad en la familia, manejo del estrés y ambiente o ecología), el APGAR Familiar (acróstico menmónico del inglés *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve* o, en español, adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad de resolución) y los mapas de redes ^(751, 756).

GENOGRAMA





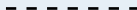








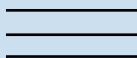



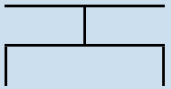

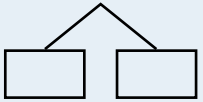
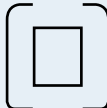

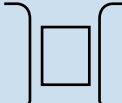
El genograma o árbol de familia se desarrolló con base en el heredograma, e ilustra gráficamente la estructura y la repetición de las relaciones familiares. Sus objetivos básicos son: identificar la estructura familiar y su modelo de relaciones, mostrar las enfermedades que suelen presentarse y la repetición de los modelos de relación y conflictos que desembocan en un proceso de enfermedad ⁽⁷⁵⁷⁾. Puede usarse como instrumento educativo para que individuos y familias puedan comprender la repetición de los procesos.

El genograma es una método de recolección, almacenamiento y procesamiento de información y se construye con símbolos gráficos y otros datos, como la fecha de nacimiento, los eventos significativos, nombres y condiciones de salud. En la representación simbólica, las figuras geométricas corresponden a las personas y las líneas que las conectan, a sus relaciones. La persona que ocupa lugar central en el genograma es, en general, la que generó el uso del instrumento ⁽⁷⁵⁷⁾. El genograma

debe captar información sobre estilos de vida, condiciones de salud, uso de medicamentos, datos culturales y económicos que influyen en la dinámica familiar, relaciones interpersonales, conflictos familiares y problemas de comunicación.

No es necesario elaborar genogramas como parte de la atención corriente de todos los usuarios, porque son más eficaces cuando se utilizan selectivamente. El genograma debe incluir tres generaciones, además de: los nombres y la edad o año de nacimiento de todos los miembros de la familia; todas las defunciones con la edad o la fecha de muerte y la causa; las enfermedades de los miembros de la familia; los miembros de la familia que viven en la misma casa; las fechas de matrimonios y divorcios; una lista de los primeros nacimientos de cada familia a la izquierda, seguidos de los hermanos en orden de nacimiento a la derecha; un código que explique todos los símbolos utilizados. Los símbolos deben seleccionarse por su sencillez y visibilidad máxima ⁽⁷⁵⁸⁾ (Figura 17).

Figura 17: Símbolos del genograma

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO	 	RELACIÓN SNGUÍNEA	
HOMBRE		RELACIÓN NO SAGUÍNEA	
MUJER		RELACIÓN DISTANTE	
AMBARAZO	 	RELACIÓN PRÓXIMA	
ABORTO	  	RELACIÓN ESTRECHA	
ÓBITO	 	SEPARACIÓN	
PAREJA CON HIJOS		RELACIÓN CONFLICTO	
GEMELOS		ADOPCIÓN PARA DENTRO DE LA FAMILIA	
GEMELOS IDÉNTICOS		ADOPCIÓN PARA AFUERA DE LA FAMILIA	

Fuente: Escuela de Salud Pública de Minas Gerais (754)

CICLO DE VIDA DE LAS FAMILIAS

Otro instrumento de abordaje familiar es el ciclo de vida de las familias. La familia, en su desarrollo, pasa por ciclos de vida que constituyen períodos previsibles que pueden ser de estabilidad y transición, de equilibrio y adaptación y, por momentos, de desequilibrio, que impulsan etapas nuevas y más complejas, que a su vez generan nuevas funciones y capacidades. Ese movimiento por ciclos reestructura las relaciones continuas sin buscar un nuevo orden familiar. Los ciclos son de matrimonio, nacimiento de los hijos, años escolares y adolescencia, graduación e inicio del trabajo o continuación de los estudios, hijos que se van de la casa, involución, jubilación y viudez.

Cuando los profesionales de la ESF entienden esas transiciones, pueden ayudar a la familia a prever y prepararse para esos períodos y simultáneamente ampliar su propia comprensión del contexto en que se experimentan las condiciones de salud ⁽⁶⁸⁹⁾. Cada ciclo se caracteriza por demandas y necesidades peculiares ⁽⁷⁴⁷⁾.

El ciclo de vida divide la historia de las familias en etapas de desarrollo caracterizadas por funciones y tareas específicas. Como las personas, las familias evolucionan por ciclos que se influyen mutuamente en la vida cotidiana. El entendimiento de esos ciclos y de los modos como interfieren en la salud deja prever cuándo y cómo las condiciones de salud pueden aparecer, lo cual a la vez permite obtener una mejor comprensión de los síntomas de esas condiciones.

Duvall desarrolló un esquema de ocho etapas para el ciclo de vida de las familias y la duración, en años, que se espera que dure cada fase ⁽⁷⁵⁹⁾.

El instrumento del ciclo de vida de las familias identifica, para cada una de sus fases evolutivas, las tareas que cumplen sus miembros y los temas aptos para la promoción de la salud familiar (Cuadro 6).

Cuadro 6: Ciclo de vida de la familia y tareas y temas de prevención de cada fase

ETAPA DEL CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA	TAREAS QUE CUMPLIR	TEMAS DE PREVENCIÓN
Inicio de la vida de pareja	<p>Establecer una relación mutuamente satisfactoria.</p> <p>Aumentar la autonomía en relación a la familia de origen y desarrollar nuevas relaciones familiares.</p> <p>Tomar decisiones sobre hijos, educación y embarazo.</p> <p>Desarrollar nuevas amistades.</p>	<p>Discutir la importancia de la comunicación.</p> <p>Proveer información sobre planificación familiar.</p>
Familias con hijos pequeños	<p>Ajustarse al desarrollo del niño y motivarlo.</p> <p>Establecer una vida satisfactoria para todos los miembros de la familia.</p> <p>Reorganizar la unidad familiar de dos a tres o más miembros.</p>	<p>Proveer información.</p> <p>Involucrar al padre en el embarazo y el parto.</p> <p>Discutir el desarrollo infantil, el papel de los padres y las relaciones entre padres e hijos.</p> <p>Estimular un tiempo para la pareja.</p> <p>Discutir la rivalidad entre hermanos.</p> <p>Discutir el sentimiento de distanciamiento de los padres frente al nacimiento de los hijos.</p>
Familias con niños pre-escolares	<p>Proveer espacio adecuado para la familia que crece.</p> <p>Afrontar los costos financieros de la vida familiar.</p> <p>Asumir el papel maduro apropiado de la familia que crece.</p> <p>Mantener una satisfacción mutua en el papel de aliados, padres y comunidades.</p>	<p>Encontrar un tiempo para la pareja.</p> <p>Estimular el diálogo sobre la educación de los hijos.</p> <p>Proveer información sobre el desarrollo de los niños.</p>
Familias con niños en edad escolar	<p>Facilitar la transición de la casa a la escuela.</p> <p>Hacer frente a las demandas crecientes de tiempo y dinero.</p> <p>Mantener una relación de pareja.</p>	<p>Proveer información sobre el desarrollo de los niños en edad escolar.</p> <p>Monitorear el desempeño escolar y reforzar posiciones realistas sobre las expectativas de desempeño.</p> <p>Sugerir estrategias de manejo de tiempo.</p> <p>Motivar la discusión de sexualidad con los niños.</p>

ETAPA DEL CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA	TAREAS QUE CUMPLIR	TEMAS DE PREVENCIÓN
Familias con adolescentes	Equilibrar libertad con responsabilidad a medida que los adolescentes se van individualizando. Establecer fundamentos para actividades de los padres después de la salida de los hijos del hogar.	Establecer relaciones con los adolescentes que reflejen aumento de la autonomía. Proveer información a los padres sobre el desarrollo de los adolescentes. Conversar con los adolescentes sobre relaciones sexuales y drogas. Discutir con los adolescentes el establecimiento de relaciones a lo largo de la vida.
Parejas de mediana edad	Proveer comodidad, salud y bienestar como pareja. Planificar el futuro financiero. Crecimiento y significado del individuo y de la pareja. Ser abuelos.	Motivar a la pareja a hacer planes de jubilación. Actividades de recreación, finanzas y vivienda. Independencia de los hijos. Elección vocacional. Tolerancia a la partida de los hijos. Explorar el papel de los abuelos. Discutir la sexualidad y los procesos asociados al envejecimiento.
Familias que envejecen	Temas de vivienda y finanzas. Integridad del ego. Salud. Pasar más tiempo juntos. Afrontar la vida solos.	Discutir temas de salud y de planificación de largo plazo. Cuidar la salud mental. Motivar intereses individuales y compartidos. Preparación para vivir con la pérdida del compañero o compañera.

Fuente: Escuela de Salud Pública de Minas Gerais ⁽⁷⁵⁴⁾

Durante el tránsito por el ciclo vital, la familia oscila entre períodos de estabilidad y de cambios, denominados crisis familiares, que generan momentos de estrés, porque la familia requiere una adaptación de su estructura y dinámica. Cuando esas crisis son parte del ciclo vital de los individuos o las familias y permiten pasar a una nueva etapa de vida se denominan crisis normativas y es posible anticiparlas. Cuando esas crisis son imprevisibles o inesperadas en esa etapa del ciclo de vida se denominan crisis no normativas ⁽⁷⁵¹⁾.

ORIENTACIÓN FUNDAMENTAL SOBRE LAS RELACIONES INTERPERSONALES - FIRO

FIRO es una teoría de relaciones interpersonales desarrollada por Schutz, en 1958, que busca explicar esas relaciones en pequeños grupos ⁽⁷⁶⁰⁾. Se sustenta en un instrumento denominado FIRO-B, que contiene seis escalas con preguntas sobre

nueve ítems. El instrumento se elaboró para medir o monitorear cómo se sienten los miembros del grupo con respecto a su inclusión, control e intimidad y para permitir darles retroalimentación.

Un postulado de FIRO es la necesidad interpersonal, que solo se puede llenar mediante una relación satisfactoria con otra persona. Esa teoría plantea que las personas, colocadas en pequeños grupos, tienen tres necesidades de relaciones interpersonales: la inclusión, el control y la intimidad ⁽⁷⁶²⁾.

La inclusión es la necesidad de mantener una relación satisfactoria con respecto a la interacción y la asociación, que incluye una relación cómoda con las demás personas, la habilidad de interesarse por los demás y de sentirse significativo e importante. La necesidad de inclusión se manifiesta en el esfuerzo que hace una persona para atraer atención e interés y crear una identidad propia y singular.

El control es la necesidad de establecer y mantener relaciones personales satisfactorias con respecto a la influencia y el poder. Incluye un equilibrio entre controlar y ser controlado por los demás, así como la habilidad de respetar y ser respetado. Desde el punto de vista personal, la necesidad de control es el sentimiento de competencia y responsabilidad.

La intimidad es la necesidad de establecer y mantener relaciones afectivas y amorosas con los demás. Expresa la necesidad de amar y ser amado y de sentirse capaz de ser amado. Solo puede manifestarse en una relación dual, es decir, de pares de personas.

En síntesis, la necesidad de inclusión está asociada principal, pero no exclusivamente, con la formación de relaciones, mientras las necesidades de control e intimidad son parte de relaciones ya existentes.

FIRO también postula el desarrollo del grupo. Por ese postulado, una relación interpersonal entre dos o más personas siempre sigue la misma secuencia: de la inclusión al control y a la intimidad. Sin embargo, las tres fases no constituyen etapas aisladas, sino coexisten con una predominancia relativa de una de ellas en todo momento.

El método se desarrolló inicialmente para grupos ad hoc, entre los que no se incluía la familia. Posteriormente, fue adaptado para el trabajo con las familias, en general, y con la salud familiar, en particular. Una modificación a propósito de la adaptación a la salud de las familias fue cambiar el término afecto por intimidad ⁽⁷⁶⁰⁾. La metodología se aplica a las unidades familiares en las siguientes situaciones: cuando las interacciones pueden clasificarse como dimensiones de la inclusión, el

control y la intimidad, es decir, la familia puede estudiarse según sus relaciones de poder, comunicación y afecto; cuando la familia sufre modificaciones importantes pasa por ritos de cambio, como los descritos en el ciclo de vida y se hace necesario crear nuevos modelos de inclusión, control o intimidad; cuando esas tres fases constituyen una secuencia del manejo de cambios en la familia, y cuando las tres tienen una secuencia lógica de prioridades para el tratamiento.

Las necesidades interpersonales de inclusión, control e intimidad presentan características especiales en las unidades familiares ^(757, 761). La necesidad de inclusión en la familia se refiere a la medida en que sus miembros son parte o no de la unidad familiar y de sus subsistemas. ¿Quién está incluido o excluido? ¿Cuál es el equilibrio entre pertenencia e identidad individual? ¿Cómo se trata en la familia un problema de adicción o la pérdida de uno de sus miembros? La inclusión se refiere a la interacción que se da en la familia en relación con su vinculación y organización, y muestra quienes están dentro y fuera del contexto familiar. Tiene tres subcategorías: la estructura, que profundiza los conocimientos de la organización familiar y de las funciones de los individuos en la familia y en las generaciones; la unión, que percibe la conectividad en la interacción entre los familiares que buscan entender cuestiones como el compromiso, la educación y la pertenencia, y las formas de intercambio, que muestran la identidad grupal, los valores y los rituales familiares.

Las necesidades de control en la familia están vinculadas a temas como la responsabilidad, la disciplina, el poder, los mecanismos de decisión y las formas de negociación. Muchas veces el control se vincula a cuestiones financieras y a sistemas de privilegios. Esas interacciones pueden variar de positivas a negativas en la dimensión afectiva, y de autocrática a democrática y anárquica, en la dimensión política. El control de las interacciones del ejercicio del poder dentro de las familias abarca situaciones como: el control dominante, cuando uno ejerce influencia sobre todos los demás, es decir, el control unilateral; el control reactivo, cuando se dan reacciones contrarias, por ejemplo, a una influencia que se quiere hacer dominante, y control colaborativo, cuando hay una división de las influencias entre los familiares.

Las necesidades de intimidad en la familia son parte de un continuo donde, en un extremo, cada miembro desempeña su papel formal, y en el otro, las relaciones entre miembros están definidas por la confianza y el afecto, que superan la relación formal. La intimidad se manifiesta en relaciones de intercambio de sentimientos, pensamientos y deseos; se refiere a las interacciones familiares de intercambio de sentimientos entre los miembros del grupo, al desarrollo de actitudes de acercamiento o distanciamiento entre los familiares y a la exposición de vulnerabilidades y fortalezas.

Un elemento fundamental de FIRO en la salud familiar es la secuencia en que ocurren los cambios o transformaciones. La inclusión se afecta antes que el control y la intimidad, lo cual es importante en el manejo de los problemas clínicos. Una persona que no está segura de su papel en la familia o de su participación en las decisiones familiares no tiene la capacidad de compartir sus sentimientos en relación con esas situaciones ⁽⁷⁶²⁾.

El recuadro 9 muestra un protocolo de intervenciones desarrollado con base en el método FIRO.

Recuadro 9: Protocolo de intervenciones con base en el método de Orientación Fundamental sobre las Relaciones Interpersonales o FIRO

ELEMENTOS DE INCLUSIÓN (DENTRO O FUERA)

Desde que usted supo de la gravedad de la enfermedad:

¿Siente que su papel en la familia ha cambiado?

¿Su papel actual le causa algún trastorno?

¿Cómo se siente en relación a la forma como los otros miembros de la familia están desempeñando su papel?

ELEMENTOS DE CONTROL (TOPE O BASE)

Desde que usted supo de la gravedad de la enfermedad:

1. ¿Siente que su participación en el proceso decisorio familiar es suficiente?

2. ¿Siente que la familia está manejando bien el proceso decisorio? ¿Existen conflictos?

3. ¿Siente que usted y su familia están en control de la situación?

ELEMENTOS DE INTIMIDAD (CERCANÍA O DISTANCIA)

Desde que usted supo de la gravedad de la enfermedad:

1. ¿Siente deseos de compartir sus sentimientos con los demás miembros de la familia?

2. ¿Siente resistencia a compartir ciertas emociones con los demás miembros de la familia?

3. ¿Está satisfecho con su relación conyugal? ¿Con sus padres? ¿Con sus hermanos?

Fuente: Librach, Talbot ⁽⁷⁶²⁾

Ese protocolo es muy útil en casos de condiciones agudas, hospitalizaciones o el seguimiento de condiciones crónicas, que pueden requerir negociaciones entre los miembros familiares sobre modificación de sus funciones ⁽⁷⁵⁷⁾.

La muerte de una persona requiere un conjunto de actitudes relacionadas con la familia de parte del equipo de salud familiar, que puede apoyarse en el FIRO. Específicamente, el equipo de la ESF deberá llevar a cabo un conjunto de acciones que involucran: conocimiento del sistema familiar; acercamiento y reunión con la familia; refinamiento de la capacidad de escuchar; ayuda a las familias para manejar los temas de la inclusión, el control y la intimidad; monitoreo regular de la familia; preparación para afrontar la crisis; acompañamiento de la familia en el período de luto y ayuda a la familia para identificar recursos útiles durante ese período, y preparación para que en ciertas circunstancias se sienta incapaz de ayudar a la familia ⁽⁷⁶²⁾.

PRACTICE

PRACTICE es un instrumento desarrollado por la Universidad McGill, en Toronto, Canadá. Funciona mediante entrevistas de evaluación familiares, con base en la observación de que las intervenciones son más adecuadas cuando son específicas. El modelo se propuso para ser aplicado en situaciones relativamente complejas. Su objetivo es resolver los problemas y permite un acercamiento a varias coyunturas en las que se encuentran los problemas familiares. Cuenta con una estructura básica para organizar los datos recogidos de la familia, sin llevar a un diagnóstico, y puede utilizarse para asuntos de orden médico, del comportamiento o de las relaciones (757, 763).

Mucha de la información que se requiere para utilizar el instrumento se puede obtener en una reunión familiar en la cual se discuta la percepción del problema. El instrumento debe llenarse con economía de palabras, ya que de una a tres líneas son suficientes para registrar cada una de los ocho temas del modelo. No todos los temas se tratarán en una única intervención (763).

PRACTICE se utiliza en la clínica para organizar y sistematizar la atención a la familia. Para utilizar el instrumento es necesario anotar, de forma secuencial, cada uno de sus ocho momentos (747, 751, 757, 763).

P: (Problem) Problema actual

Aquí se registra sucintamente la situación actual; abarca el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, los síntomas físicos, los problemas que generaron en la familia y los temores. Con eso se ayuda al equipo de la ESF a entender el significado del problema y se da sentido al motivo de la queja, según la autopercepción y la búsqueda de la atención; sirve para comprender cómo la familia ve y afronta el problema.

Hay cierta información que no puede obtenerse de forma muy rápida, pero enunciar el problema y sentir la reacción de la familia es parte importante de la entrevista. El equipo debe evitar proteger o exponer a una "víctima" de la familia, por lo tanto, es necesario ser cuidadoso y no tomar partido.

En esta etapa, ciertas preguntas que pueden ser útiles: ¿Cuál es el problema? ¿Se trata de una enfermedad física? ¿Es un problema afectivo? ¿El problema afectó a toda la familia o solo a uno de sus miembros? ¿Probó ya la familia alguna solución?

R: (Roles and structures) Funciones y estructuras

Esta fase consta de un análisis de las funciones que desempeña cada miembro de la familia y cómo el problema afectó o podrá afectar la estructura familiar. Aquí se exploran más profundamente los aspectos de la identificación y el desempeño de las funciones de cada miembro de la familia y se analiza su evolución frente a diferentes situaciones.

Las preguntas útiles en esta fase son: ¿Quién tiene el poder? ¿Cuál es la función de cada miembro de la familia ante el problema? ¿Hubo cambios tras la aparición del problema? Los padres, ¿son permisivos, autoritarios o negociadores? La familia, ¿es unida o desunida?

A: (Affect) Afecto

En este momento se identifican los afectos presentes y esperados desencadenados por el problema en la familia. Se determina la forma en que se manifiesta el afecto entre los familiares y cómo esas relaciones afectivas pueden interferir, de forma positiva o negativa, en el problema. En esta fase se facilita la observación de las emociones reprimidas.

Algunas preguntas útiles en esta fase son: ¿El afecto es real o socialmente aceptable? ¿Hubo expresión de afecto durante el abordaje?

C: (Communication) Comunicación

En esta etapa se pueden determinar las formas de comunicación de la familia y la forma en que se manifiestan en relación al problema. Es importante estar atento a las formas de comunicación verbal y de otro tipo. La manera más positiva de comunicación es clara y directa, por lo tanto, debe estimularse ese tipo de comunicación. No es deseable que un miembro de la familia hable por otro.

T: (Time in life) Etapa del ciclo de vida de la familia

Esta fase permite establecer la relación entre el problema y la etapa del ciclo de vida de la familia. Aquí se busca relacionar el problema con las tareas correspondientes al ciclo de vida de la familia y desempeñadas por sus miembros, con el fin de identificar dificultades. En esta etapa es posible encontrar las causas de la enfermedad o respuestas para ellas.

I: (Illness in family) Enfermedades en la familia, anteriores y actuales

En esta etapa se busca conocer experiencias anteriores con enfermedades semejantes a la actual u otras. Se determina cuál ha sido la morbilidad familiar y se valoran las actitudes y los cuidados ante las situaciones vividas, con una perspectiva de longitudinalidad y contando con el apoyo familiar.

Algunas preguntas que pueden ser útiles en esta fase: ¿Cuál es la función de la familia? ¿Cuál es el significado de la familia? ¿Existen otros casos? ¿Cómo se le presenta el malestar y qué se espera en relación con la enfermedad? La enfermedad, ¿sigue un patrón genético?

C: (Coping with stress) Manejo del estrés

Esta es la fase en que se analizan las crisis familiares anteriores para ver los recursos internos utilizados, la flexibilidad y la cohesión familiar. El equipo de la ESF debe identificar las fortalezas familiares, las opciones que tienen para hacer frente al problema e intervenir si la crisis está fuera de control.

Algunas preguntas que pueden ayudar en esta fase son: ¿Cómo manejó la familia las crisis anteriores de enfermedad y muerte? ¿Cómo maneja la familia la crisis actual? ¿Con qué fortalezas y recursos cuenta la familia? ¿Cómo la familia moviliza recursos internos y externos para manejar el problema?

E: (Environment or ecology) Medio ambiente o ecología

En este momento se trata de identificar la red social de apoyo de la familia y las preguntas que pueden servir para ello son: ¿Con qué y con quién puede contar la familia? ¿Qué recursos tiene la familia para afrontar el problema? ¿Cuáles son las relaciones externas que pueden compensar la fragilidad interna?

APGAR FAMILIAR

Este instrumento, desarrollado por Smilkstein en 1978 ^(764, 765). Se utiliza para reflejar la satisfacción de cada miembro de la familia.

El APGAR familiar consiste en un cuestionario autoadministrado de cinco preguntas cerradas que debe reflejar la satisfacción de cada miembro de la familia. Permite observar la percepción de una persona sobre el estado funcional de su familia; da una mirada rápida y panorámica a los componentes de la función familiar; sirve para diferentes tipos de familias, es fácil de aplicar e interpretar y, en general, toma poco

tiempo, menos de cinco minutos. El instrumento tiene un número reducido de ítems, la condición cultural del entrevistado no influye en los resultados y puede aplicarse a partir de los 10 años de edad. Se ha observado que su aplicación muestra correlación entre los puntajes bajos y la presencia de problemas de relación en la familia ^(751, 764).

Ese instrumento no mide la funcionalidad familiar, solo el grado de satisfacción del entrevistado con respecto al funcionamiento de la familia. Para evaluar el estado funcional de la familia es necesario comparar los diferentes índices de cada miembro del grupo familiar.

El APGAR familiar evalúa cinco áreas de funcionamiento de la familia, descritas a continuación.

A: (Adaptation) Adaptación

La capacidad de utilizar recursos de la familia y externos a ella para solucionar problemas o situaciones de crisis.

P: (Partnership) Participación

Se refiere a la capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar posibles soluciones y la cooperación en las responsabilidades familiares y la toma de decisiones.

G: (Growth) Crecimiento

Es la capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo de vida de la familia, permitiendo al mismo tiempo la individualización y la separación de sus miembros.

A: (Affect) Afectividad

Esta es la capacidad de experimentar cariño y preocupación por los miembros de la familia y de demostrar emociones distintas como amor, pena o rabia.

R: (Resolve) Capacidad de resolución

Esta es la capacidad de aplicar los elementos anteriores. Se entiende como el compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros de la familia, muchas veces asociadas al intercambio de recursos financieros y de espacio. El cuadro 7 muestra el instrumento del APGAR familiar.

Cuadro 7: Cuestionario del APGAR familiar

PREGUNTA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
Estoy satisfecho con la atención que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute las cuestiones de interés común y comparte conmigo la solución de los problemas.			
Siento que mi familia acepta mis deseos de iniciar nuevas actividades o de realizar cambios en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y reacciona en relación a mis sentimientos de rabia, pena y amor.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

Fuente: Rocha, Nascimento, Lima ⁽⁷⁶⁶⁾

Cada pregunta recibe un puntaje de 0 a 2, donde 0 equivale a “casi nunca”, 1, a “a veces” y 2, a “casi siempre”. El puntaje total que puede obtenerse es de 0 a 10, y permite definir las categorías de funcionalidad familiar:

- Familias altamente funcionales: 7 a 10 puntos
- Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos
- Familias gravemente disfuncionales: 0 a 3 puntos.

El instrumento APGAR familiar fue validado transculturalmente y aplicado en Brasil en la evaluación funcional de familias de adultos mayores ⁽⁷⁶⁷⁾.

Los resultados obtenidos de la percepción de una persona no constituyen un diagnóstico de la familia, ya que cada miembro tiene una visión singular de su funcionamiento. Sin embargo, su análisis permite comparar la percepción de una persona con el APGAR de otros miembros de la familia ⁽⁷⁵¹⁾.

MAPAS DE REDES

Las redes sociales son sistemas compuestos de personas, funciones y situaciones que ofrecen apoyo material, moral y emocional a la familia en momentos de necesidad. La red social de apoyo es fundamental para la familia, especialmente en momentos de problemas de salud. Las redes de apoyo social pueden apuntalar a la familia en varias dimensiones: social, cultural, económica, religiosa, educacional y

de salud. Es importante identificar las relaciones externas de la familia que puedan ayudar a superar las debilidades de las relaciones internas en momentos de crisis ⁽⁷⁴⁷⁾.

Las redes sociales abarcan grupos de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos e instituciones capaces de ofrecer ayuda o apoyo real y duradero a individuos y familias. Una red social típica incluye, en el ámbito familiar, a la persona, el cónyuge, la familia nuclear y un grupo amplio de parientes. Fuera de la familia están los amigos, los conocidos, amigos, vecinos y compañeros de trabajo y, como parte de los servicios de apoyo, funcionarios, miembros de la iglesia, trabajadores sociales y de salud, movimientos sociales y organizaciones comunitarias ⁽⁷⁵¹⁾.

Estas redes cumplen funciones de apoyo, dando asistencia mediante relaciones sociales y transacciones interpersonales que se materializan en cuatro modalidades de apoyo: emocional, que abarca apoyo, amor, confianza y cuidado; instrumental, que incluye la prestación de servicios en caso de necesidad; de información, donde entran los consejos, sugerencias, información que una persona puede utilizar para solucionar su problema, y evaluación, en la que se provee información que puede ser útil en la autoevaluación, por ejemplo, críticas constructivas ⁽⁷⁵¹⁾.

Las redes sociales son fundamentales para incrementar el capital social, que es el conjunto de atributos presentes en una sociedad como bienes intangibles que favorecen la confianza, la reciprocidad y la acción social en relación a normas compartidas ⁽⁷⁶⁸⁾. Hay evidencia de la asociación entre capital social y salud, como también de redes sociales y reducción de la morbimortalidad ^(751, 769, 770, 771). Dado lo anterior, es importante hacer el mapa de las redes sociales de las familias que se atienden en la ESF.

FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO APOYADO

Un tercer cambio fundamental que requiere la atención de salud para poder aplicar el MACC en la ESF consiste en estimular el autocuidado apoyado, que constituye uno de los elementos esenciales del CCM. En Brasil, ya sea en el SUS o en el sistema privado de salud suplementaria, no hay una tradición de autocuidado apoyado.

¿POR QUÉ SE NECESITA AUTOCUIDADO APOYADO?

Las intervenciones de autocuidado apoyado no prescinden de la relación entre profesionales de salud y usuarios; su propósito principal es apoyar a las personas para que, mediante el autocuidado, se transformen en agentes productores sociales de su salud. Se llama autocuidado apoyado porque no se trata de eliminar la responsa-

bilidad de los profesionales de salud en la atención, sino de dar apoyo significativo para que los usuarios se empoderen en relación con su salud.

Las bases de las relaciones entre la atención profesional y el autocuidado apoyado están en el modelo de la pirámide de riesgo. Es lo que se ilustra en la figura 12 sobre (anterior) el MACC con la línea transversal que va desde la prevención de las condiciones de salud hasta la gestión de caso. Lo que está por encima de esa línea debe ser, principalmente, objeto de la atención profesional, con acciones directas del equipo de salud; lo que está por debajo de esa línea debe ser manejado especialmente con intervenciones de autocuidado apoyado.

Las condiciones crónicas se atienden con una combinación de cuidados profesionales y autocuidado apoyado, que varía según la estratificación de riesgo de la condición de salud. Hay evidencia surgida del MPR que señala que de 70% a 80% de las personas con condiciones crónicas de menor riesgo pueden recibir atención de salud centrada en el autocuidado apoyado, prescindiendo de una atención constante, centrada en el profesional. En general, esas personas interactúan con los equipos multidisciplinarios de la ESF, que hacen hincapié en apoyar el autocuidado individual. En este modelo no se necesita más de una consulta médica convencional al año ^(43, 284).

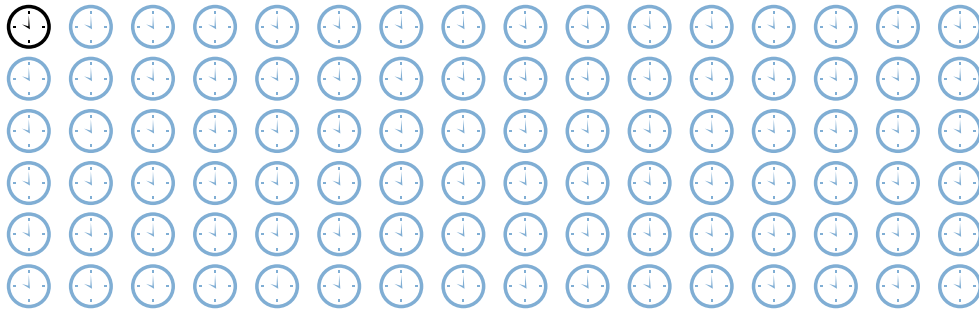
En el Reino Unido, se estima que 75% de las atenciones de urgencia son por problemas menores, de los cuales 15% podrían ser resueltos por los propios usuarios sin ir al servicio de salud ⁽³⁴⁸⁾.

Hay estudios que muestran que 80% de los síntomas son diagnosticados y tratados por los propios afectados, en función de lo cual se afirma que los usuarios son los verdaderos prestadores de atención primaria para sí mismos. Por lo tanto, no pueden ser considerados pacientes, sino agentes de su salud, ni consumidores, sino proveedores de su atención ⁽⁷⁷²⁾. Por esa razón Kaiser Permanente considera que sus beneficiarios son miembros de los equipos de APS ⁽²⁸⁶⁾.

El autocuidado apoyado se sustenta en el principio de que las personas con condiciones crónicas conocen su condición y sus necesidades de atención tanto o más que los profesionales de salud ⁽⁷⁷³⁾. Un ex Director del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido afirma, con razón, respecto a las personas con condiciones crónicas: *"Cuando usted se va de la clínica, todavía tiene una condición crónica. Cuando el enfermero se va de su casa, usted todavía tiene una condición crónica. Durante la noche, usted lucha solo contra el dolor. Durante el fin de semana, usted vive con la condición crónica sin la ayuda de un profesional de salud. Vivir con una condición crónica es mucho más que recibir atención médica o profesional"* ⁽²⁸⁴⁾.

Hay estudios que muestran que la atención profesional a las personas con condiciones crónicas consume pocas horas durante un año. Por ejemplo, en Inglaterra, una persona con diabetes recibe un promedio anual de 3 horas de atención de profesionales de salud, de un total de 8.760 horas que componen el año ^(284, 774). Consecuentemente, cada persona con diabetes se relaciona directamente con un profesional de salud menos de un milésimo del total de horas de un año. El tiempo restante, que corresponde a 8.757 horas anuales, esa persona vive con su diabetes sin ayuda profesional. En la figura 18 se ilustra el tiempo de atención profesional, representado por el reloj en negrita, en relación con el total de horas en que la persona vive con su condición sin ayuda profesional directa en un año ⁽⁷⁷⁵⁾.

Figura 18: Tiempo de atención profesional en la vida de una persona con condición crónica



Fuente: Ham, Parker, Singh, Wade ⁽⁷⁷⁵⁾

Christensen et al. ⁽²⁰⁰⁹⁾ crearon una matriz para analizar la forma de afrontar las enfermedades crónicas, a partir del cruzamiento de dos variables en dos ejes: la motivación para cumplir mejor con el tratamiento conocido, que varía de débil (consecuencias tardías) a fuerte (consecuencias inmediatas) y el grado en que es necesario cambiar el comportamiento del paciente, que varía de mínimo a máximo ⁽²⁷⁾. El eje vertical mide la motivación de las personas con enfermedades crónicas para evitar las complicaciones o síntomas de su enfermedad mediante la adhesión al tratamiento. Esa motivación se estimula según la intensidad y urgencia con la que esas personas sienten las complicaciones. Las personas con poca motivación tienden a postergar la adhesión a los cambios, por ejemplo, en los casos de obesidad o sobrepeso, en los que las consecuencias son de largo plazo. El cambio alimentario siempre queda para la próxima semana. Por el contrario, las personas con dolores lumbares tienden estar muy motivadas, porque si no siguen el tratamiento, los dolores son inmediatos y fuertes. El eje horizontal mide el grado de importancia del cambio de comportamiento, que varía a partir de una posición extrema en la que lo único que se pide al paciente crónico es que tome pastillas (grado mínimo de necesidad de cambio

de comportamiento), pero hay otras afecciones, como la diabetes, denominadas enfermedades dependientes del comportamiento, que exigen un grado máximo de cambios, entre ellos, pérdida de peso, ejercicio físico, alimentación saludable y vigilancia continua de los síntomas, además de tener que tomar medicamentos diariamente. El autocuidado apoyado, aunque sea necesario para todas las afecciones crónicas, se requiere mucho más en los casos que dependen en mayor grado del cambio de comportamiento.

El autocuidado apoyado se define como la prestación sistemática de servicios educativos e intervenciones de apoyo para aumentar la confianza y habilidad de los usuarios de los sistemas de atención de salud en el manejo de sus problemas; incluye el monitoreo regular de las condiciones de salud, el establecimiento de metas y el apoyo para solucionar esos problemas ⁽⁷³⁹⁾.

Una premisa del autocuidado apoyado es que las personas quieren vivir más y de forma sana, aunque no siempre hagan lo que es mejor para ellas o lleven a cabo los cambios recomendados por el equipo de salud. La razón principal de esa brecha entre querer y hacer está en las barreras que las personas no pueden superar para llegar a ser más sanas. Algunas de esas barreras son prácticas, como falta de tiempo o de dinero para modificar su alimentación, y otras, emocionales y de actitudes, como puede ser un cuadro depresivo, la ambivalencia o la falta de confianza en la capacidad de cambiar ⁽⁷⁷³⁾.

Para que los individuos puedan adoptar el autocuidado es necesario que comprendan la condición crónica que quieren prevenir o mejorar y tengan automotivación para adoptar comportamientos saludables. Es decir, las personas que ejercen bien el autocuidado están bien informadas y son proactivas. Por eso, el autocuidado apoyado abarca dos actividades relacionadas entre sí: proveer información sobre la prevención y el manejo de la condición crónica y ayudar a las personas a ser proactivas en cuanto a la prevención y el manejo de la condición crónica. Algunas personas asumen bien el autocuidado, independientemente del equipo de salud; otras nunca consiguen hacerlo, ni siquiera con ayuda de un equipo de salud. Otras, que son la mayoría, adoptarán mejor el autocuidado si reciben el apoyo regular y de calidad de un equipo de salud ⁽¹⁵⁵⁾.

Los principales objetivos del autocuidado apoyado son que las personas con condiciones crónicas adquieran conocimientos y habilidades para manejar su problema, decidir y elegir su tratamiento, adoptar, cambiar y mantener comportamientos que contribuyan a su salud, utilizar los recursos necesarios para apoyar los cambios y superar las barreras que se anteponen a la mejoría de su salud.

Para que se dé el autocuidado con eficacia, la persona con la condición crónica debe tener el apoyo de la familia, los amigos, las organizaciones comunitarias y, muy especialmente, el equipo multidisciplinario de la ESF. El apoyo más próximo viene de la familia, los cuidadores y los amigos. Les siguen los recursos comunitarios, como la iglesia, la escuela, el club, la asociación de personas con afecciones crónicas, la biblioteca, las redes de apoyo social en internet y otros y, por supuesto, el equipo de la ESF.

Las intervenciones para apuntalar a las personas en el mejoramiento de su salud y manejo de su afección requieren un conjunto de estrategias que varían según los conocimientos, las creencias acerca de la condición de salud, la actitud frente a los cambios, el grado de importancia, el nivel de confianza, la solidez de las redes de apoyo social y el nivel de motivación.

Una parte significativa de las intervenciones de autocuidado apoyado está basada en una o más teorías del comportamiento humano, que ya fueron mencionadas anteriormente en la discusión sobre las intervenciones de prevención de las condiciones de salud (modelo transteórico de cambio, entrevista motivacional y grupo operativo).

Para que las personas practiquen el autocuidado, necesitan un conjunto de conocimientos y habilidades que abarcan la solución de problemas, la elaboración de un plan de cuidado, el manejo de los síntomas, la utilización de los recursos de apoyo al autocuidado y la relación con el equipo de salud ⁽³⁴⁹⁾.

La forma en que los individuos asumen una condición crónica varía de una actitud activa y de convivencia con sus restricciones a una más reactiva o de disminución de su sociabilidad, en la que muchas veces su condición de salud pasa a ser el centro de su vida. La diferencia entre esas posturas no está determinada por la condición en sí, sino por el modo en que los afectados la manejan. La decisión es central en las condiciones crónicas, porque el autocuidado apoyado constituye siempre una decisión entre ayudarse o no hacer nada.

Las decisiones sobre el autocuidado apoyado para una persona incluyen: elegir las metas que desea lograr; construir alternativas y elaborar un plan de acción para lograrlas; poner en marcha el plan de acción y monitorear los resultados; hacer los cambios cuando sea necesario y celebrar las metas logradas.

El autocuidado apoyado descansa en algunos pilares: la información y la educación, la elaboración y el monitoreo de un plan de autocuidado y material de apoyo ^(6, 773).

La educación para el autocuidado generalmente está a cargo de los equipos de la ESF o de pares, y tiene por objeto que las personas conozcan más profundamente sus condiciones crónicas para manejarlas mejor. En relación a las personas sin experiencia como facilitadoras de la educación para el autocuidado, ya se vio que funcionan muy bien. Sin embargo, algunos estudios indican que varios profesionales de la APS también obtuvieron buenos resultados como facilitadores de actividades educativas de autocuidado, por ejemplo, el personal de enfermería de la APS ^(777, 778, 779, 780); los farmacéuticos ⁽⁷⁸¹⁾, los educadores en salud ⁽⁷⁸²⁾ y los equipos multidisciplinarios de la APS ^(783, 784).

Otros estudios han señalado que las tareas educativas realizadas por profesionales de la salud y por personas con afecciones crónicas son eficaces, en ambos casos, y cuando se comparan entre sí, no hay diferencias entre los resultados obtenidos ^(785, 786, 787, 789). Es interesante que, cuando los facilitadores son pares, presentan mejoría de sus propias afecciones después de las actividades educativas en las que desempeñaron esa función ^(790, 791, 792).

También se han ofrecido cursos para preparar a cuidadores de personas con condiciones crónicas, quienes relatan que, al final de los cursos, ellos mismos están más motivados y se tienen más confianza ⁽⁷⁹³⁾. Esos programas tienen por objeto preparar a los cuidadores para que demuestren empatía adecuadamente, refuercen las elecciones de la persona con condición crónica y la ayuden a resolver los problemas.

Las actividades educativas para el autocuidado pueden dirigirse a personas con una misma afección o diferentes condiciones crónicas. Algunas experiencias tienen la forma de cursos que normalmente duran seis semanas, con sesiones de 2,5 horas, en grupos de 8 a 16 participantes. Los temas que se tratan incluyen cómo romper el ciclo de los síntomas, alimentación, ejercicios, comunicación, manejo del dolor y medicación ⁽⁷⁹⁴⁾. En el recuadro 10 se describe el curso para el autocuidado desarrollado en el Reino Unido para personas con artritis.

Recuadro 10: Curso para el autocuidado de la artritis

El curso tiene el objetivo de capacitar a personas adultas para manejar su vida de mejor manera y para su autocuidado. Consta de seis sesiones educativas de 2,5 horas, con los siguientes contenidos: los mitos sobre la artritis, técnicas de relajamiento, programas de ejercicios, comunicación con el equipo de salud y qué pueden hacer las personas por sí mismas en relación con la artritis.

El curso incluye diferentes actividades educativas, como sesiones de discusión, tormenta de ideas y exposiciones breves de los facilitadores. Las actividades son conducidas por dos facilitadores.

Los participantes reciben materiales educativos escritos, en audio o videos. Al final de cada sesión, los participantes deben elaborar un plan de autocuidado semanal.

Fuente: Singh ⁽⁷⁹³⁾

Esas actividades educativas para el autocuidado de las condiciones crónicas fueron desarrolladas, inicialmente, por la Facultad de Medicina de la Universidad Stanford, en los Estados Unidos ⁽⁷⁹⁵⁾, pero se difundieron por el mundo. Hay evidencia de que esas actividades han sido eficaces en diferentes países: Australia ⁽⁷⁹⁶⁾, Canadá ⁽⁷⁹⁷⁾, China ^(43, 788, 798), España ^(799, 800), Estados Unidos ^(795, 801), Hong Kong ⁽⁸⁰²⁾, India ⁽⁸⁰³⁾, Noruega ⁽⁸⁰⁴⁾, Nueva Zelandia ⁽⁸⁰⁵⁾, Reino Unido ⁽⁷⁹⁴⁾ y Taiwán ⁽⁸⁰⁶⁾.

En el autocuidado apoyado es fundamental rescatar la atención colaborativa entre el equipo de la ESF y los usuarios. Por lo tanto, hay que dejar el paradigma de interacciones tradicionales para adoptar uno de interacción colaborativa, conforme se muestra en el cuadro 8.

Cuadro 8: Paradigmas tradicional y colaborativo en el autocuidado apoyado

PARADIGMA TRADICIONAL	PARADIGMA COLABORATIVO
La información y las habilidades de entrenamiento se dan con base en el programa de trabajo de los profesionales de salud.	La información y las habilidades de entrenamiento se dan con base en el programa de los usuarios.
Se cree que el conocimiento es suficiente para el cambio de comportamiento.	Se cree que la eficacia propia del usuario promueve el cambio.
Las metas se definen según la orientación de los profesionales de salud.	Las metas promueven el aumento de la autoeficacia y no se definen por la orientación de los profesionales de salud.
Las decisiones las toman los profesionales de salud.	Las decisiones las toman conjuntamente los profesionales de salud y los usuarios.
El cambio se hace por motivación externa inducida por los profesionales de salud.	El cambio surge de la motivación propia de los usuarios.
Los problemas son identificados por los profesionales de salud.	Los problemas son identificados colaborativamente por los profesionales de salud y los usuarios.
Los profesionales de salud resuelven los problemas de los usuarios.	Los profesionales de salud capacitan a los usuarios en técnicas de solución de problemas y los apoyan para resolverlos.

Fuentes: Bodenheimer, Grumbach ⁽¹⁵⁵⁾; Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach ⁽⁶³⁹⁾

MÉTODO DE LAS 5 AES

El autocuidado ha sido sustentado por un método desarrollado originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos en 1989 y dirigido a fumadores. Sufrió algunas modificaciones a lo largo del tiempo hasta que se dio a conocer como Método de las 5 Aes, que se derivan del inglés *assess*, *advise*, *agree*, *assist* y *arrange*,

en español, apreciación, asesoramiento, acuerdo, asistencia y acompañamiento. Las cinco aes están fuertemente interrelacionadas y un buen sistema de autocuidado apoyado se beneficia más cuando se aplican conjuntamente. El Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (US Preventive Services Task Force) adoptó el Método de las 5 Aes como un elemento unificador de las intervenciones relacionadas con comportamientos sanos ⁽⁸⁰⁷⁾.

APRECIACIÓN

La apreciación o caracterización consiste en entender las creencias, valores, conocimientos y comportamientos de los usuarios en cuanto a salud y motivación. En relación con la salud, hay que entender el problema de la persona: qué condición crónica la afecta, qué gravedad tiene su condición, qué capacidad tiene esa persona para cuidarse a sí misma y qué sabe ella sobre su condición de salud. El componente emocional abarca la comprensión del deseo de cambiar los comportamientos de salud y la identificación de las barreras para lograrlo. Las tecnologías relativas a los cambios de comportamiento encuentran aquí campo fértil. La caracterización de la motivación permite establecer la prontitud para el cambio.

ASESORAMIENTO

El asesoramiento consiste en la transmisión de información específica sobre los riesgos y beneficios del cambio a través de la educación en salud y la transmisión de habilidades mediante entrenamiento. El asesoramiento se vincula a la importancia que la persona da al cambio de comportamiento. La información ayuda a los individuos a valorar la importancia de cambiar su comportamiento y a mejorar su motivación. Un estudio mostró que 76% de las personas con diabetes tipo 2 no tenían información adecuada sobre esa condición de salud ⁽⁸⁰⁸⁾. Además, muchas personas con diabetes aprenden a medir su glucemia, sin entender el significado de los números obtenidos.

Hay que tener en mente que no siempre la cantidad de información es muy relevante. La página de la Asociación Americana de Diabetes tenía 26 áreas de conocimiento y de comunicación de habilidades para las personas con la enfermedad; no obstante, hay quienes señalan que ese material informativo, totalmente estructurado, trae más confusión que información significativa ⁽¹⁵⁵⁾.

Para iniciar un proceso de enseñanza-aprendizaje eficaz, es fundamental preguntarle a las personas, especialmente a los adultos, qué desean saber antes de darles información, ya que los adultos solo aprenden lo que les parece significativo.

Una buena forma de transmitir información es la técnica de preguntar-informar-preguntar (Recuadro 11). Por ejemplo, al diagnosticar la diabetes el médico pregunta ¿qué le gustaría saber a usted sobre la diabetes? Tras recibir la respuesta de la persona, el médico le da la información pertinente y vuelve a preguntar a su interlocutor si entendió lo que le dijo y qué otra información le gustaría recibir.

Recuadro 11: Diálogo clínico en la forma de preguntar-informar-preguntar

Médico: acabo de ver su examen de sangre y debo decirle algo importante. Usted tiene diabetes.

Usuario: ¿diabetes? ¡Dios mío!

Médico: ¿sabe usted qué es la diabetes? (pregunta)

Usuario: conocí a alguien que tuvo diabetes; su azúcar en la sangre subió mucho, entró en coma y murió.

Médico: el coma es muy raro en su tipo de diabetes.

Usuario: a otra persona que conozco le tuvieron que amputar el pie y tuvo problemas de la vista.

Médico: esas cosas pueden ocurrir con la diabetes, pero pueden prevenirse. Dígame, ¿qué le gustaría saber sobre la diabetes? (pregunta)

Usuario: me gustaría saber cómo evitar que me amputen el pie.

Médico: entonces vamos a hablar sobre cómo prevenir las complicaciones graves de la diabetes.

Usuario: adelante.

(El médico se toma un tiempo para dar información a la persona sobre las complicaciones de la diabetes (informar).

Médico: en la próxima consulta voy a preguntarle qué se acuerda de nuestra conversación de hoy. ¿Le gustaría hacer algo en particular en nuestro próximo encuentro?

Fuente: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi ⁽⁸⁰⁹⁾

También es importante cerrar el ciclo de información (cierre del lazo) preguntándole al usuario si entendió lo que se le dijo. Eso es importante, porque la mitad de la gente no entiende la información que recibe del equipo de salud. Hay evidencia de que ese cierre del ciclo de información mejora la comprensión de los usuarios y los resultados de la atención a las personas con diabetes (Recuadro 12).

Recuadro 12: Cierre del lazo en un diálogo clínico

Profesional de salud: estamos de acuerdo que será importante que usted haga tres cosas para controlar la diabetes: mejorar su dieta, hacer ejercicio físico y tomar sus medicamentos. Para saber si eso le quedó claro, ¿me lo puede repetir?

Usuario: sí, tengo que comer menos y mejor, caminar y tomar los medicamentos de forma correcta.

Profesional de salud: exactamente, muy bien.

Fuente: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi ⁽⁸⁰⁹⁾

En el asesoramiento y como parte del proceso de información, es importante transmitir habilidades de automonitoreo. Una buena capacitación en ese tema habilita a la persona para autorregularse. Por ejemplo, si la glucemia es alta en la mañana y baja al final de la tarde, la persona debe saber por sí misma cómo ajustar la medicación, la actividad física y la alimentación.

La información es necesaria, pero no suficiente, para mejorar los resultados clínicos de las condiciones crónicas y para modificar el comportamiento^(809, 810). Por lo tanto, es necesario incluir también las otras tres aes.

ACUERDO

El acuerdo consiste en la elaboración conjunta del plan de autocuidado basado en las prioridades, convicciones y confianza en el cambio de las personas. De nada sirven las estrategias tradicionales de decirle a las personas que dejen de fumar o que deben caminar 30 minutos al día. Los cambios deben hacerse mediante una relación colaborativa entre profesionales de salud y usuarios, a partir de la motivación interna de los últimos.

En el paradigma colaborativo, los cambios de comportamiento son decisiones que deben tomar los usuarios, porque si ellos no quieren hacer una cosa, no la harán. El programa compartido en el proyecto terapéutico resulta de un pacto entre el profesional de salud y la persona, quien tiene la última palabra. En ese proceso, hay una cuestión clave, conocida como la pregunta de Kate Lorig, una especialista internacional en autocuidado apoyado: “¿Hay alguna cosa que le gustaría hacer esta semana para mejorar su salud?” Esa pregunta permite al usuario elegir qué cosa quiere cambiar, para la cual se siente motivada y sienta la base de un acuerdo sobre el autocuidado (Recuadro 13).

Recuadro 13: Diálogo colaborativo en la construcción de un plan de autocuidado

Profesional de salud: ¿hay alguna cosa que le gustaría hacer esa semana para mejorar su salud?

Usuario: sé que estoy comiendo exageradamente, pero no puedo cambiar eso ahora. Tal vez pueda cortar el pan y hacer más ejercicio. (Aquí, el usuario hizo un ejercicio general de fijarse metas, que no son concretas ni medibles).

Profesional de salud: ¿le gustaría hacer un plan de acción para lograr sus metas?

Usuario: prometo caminar tres kilómetros al día.

Profesional de salud: ¿está seguro de que podrá pasar de no hacer nada de ejercicio a caminar tres kilómetros por día? En una escala de 0 a 10, ¿cuán seguro se siente?

Usuario: elijo 2.

Profesional de salud: ya que lograr la meta es más importante que la cantidad de ejercicio, le sugiero hacer un plan de acción con metas más factibles.

Usuario: puedo caminar 15 minutos tres veces a la semana.

Profesional de salud: perfecto. Nos vemos el próximo mes y vamos a ver cómo vamos con el plan de acción.

Fuente: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi ⁽⁸⁰⁹⁾

El acuerdo se hace sobre las metas y las acciones del plan de cuidado. Las metas se definen en término de resultados clínicos, como reducir la hemoglobina glucosilada o bajar cinco kilos de peso corporal. Es diferente del plan de acción sobre comportamientos concretos que lleven a la meta, por ejemplo, caminar 25 minutos tres veces por semana o reducir el consumo de dulces a dos porciones semanales.

El acuerdo se sustenta en el grado de confianza que tiene el usuario en su capacidad de cumplir las acciones. El concepto básico del acuerdo, que lleva a definir las metas y el plan de acción, es el de autoeficacia, que expresa el grado de confianza que tiene una persona en su capacidad de cambiar comportamientos para llegar a los objetivos deseados. Existe evidencia de que la autoeficacia está asociada a comportamientos saludables ⁽⁸¹¹⁾.

Los objetivos del plan de autocuidado son identificar los cambios que habrá que realizar; describir qué, dónde, cuándo, cuánto y con qué frecuencia se darán los cambios; determinar y hacer una lista de las barreras a esos cambios y de las estrategias para superarlas; evaluar el grado de confianza de las personas para cumplir las metas, y documentar y monitorear esas metas.

Se ha demostrado que las metas específicas logran mejores resultados que las generales como “hacerlo mejor”. Asimismo, las metas y actividades de corto plazo consiguen más que las de largo plazo, porque sirven de estímulo y refuerzan la autoeficacia.

Una buena forma de elaborar el plan de acciones es mediante la entrevista motivacional, tal como figura en el recuadro 5 (anterior).

El apoyo del equipo de la ESF y de familiares y amigos puede ayudar en la elaboración del plan de acción. Lo más difícil puede que sea decidir qué hacer, porque exige que la persona objeto del plan sea realista y específica. Para lograr las metas es fundamental tener opciones, que se han de poner en una lista para elegir las más viables. El plan de autocuidado debe prepararse con base en planes de acción de corto plazo, por ejemplo, semanales, y debe contener acciones específicas que realmente puedan cumplirse en el plazo establecido. Las acciones deben reflejar lo que las personas desean y pueden hacer de forma sistemática y deben referirse a comportamientos específicos; por ejemplo, en el plan no dirá “relajamiento durante la semana”, sino “escuchar todos los días las cintas sobre relajamiento”. Tampoco dirá “perder 1 kilo”, sino “no comer después de la cena”.

El plan de acciones debe contener qué hacer (por ejemplo, caminar), dónde (en la cuadra), cuánto (15 minutos por día), cuándo (temprano en la mañana) y con qué frecuencia (todos los días). Es fundamental que el plan de acción contenga el grado de confianza que se tiene la persona para cumplirlo. Para ello, debe hacerse la siguiente pregunta: en una escala de 0 a 10, donde 0 equivale a absolutamente sin confianza y 10, a totalmente optimista de que cumplirá el plan de acción. Un puntaje de 7 o más indica que el plan es realista y se cumplirá. Por el contrario, si el resultado es inferior a 7, habrá que rehacer el plan con metas menos ambiciosas. El plan debe ser escribirse y colocarse en un lugar visible, por ejemplo, en la puerta del refrigerador, donde pueda ser consultado todos los días. El recuadro 14 presenta un formulario para elaborar y monitorear el plan de autocuidado apoyado.

Recuadro 14: Ejemplo de plan de autocuidado apoyado

Nombre: _____ Fecha _____

1. Meta: ¿qué? ¿dónde? ¿cuánto? ¿cuándo? ¿con qué frecuencia?

Ejemplo: Esa semana caminaré en la plaza por 30 minutos después del desayuno todos los días.

2. Las principales barreras para alcanzar esa meta son: _____

3. Las medidas que puedo tomar para superar esas barreras son: _____

4. Mi grado de confianza en relación a lograr la meta es (de 0, absolutamente sin confianza a 10, totalmente optimista)

5. Monitoreo

DÍA	LISTA DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Fuente: Adaptado de Lorig, Holman, Sobel, González, Minor ⁽⁶⁾.

Hay estudios que demuestran que la elaboración de un plan de autocuidado con metas y actividades se asocia a comportamientos saludables y a mejores resultados clínicos ⁽⁸¹²⁾. La American Diabetes Association, la American Association of Diabetes Educators y la American Heart Association recomiendan que el establecimiento de metas sea un componente de la reducción de riesgo cardiovascular ⁽¹⁵⁵⁾.

ASISTENCIA

La asistencia consiste en medidas que pueden tomar los profesionales de salud para identificar barreras al cambio, mejorar la motivación de los usuarios, perfeccionar la capacidad de autoayuda y asegurar a los usuarios el apoyo necesario para

hacer el cambio de comportamiento. Este rubro abarca: enseñar modalidades de automonitoreo; llevar a cabo la entrevista motivacional para estimular la participación e interés del usuario; analizar las metas y elaborar conjuntamente el plan de acción; enseñar estrategias de solución de problemas, y ayudar a desarrollar la capacidad de vivir con dolor, dificultades respiratorias, restricciones funcionales, ansiedad, depresión y otros problemas ⁽¹⁵⁵⁾.

La asistencia debe darse antes y después de establecer las metas y de hacer los planes de acción.

Al identificar las barreras al cambio en la entrevista motivacional, los profesionales de salud no deben tratar de convencer a su interlocutor de que asuma comportamientos saludables, porque la mayoría de los usuarios están en la disyuntiva de cambiar y no cambiar ⁽⁷¹⁹⁾. El argumento a favor del cambio debe surgir de los usuarios, cuando analizan y mencionan qué comportamientos desean cambiar.

Frecuentemente, hay grandes obstáculos para aplicar el plan de acción y, cuando surgen, los profesionales de salud deben apoyar a los usuarios en la utilización de la tecnología de solución de problemas.

En el recuadro 15 se describe una situación hipotética de asistencia posterior a la elaboración del plan de autocuidado ⁽¹⁵⁵⁾.

Recuadro 15: Asistencia tras el plan de autocuidado

Cuando la enfermera, doña Isabel, llamó a don Jorge la semana siguiente a la elaboración del plan de autocuidado para producir un cambio de alimentación, lo encontró desmotivado. Don Jorge está de acuerdo con que los sándwiches no son muy sanos cuando se comen todos los días, pero dada su situación familiar, le era imposible prepararse otra comida en la casa. La enfermera le ayudó a resolver el problema por medio de la siguiente pregunta: "¿tiene alguna otra idea de cómo sustituir el sándwich del almuerzo, que no sea preparándose comida en casa?" Don Jorge respondió que podría ir a un restaurante a cinco cuadras del trabajo donde se sirven ensaladas, sándwiches de pocas calorías y sopas. Don Jorge estuvo de acuerdo con esa sugerencia y se elaboró un nuevo plan de acción para comer todos los días alimentos más sanos en el restaurante, lo cual tenía la ventaja adicional de caminar diariamente hacia y desde el local.

Hay evidencia de que la asistencia, cuando se provee adecuadamente, se asocia con mejor control de la glucemia en los casos de diabetes ⁽⁸¹³⁾ y de la presión arterial entre los de hipertensión ⁽⁸¹⁴⁾.

ACOMPAÑAMIENTO

El seguimiento consiste en establecer y poner en marcha un sistema de monitoreo, conjuntamente entre el personal de salud y el usuario.

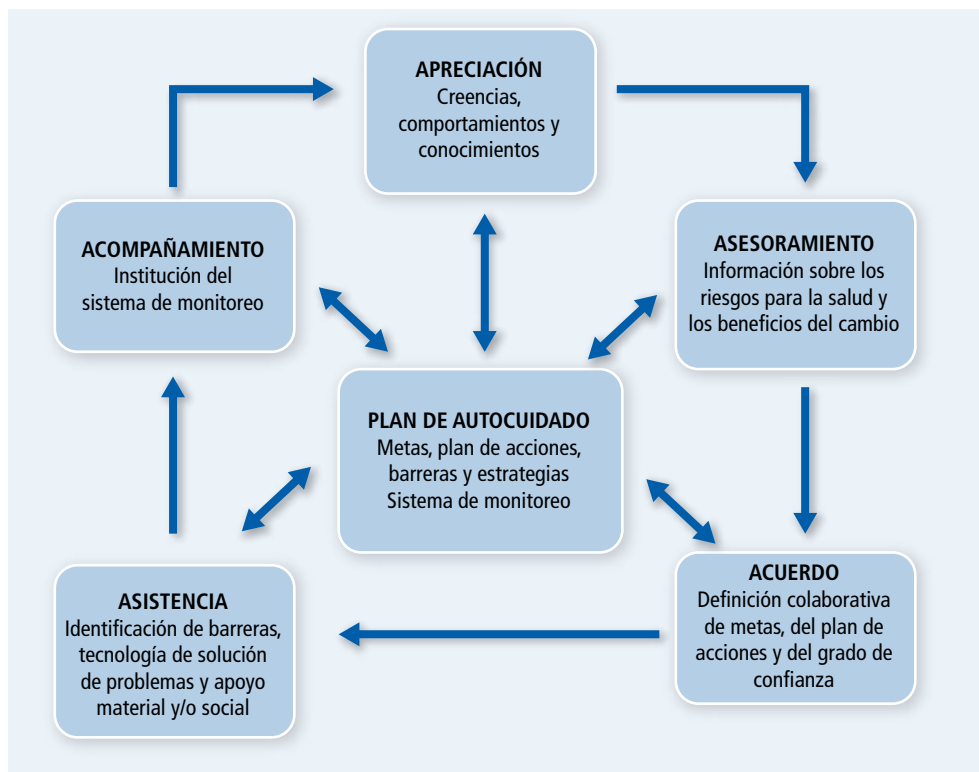
El autocuidado apoyado no es una tarea de corto plazo; por el contrario, exige un seguimiento regular y sistemático por mucho tiempo, que puede hacerse de varias formas, según las condiciones objetivas del sistema de atención de salud y las preferencias de las personas: visitas regulares a los servicios, teléfono, correo electrónico, grupos de pares o recursos comunitarios.

El seguimiento se puede hacer con grupos de pares, ya sea de dos o varias personas. Una forma muy común es por vía telefónica. Una experiencia de ese tipo es la del Centro de Seguimiento de Enfermedades Crónicas del Instituto Catalán de Salud, en Barcelona, España, en la que personal de enfermería debidamente capacitado da apoyo asistencial a distancia y empodera a las personas para el autocuidado de sus enfermedades. En promedio, el seguimiento se hace cada dos meses. A medida que las personas afectadas adquieren conocimiento y habilidad, las llamadas telefónicas se van espaciando. Los resultados obtenidos en una experiencia con 1.300 usuarios fueron positivos, en cuanto a la adhesión a los medicamentos, el mejoramiento de la alimentación, el control del peso corporal y el grado de autocuidado ⁽⁸¹⁵⁾.

El plan debe revisarse al fin de cada semana, con el fin de adecuarlo a las posibilidades reales de la persona. Para modificarlo se deben utilizar métodos de solución de problemas: identificar el problema, hacer una lista de las opciones para solucionarlo, elegir las más viables, monitorear los resultados y, en algunas circunstancias, aceptar la idea de que el problema no puede resolverse en ese momento. Por fin, el usuario debe celebrar sus éxitos, por ejemplo, otorgándose incentivos, que son cosas gratas o pequeños regalos a sí mismo por haber logrado sus metas ⁽⁶⁾.

Se ha demostrado que el seguimiento regular mejora los índices de glucemia en los casos de diabetes ^(816, 817) y el control de la hipertensión ⁽⁸¹⁸⁾. En la figura 19, a continuación, se ilustra el método de las 5 aes.

Figura 19: Método de las 5 aes en el autocuidado apoyado



Fuente: Witlock, Orleans, Pender, Allan ⁽⁸¹⁹⁾

En el cuadro 9 se resume una lista de acciones que los equipos de la ESF deben hacer en relación con cada una de las aes.

Cuadro 9: Método de las 5 aes: principales acciones de los equipos de la ESF en relación con cada a

TIPO DE A	ACCIONES
Apreciación	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el conocimiento de la persona sobre su condición de salud. • Preguntarle qué es más importante para ella, en ese momento, en relación con el autocuidado. • Preguntarle cuáles son las barreras al autocuidado. • Evaluar la importancia y el grado de confianza para el autocuidado.
Asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al usuario sobre sus síntomas y los resultados de los exámenes complementarios, teniendo en cuenta su particularidad cultural. • Señalar que los cambios de comportamiento son tan importantes como tomar los medicamentos. • Sustentar con evidencia las ventajas del cambio de comportamiento para la salud. • Compartir las directrices clínicas basadas en evidencia para motivar a la persona a participar en el tratamiento.
Acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer conjuntamente con el usuario una meta específica para el autocuidado. • Presentarle opciones de metas para el autocuidado. • Estimular al usuario a buscar la ayuda de parientes y amigos para definir la meta. • Conversar acerca de los beneficios y de las posibles metas. • Establecer conjuntamente el plan de acción para alcanzar la meta definida. • Determinar conjuntamente el grado de confianza que se tiene el usuario para alcanzar la meta.
Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al usuario a identificar posibles barreras para lograr la meta. • Conversar con el usuario acerca del plan de autocuidado. • Derivarlo a un grupo o a un curso sobre autocuidado apoyado. • Identificar conjuntamente los recursos de que pueda disponer la familia y la comunidad para apoyar el autocuidado. • Prestar servicios adecuados a la cultura de la persona. • En los encuentros de monitoreo, revisar la marcha del plan de autocuidado, renegociar la meta y revisar el plan de acción.
Acompañamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dar copia del plan de autocuidado a la persona en cuestión. • Monitorear el plan de autocuidado a distancia, por teléfono o correo. • Intervenir para que el usuario pueda utilizar recursos comunitarios importantes para su autocuidado.

Fuente: Witlock, Orleans, Pender, Allan ⁽⁸¹⁹⁾

Kanaan propone una autoevaluación trimestral que puede usar el equipo de la ESF para el autocuidado apoyado, que incluye las siguientes preguntas ⁽⁸²⁰⁾: ¿Cuál es el grado de satisfacción del usuario con el apoyo que recibe del equipo? ¿Cuál es el grado de satisfacción del equipo con la participación del usuario en su propio cuidado? ¿Cuál es el grado de satisfacción del equipo con la evaluación estandarizada

de los planes de autocuidado? ¿Cuál es el grado de satisfacción del equipo con los resultados clínicos de las medidas de autocuidado apoyado?

También hay propuestas de autoevaluación del autocuidado desde el punto de vista del usuario. Es importante disponer de instrumentos validados para medir la contribución del usuario a su propio cuidado; esos instrumentos deben evaluar tanto el grado inicial como su evolución temporal. Un ejemplo de un instrumento de esa naturaleza es la Escala Europea de Comportamiento de Autocuidado en Relación con la Insuficiencia Cardíaca, que luego de desarrollado se validó con 442 personas en seis centros de cardiología de Holanda, Suecia e Italia ⁽⁸²¹⁾. Consiste en 12 preguntas validadas desde el punto de vista transcultural en diferentes idiomas, entre ellos el español ⁽⁸²²⁾. Se trata de un cuestionario autoadministrado cuyos 12 elementos abordan diferentes aspectos del autocuidado desde el punto de vista del usuario. Cada elemento recibe un puntaje de 1 (completamente de acuerdo/siempre) a 5 (completamente en desacuerdo/nunca).

Establecer metas y lograr el acuerdo de los usuarios para determinar qué deben hacer para alcanzarlas es un factor importante para lograr buenos resultados en el manejo de las condiciones crónicas ⁽⁸²³⁾; se ha encontrado que esa participación del usuario se asocia a mejores prácticas alimentarias ⁽⁸²⁴⁾ y de ejercicio físico ⁽⁸²⁵⁾.

Las redes sociales son importantes para el autocuidado apoyado. Un estudio realizado con 2.240 mujeres de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro sobre autoexamen de mama, que se considera un trazador del autocuidado entre las mujeres, constató que las mujeres con más apoyo social se examinaban a sí mismas con una frecuencia del doble que las que contaban con menos apoyo social ⁽⁸²⁶⁾.

FUNCIÓN DE LOS EQUIPOS DE LA ESF EN EL AUTOCUIDADO APOYADO

Un equipo de la ESF debe disponer de habilidades, actitudes e instrumentos para apoyar el autocuidado. Debe poderse ayudar a los usuarios a comprender su función central en el manejo de su condición crónica; asignar tiempo en el programa de trabajo para las actividades de autocuidado apoyado; explicar a los usuarios el papel de cada miembro del equipo en el autocuidado; ayudarlos a establecer metas de mejoramiento de su salud y apoyarlos en la elaboración de un plan de acción que aumente su confianza en el cumplimiento de esas metas; tener una comunicación eficaz, mediante estrategias como preguntar-informar-preguntar y cierre del lazo, para asegurarse de que las personas entendieron la información recibida; preparar un plan de autocuidado por escrito, que contenga metas y plan de acción, donde quede claramente descrito qué deberá hacer el usuario; utilizar grupos facilitados por profesionales de salud o por pares o cursos breves para informar sobre el au-

tocuidado apoyado y para que las personas puedan intercambiar experiencias y apoyarse mutuamente; informar a los usuarios sobre los recursos existentes en la comunidad que puedan ser utilizados en el autocuidado apoyado, y monitorear el plan de autocuidado ⁽⁶³⁹⁾.

Para que pueda darse lo anterior, es fundamental que todo equipo de la ESF participe en el autocuidado apoyado, y que uno de sus miembros lidere ese proceso y se haga responsable del perfeccionamiento de todo el equipo. Ese líder debe elegirse en función de su inclinación o conocimiento para trabajar con cambio de comportamiento, pero debe recibir un entrenamiento específico para desempeñar esa función.

Las condiciones crónicas, especialmente las enfermedades crónicas, vienen acompañadas de síntomas que a menudo no son evidentes para otras personas y son particularmente difíciles de describir, incluso para los profesionales de salud. Los principales síntomas son fatiga, estrés, dificultad para respirar, dolor, rabia, depresión y problemas de sueño, que interactúan y se retroalimentan entre sí ⁽⁶⁾.

Sin embargo, cada persona con una condición crónica manifiesta esos síntomas de forma muy especial, por lo cual el autocuidado apoyado debe abarcar la capacidad del individuo de manejar sus propios síntomas aplicando métodos de solución de problemas. En primer lugar, es fundamental que el usuario identifique el síntoma que siente. Después, debe tratar de determinar la causa del síntoma en cada momento en que se manifiesta, que no es fácil, porque los síntomas de las condiciones crónicas son numerosos, complejos e interrelacionados. Por ejemplo, la fatiga puede ser consecuencia de una condición crónica, inactividad física, alimentación inadecuada, falta de descanso, problemas emocionales (estrés, ansiedad, miedo y depresión) y de tomar ciertos medicamentos. En esta fase se puede llevar un diario sobre cómo se manifiestan los síntomas para ayudar en esa descripción. Una vez identificada la causa es más fácil usar técnicas de manejo del síntoma; por ejemplo, en el caso del estrés, hay técnicas cotidianas, como el relajamiento muscular y la meditación, que se pueden utilizar corrientemente ⁽⁶⁾.

El autocuidado apoyado exige la provisión de materiales de apoyo ⁽¹⁵⁵⁾, entre los cuales son importantes el material educativo (carpetas, cintas de videos y audio, páginas de internet) sobre tabaquismo, control del peso corporal, uso de alcohol y otras drogas, ejercicio físico y alimentación; programas estructurados de intervención en las unidades de la ESF relativos a esos factores de riesgo; material educativo sobre las principales condiciones crónicas elaborado a partir de las directrices clínicas que utiliza la unidad de la ESF; lista de recursos comunitarios que pueden servir para el autocuidado y se encuentran en la zona de funcionamiento de la unidad de la ESF.

En algunas circunstancias, podrá darse apoyo mediante la provisión de recursos materiales para facilitar el autocuidado, como medicamentos y equipos de salud. Es importante también movilizar recursos comunitarios de lugares como clubes, iglesias, escuelas, asociaciones de personas con condiciones crónicas y otros movimientos sociales que puedan existir en el área de cobertura de la unidad de la ESF.

La elaboración de material bibliográfico que oriente el autocuidado es fundamental. Hay un manual innovador de autocuidado apoyado llamado “Vivir una vida sana con condiciones crónicas: manual de desarrollo del autocuidado apoyado”, de la Universidad Stanford, California, Estados Unidos ⁽⁶⁾. El objetivo del manual es facilitar a las personas con condiciones crónicas vivir una vida sana, con autonomía y placer, con base en acciones de autocuidado, que se define por el siguiente raciocinio lógico: la condición crónica es de larga duración o permanente; en general, las personas viven con la condición a lo largo de toda su vida; los profesionales de salud atienden a la persona con la condición crónica por unas pocas horas en el año; por lo tanto, es imposible manejar bien la condición crónica sin el autocuidado apoyado. Este último requiere que se conozcan las causas de la condición crónica, qué se puede hacer y cómo la condición o las intervenciones clínicas afectan la vida de las personas. No obstante, eso no significa que las personas con una condición crónica deban asumir exclusivamente la responsabilidad de su salud, sino que conozcan su condición y sean partícipes de la elaboración y el monitoreo del plan de cuidado junto con el equipo de salud, en una relación colaborativa.

Una característica del autocuidado es la necesidad y la búsqueda de apoyo. De ahí que se llame autocuidado apoyado. El apoyo puede venir del equipo de salud, la familia, los amigos o de la comunidad. Hay recursos importantes para el autocuidado apoyado en las organizaciones comunitarias (como las asociaciones de personas con condiciones crónicas específicas, grupos religiosos de la comunidad, comunidades virtuales, organizaciones sociales) y el acceso a información, especialmente en internet. Las condiciones crónicas presentan síntomas que deben manejarse mediante autocuidado apoyado, cuyas acciones en relación con las condiciones crónicas y sus síntomas incluyen las técnicas de relajamiento y meditación; el ejercicio físico regular; el desarrollo de la flexibilidad por medio de ejercicios de elongación; la comunicación con otras personas y con el equipo de salud; la búsqueda de una sexualidad positiva; el desarrollo de hábitos alimentarios saludables; la capacidad de elaborar el tema de la muerte, y el autocuidado en relación a los medicamentos. Algunos capítulos del manual se dedican a condiciones crónicas específicas, como las enfermedades respiratorias crónicas, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, la artritis y la diabetes ⁽⁶⁾.

Por su parte, Kaiser Permanente (KP) ofrece a sus beneficiarios una guía de autocuidado que se describe en el recuadro 16.

Recuadro 16: La salud en casa, una guía de autocuidado para mejorar la salud y para mantenerse sano

Se trata de una publicación en inglés y español denominada “La salud en casa: guía práctica de Healthwise y Kaiser Permanente” que se brinda a los usuarios de esa organización de servicios de salud de los Estados Unidos.

El manual contiene información sobre más de 200 problemas de salud y diferentes formas en que las personas pueden mantenerse sanas y evitar enfermedades. Está organizado en capítulos, de los cuales el primer capítulo ofrece información acerca de cómo las personas deben tomar decisiones sensatas sobre su salud, incluidas las medidas de autocuidado y las relaciones con el enfermero consejero y el médico. Los demás capítulos se refieren a la salud y el bienestar, primeros auxilios y urgencias y problemas abdominales, del cuello y la espalda, osteomusculares, respiratorios y del pecho, de los ojos y oídos, además de dolores de cabeza, problemas de la piel, cabello y uñas, salud de los niños, enfermedades crónicas, salud de la mujer, salud del hombre, salud sexual, actividad física, nutrición, problemas de salud mental, medicina complementaria, el centro de salud en casa y desastres y amenazas a la salud pública.

Todos los temas incluyen información sobre cuándo debe recurrirse al autocuidado en el hogar y cuándo hay que llamar al enfermero consejero de la organización.

El manual ofrece un plan de autocuidado que puede seguir el afiliado, un plan de preparación de la persona para una consulta médica y asesoramiento acerca de las decisiones conjuntas sobre exámenes complementarios, medicamentos y procedimientos quirúrgicos.

Una evaluación del uso del manual en KP mostró los siguientes resultados: 70% de los afiliados de KP habían utilizado el manual en los últimos seis meses; 71% mejoraron su optimismo acerca del autocuidado con el uso del manual y 60% mejoraron su optimismo en relación a KP tras el uso del manual; el manual disminuyó en 6% las consultas médicas y en 5% los llamados telefónicos. El uso del manual también aumentó la satisfacción de los equipos de salud y de los usuarios.

Fuentes: Sobel ⁽⁸²⁷⁾; Kaiser Permanente ⁽⁸²⁸⁾

EVIDENCIA SOBRE EL AUTOCUIDADO APOYADO

En un documento sobre el autocuidado de las condiciones crónicas, la Organización Mundial de la Salud afirma categóricamente: *“Hay evidencias sustanciales en más de 400 estudios sobre autocuidado, de que los programas que proporcionan asesoramiento, educación, retroalimentación y otros auxilios a los pacientes con condiciones crónicas se asocian a mejores resultados”* ⁽⁴⁾.

Un trabajo del Departamento de Salud del Reino Unido concluyó que el autocuidado apoyado disminuye en 40% las consultas al médico de APS, en más de 50% las atenciones de urgencia y en 50% las hospitalizaciones, la tasa de estancia hospitalaria, el absentismo laboral y la utilización de medicamentos ⁽⁷⁷³⁾.

También se ha comprobado que el autocuidado apoyado aplicado en la APS genera resultados sanitarios positivos y satisfacción de los usuarios ^(6, 155, 332, 829, 830).

Es necesario reflexionar sobre las consideraciones acerca del autocuidado apoyado en el SUS. En general, ese tema tan importante para la atención de las condiciones crónicas, no se ha tratado teóricamente con la prioridad que merece, ni incorporado rutinariamente en la práctica social del SUS. En la ESF, en general, el autocuidado no se utiliza corriente ni eficazmente.

La atención de salud en la ESF está muy centrada en el profesional y, más aún en el médico y el personal de enfermería; así se recarga el trabajo de esos profesionales y el sistema es ineficiente a consecuencia de las demandas de usuarios con riesgos menores, que podrían recibir una atención multidisciplinaria dirigida al autocuidado apoyado, con mejores resultados y con un uso más eficiente de los escasos recursos.

Es absolutamente indispensable que el autocuidado apoyado se introduzca en la rutina clínica en la ESF. Su adopción, como indica la evidencia de muchos países, determinará mejor calidad de la atención y mejores resultados sanitarios y económicos en la ESF.

EQUILIBRIO ENTRE LA ATENCIÓN A LA DEMANDA ESPONTÁNEA Y LA ATENCIÓN PROGRAMADA

Para aplicar el MACC en la ESF es indispensable hacer cambios a la atención de la salud que logren un equilibrio entre la atención de la demanda espontánea, también denominada no programada, y la atención programada. El predominio del sistema fragmentado, dirigido a las condiciones y los eventos agudos, desequilibró las respuestas sociales y favoreció la atención de la demanda espontánea en detrimento de la atención programada. Siempre habrá condiciones agudas y agudizaciones de las condiciones crónicas, pero hay que lograr un aumento relativo de la atención programada de las condiciones crónicas para llegar a una situación de equilibrio. La forma de responder socialmente, por medio de los sistemas de atención de salud, a las condiciones agudas y crónicas marca la diferencia entre la atención de la demanda espontánea y la programada.

Las condiciones agudas y los eventos agudos de las condiciones crónicas llevan a los usuarios a buscar atención, sin que se pueda prever su frecuencia. En general, no es posible saber cuándo surgirá una condición aguda, ya sea consecuencia de una enfermedad infecciosa de curso corto (como amigdalitis o traumatismos) o las agudizaciones de una condición crónica (por ejemplo, una urgencia hipertensiva). Por lo tanto, la demanda espontánea es inherente a las condiciones y a los eventos

agudos, para las cuales el sistema debe estar preparado con una red de atención de urgencias.

Por el contrario, las condiciones crónicas, dado su curso largo y, a veces, definitivo, deben manejarse prioritariamente con una atención programada. Si bien hay momentos de agudización de las condiciones crónicas, no pueden equipararse a una condición aguda, ya que son eventos agudos causados por complicaciones de las condiciones crónicas. Por lo tanto, las agudizaciones de las condiciones crónicas deben considerarse eventos agudos, diferentes de las condiciones agudas, y su presencia debe interpretarse, en la mayoría de los casos, como una falla en el sistema de atención de las condiciones crónicas, especialmente en la APS.

Un sistema de atención de salud muy centrado en la atención de la demanda espontánea es una señal de debilidad de la atención de las condiciones crónicas. Tómese el caso de un sistema público maduro, como el del Reino Unido, donde 70% de las atenciones de urgencia corresponden a agudizaciones de condiciones crónicas ^(43, 370).

La atención de la demanda espontánea se debe aplicar a condiciones y eventos agudos, se da de forma intempestiva y surge del usuario en el momento que se manifiesta un síntoma o señal, sin que pueda preverse en el tiempo. Ese tipo de atención es absolutamente necesario y los sistemas de atención de salud deben planificar la atención de esa demanda. No obstante, su aplicación a la agudización de las condiciones crónicas debe reducirse a un mínimo, para lo cual habrá que mejorar la atención programada de esas condiciones. Es decir, la disminución de los eventos de agudización de las condiciones crónicas resultará, en gran parte, de una ampliación de la oferta de atención programada a las personas con esas condiciones, especialmente en la APS, porque ese tipo de atención es parte fundamental de un modelo de servicios eficaz.

La atención de la demanda espontánea responde a la conducta de queja y, por lo tanto, generalmente se inicia con una pregunta sobre qué siente la persona o cuál es su problema. Se caracteriza por la falta de información estructurada sobre las necesidades de los usuarios, las distintas expectativas de profesionales de salud y usuarios y la imposibilidad del equipo de salud de prever totalmente la atención ⁽²⁸⁸⁾. La atención de la demanda espontánea termina, en general, con una receta y no necesariamente se programa una nueva consulta clínica al terminar la primera.

A diferencia de lo anterior, la atención programada se debe aplicar cotidianamente a las condiciones crónicas, y debe ofrecerse en ausencia del ruido del evento agudo; debe ser necesariamente programada con anticipación e intervalos regulares

y previsibles ⁽²⁸⁸⁾. Así al final de una visita de atención programada, el usuario ya tendrá fecha para la próxima.

La atención programada es un encuentro clínico a iniciativa del profesional de salud, a diferencia de la demanda espontánea, que surge del usuario. La atención programada es una forma de clínica dirigida a aspectos del cuidado que no se toman en cuenta en la atención de una condición aguda o de una agudización de una condición crónica. Se basa en un plan de cuidado elaborado por el equipo de salud conjuntamente con el usuario, con el propósito principal de monitorear a ese último y de promover las modificaciones necesarias.

La atención programada se puede hacer en encuentros clínicos individuales cara a cara o puede estar a cargo de un grupo de profesionales. Cuando se trata del último, la función de cada miembro del equipo debe estar claramente establecida.

La atención programada debe estar prevista en las directrices clínicas basadas en evidencia, según estrato de riesgo de la condición crónica. Esas directrices clínicas deben indicar el tipo de atención, quién la da, en qué condiciones y con qué frecuencia. La atención programada termina en un plan de cuidado elaborado o actualizado y pactado entre el equipo de salud y el usuario correspondiente. Este tipo de atención no se inicia preguntando qué siente la persona o cuál es su problema, sino con una evaluación de lo ocurrido desde el último encuentro clínico, en relación al plan de cuidado elaborado conjuntamente. Solamente al final, después de la evaluación o la revisión del plan de cuidado, se le pregunta al usuario si quiere tratar algún otro problema en esa consulta.

La atención programada debe tener algunos requisitos de calidad: prevenir fallas, mediante la utilización de directrices clínicas estandarizadas y basadas en evidencias que se aplican a las condiciones crónicas; detectar rápidamente las fallas y solucionarlas o reducir su impacto negativo por medio de un buen sistema de información clínica, basado en la historia clínica automatizada y en el registro de las personas con condiciones crónicas por estratos de riesgo; elaborar colaborativamente los planes de cuidado y el calendario de consultas periódicas, y rediseñar los procesos para superar las fallas detectadas ⁽⁸³¹⁾.

La oferta de atención programada es un elemento fundamental del cambio del sistema de prestación de servicios del CCM y, por lo tanto, se asocia con el mejoramiento de la calidad de la atención de salud ⁽³⁾. Es más, se considera una forma de escapar de la tiranía de lo urgente ⁽⁸³²⁾.

Los sistemas fragmentados de atención de salud, generalmente, presentan una relación desequilibrada entre la atención de la demanda espontánea y la programada, favoreciendo la primera. Ello es natural porque esos sistemas se estructuran básicamente para el control de las condiciones y de los eventos agudos.

Hacer frente a las condiciones crónicas predominantemente por medio de consultas discontinuas y no programadas en unidades de urgencia ambulatorias u hospitalarias, indudablemente, lleva al fracaso sanitario y económico de los sistemas de atención de salud. En consecuencia, las políticas que proponen aumentar el número de esas unidades, sin tratar de mejorar la atención de las condiciones crónicas, especialmente en la APS, son estrategias ineficaces e ineficientes.

En vista de que las condiciones agudas exigen una atención de los eventos agudos y que siempre habrá algún número de episodios de agudización de las condiciones crónicas, el sistema de atención de salud debe planificar su capacidad de atender la demanda espontánea. Por otro lado, una RAS, organizada según el MACC, tiene como un objetivo central reducir al mínimo esas agudizaciones; por lo tanto, es necesario planificar en ese sentido, con base en intervenciones de eficacia demostrada por evidencia.

Es posible reducir la demanda espontánea de atención, ya sea ambulatoria u hospitalaria, si se establecen las RAS con modelos de atención de las condiciones crónicas. Tómese el caso de las hospitalizaciones no programadas. Hay estudios que indican que 75% de las rehospitalizaciones se pueden evitar, principalmente, con un manejo adecuado en la APS; esta es la base del concepto de hospitalizaciones por condiciones que pueden tratarse ambulatoriamente ^(833, 834). En la bibliografía internacional hay evidencia del impacto del CCM en la reducción del número de esas hospitalizaciones. Algunas revisiones sistemáticas y metaanálisis de casos de insuficiencia cardíaca mostraron que la introducción de intervenciones clave del CCM, entre ellas la ampliación de la atención programada en la APS, permitieron reducir las hospitalizaciones entre 50% y 85% y las rehospitalizaciones, en hasta 30% ^(835, 836, 837, 838, 839).

El aumento relativo de la atención programada es fundamental para mejorar la calidad de la atención sanitaria. Para lograrlo, es necesario contener la atención de la demanda espontánea excesiva por agudizaciones de las condiciones crónicas. Algunos sistemas de atención de salud más maduros están considerando esas agudizaciones como eventos centinela que señalan fallas sistémicas que es necesario detectar y superar. Por ejemplo, en la filosofía de Kaiser Permanente, las hospitalizaciones no programadas y las atenciones ambulatorias en unidades de urgencia por condiciones crónicas son señales de fallas sistémicas, porque alertan acerca del hecho de que los

usuarios no recibieron una buena atención en las etapas iniciales de su condición de salud, principalmente en la APS ^(286, 356).

El sentido común y el ejercicio de cierta racionalidad con respecto a los resultados inmediatos llevan a que gerentes, profesionales de salud y la propia población a reivindicar y concretar reiteradamente estrategias que buscan aumentar la capacidad de las unidades hospitalarias o ambulatorias para atender la demanda espontánea, lo que genera ineficiencia asignativa y malos resultados sanitarios formidables.

Las consideraciones sobre la atención de la demanda espontánea y la atención programada deben ser objeto de reflexión en el ámbito del SUS. Este último es un sistema de atención sanitaria fragmentado y excesivamente dedicado a la atención de las condiciones y los eventos agudos, lo que desequilibra la relación entre la atención de la demanda espontánea y la programada en favor de la primera. Eso se refuerza con la política de resultados a corto plazo y una cultura general de valoración de los equipos de atención de las urgencias, que tienen alta visibilidad y, en apariencia, resuelven rápidamente los problemas de salud de la población, predominantemente constituidos por condiciones crónicas.

Es cierto que en las redes de atención de urgencias, en circunstancias bien definidas, hay espacio para la implantación de las unidades de atención rápida. El programa nacional de incentivo a esas unidades, establecido por el Ministerio de Salud ⁽⁸⁴⁰⁾, fue recibido por los políticos como la oportunidad de superar la gestión tradicional de la salud, a través de una osadía gerencial que permitiría reducir la espera y como una de las pocas soluciones viables de la salud pública brasileña contemporánea ⁽⁸⁴¹⁾. Ese discurso político es excesivamente optimista, porque no hay evidencia de que las unidades de atención rápida puedan reducir la espera ni mejorar significativamente la situación de las condiciones crónicas de salud. Además, como ya se ha demostrado, aunque se necesiten esas unidades, ellas no contribuirán a mejorar la atención de salud en el SUS si no se integran en RAS y si, paralelamente, no se organiza la atención de las condiciones crónicas, también en redes, pero dando prioridad al mejoramiento de la calidad de la ESF ⁽⁸⁴²⁾. Hay un peligro latente, al cual se debe estar atento, de crear una sobreoferta de atención no programada para los eventos agudos que desorganice y desfinancie la ESF, debido al establecimiento de una competencia predatoria por recursos escasos entre los dos tipos de equipos, porque se sabe que el costo de una unidad de atención rápida es más alto que el de varias unidades de la ESF. Esta situación es particularmente importante en los municipios pequeños y medianos.

Por lo tanto, es fundamental para el SUS que se implante en la clínica de la ESF un aumento relativo de la atención programada. Se hará introduciendo al final de

cada consulta, de forma rutinaria, la programación de las visitas de seguimiento de las condiciones crónicas, según los plazos previstos en las directrices clínicas; en esas visitas se hará la revisión del plan de cuidado.

DE LA ATENCIÓN MONOPROFESIONAL A LA MULTIDISCIPLINARIA

Un quinto cambio que requiere la aplicación del MACC en la ESF es la transformación de la atención monoprofesional, muy centrada en el médico, en multidisciplinaria, a cargo de un equipo de salud de la familia.

La evidencia demuestra que la consulta médica de corta duración, como elemento central de la atención de salud en los sistemas fragmentados, no funciona para las condiciones crónicas y debe sustituirse por otras estrategias que incluyan atención de salud multidisciplinaria. Esto se debe a que la consulta médica de corta duración no puede responder adecuadamente a las condiciones agudas ni las crónicas, ni para manejar las múltiples condiciones de salud. En consecuencia, tampoco sirve para promover la interacción productiva entre médicos y usuarios ⁽¹⁵⁵⁾.

¿Cómo se puede resolver ese problema sin prescindir de la consulta médica, que es indispensable en el indelegable trabajo médico y en el ejercicio de liderazgo de los médicos en los equipos de salud de la ESF?

Hay dos opciones. La primera, conocida como la estrategia del portero, con argumentos de sentido común, consiste en reducir la población de responsabilidad de cada médico; ha sido propuesta reiteradamente en Brasil, pero afronta dos obstáculos insuperables en el SUS: la escasez de médicos de familia y comunidad y los costos que genera esa estrategia. La segunda, y la más viable, que se ha denominado de complementación, se trata de utilizar un equipo de salud multidisciplinario que interactúe con los médicos y pueda asumir parte de la responsabilidad de la consulta médica corta, desempeñando varias tareas, con ventajas, en la ESF ⁽⁸⁴³⁾. En otras palabras, la complementación no consiste en aumentar el tiempo de la consulta médica, lo que no ha sido posible en ningún sistema de atención de salud, sino agregar tiempo de atención por otros profesionales que integran un equipo multidisciplinario de salud. La consulta médica de corta duración seguirá existiendo, pero será redefinida en un contexto multidisciplinario.

El análisis comparativo de las prácticas de la APS en Inglaterra y los Estados Unidos muestra la viabilidad de la complementación. La evidencia señala que, en Inglaterra, la atención con más tiempo tuvo mejores resultados en casos de diabetes, asma y enfermedad coronaria ^(844,845). Aunque el tiempo de atención haya sido más largo

en Inglaterra, los médicos ingleses dedicaron menos tiempo a las consultas (8 minutos, en promedio) que los médicos estadounidenses, pero se complementaron con prácticas a cargo del personal de enfermería, especialmente en acciones preventivas, cuidados continuos de las condiciones crónicas y atención domiciliaria, que muestran buenos resultados clínicos, incluso con una consulta médica más corta ⁽⁶⁵³⁾. Es decir, se mantuvo la consulta médica corta, pero se alargó el tiempo de la atención de las condiciones crónicas con un equipo multidisciplinario.

El equipo multidisciplinario está constituido por un grupo de trabajadores que se comunican regularmente entre sí respecto de la atención de salud de un grupo de usuarios de los servicios de salud de su responsabilidad y a quienes dan atención integrada ⁽⁶⁷⁾. El objetivo de la atención multidisciplinaria es prestar el servicio apropiado, en el lugar adecuado, en el momento oportuno y por el profesional que corresponda, lo cual es coherente con el concepto de RAS ^(846, 847, 848).

El potencial de un equipo multidisciplinario de mejorar los resultados sanitarios y económicos de los sistemas de atención de salud radica en su capacidad de aumentar el número y la calidad de los servicios disponibles ⁽⁸⁴⁹⁾.

En la atención multidisciplinaria, las tareas se distribuyen entre los diferentes miembros del equipo de salud, según los fundamentos de la atención de salud basada en la población ⁽⁸⁵⁰⁾. Para ello, es necesario registrar a la población adscrita, por condiciones de salud, estratificar por riesgos a las personas con condiciones de salud y utilizar instrumentos de gestión de la clínica. Las condiciones y los eventos agudos serán clasificados por riesgos por el enfermero y los usuarios deberán llegar a los médicos en el momento adecuado, según sus riesgos, clasificados por colores (azul, verde, amarillo, naranja y rojo, según el Sistema Manchester de clasificación de riesgo). Los usuarios que necesitan atención preventiva, autocuidado, educación en salud y aspectos estandarizados de monitoreo o tratamiento podrán atenderse con miembros del equipo de salud que no sean médicos. Una parte de la atención se dará en sesiones de grupo, con la presencia simultánea de varios profesionales. Los usuarios con condiciones más complejas, según la estratificación, tendrán una concentración mayor de cuidados profesionales, especialmente médicos, y aquellas con condiciones crónicas muy complejas serán atendidas por un equipo multidisciplinario coordinado por un gestor de caso.

Se han propuesto algunas prácticas innovadoras de atención multidisciplinaria, como el modelo de pequeños equipos con “directores técnicos” (como en los deportes) de salud, profesionales no médicos que atienden la preconsulta, la programación de las consultas, la discusión de las metas con los usuarios, la conciliación de

medicamentos, la prescripción de cuidados cotidianos y la posconsulta y participan de la consulta junto con el médico ⁽¹⁸⁸⁾.

La atención multidisciplinaria es buena para todo el equipo. Para los médicos, porque elimina tareas que no requieren su competencia y les disminuye la carga excesiva de atención; para los otros profesionales del equipo, porque los incluye en el trabajo en equipo con una clara distribución de las tareas, y para los usuarios, porque están bien informados del trabajo multidisciplinario, reciben atención continua o compartida que integra las acciones preventivas y curativas y estimula el autocuidado ⁽¹⁵⁵⁾. Hay indicios de que los usuarios pueden transferir su confianza en el médico a todo el equipo multidisciplinario ⁽⁶⁵⁶⁾. Es más, los usuarios se benefician porque ganan tiempo y comodidad al poder relacionarse en un mismo día con diferentes profesionales, en consultas programadas en secuencia o con grupos de profesionales.

En el trabajo de la ESF, individuos de diferentes disciplinas se unen para dar la atención, entre ellos, el médico de familia y comunidad, el equipo de enfermería y el de salud bucal, el asistente social, el farmacéutico, el psicólogo, el nutricionista, el fisioterapeuta, el profesional de educación física y el agente comunitario de salud.

La atención multidisciplinaria no se refiere solamente a un grupo de diferentes personas de distintas profesiones que trabajan conjuntamente en la ESF por un tiempo determinado. Es necesario crear un espíritu de cuerpo, para lo cual los diferentes profesionales deben establecer y compartir una visión común y aprender a resolver problemas mediante la comunicación, de modo que puedan maximizar las habilidades particulares de cada uno. Las tareas de la atención deben distribuirse de acuerdo con las competencias y las áreas de interés de cada miembro del equipo. Algunos elementos fundamentales del trabajo en equipo son una estrategia de largo plazo, concentración en la misión y la visión y superación de la resistencia a los cambios que exige el trabajo en equipo.

El trabajo multidisciplinario es importante porque trae un valor agregado: son más ojos y más oídos; las percepciones generadas por diferentes conocimientos son distintas, y hay una variedad más amplia de habilidades; por eso es que este tipo de atención se ha considerado criterio de calidad de la APS ^(849, 850).

El trabajo multidisciplinario debe llevarse a cabo en equipo. Los miembros de los equipos de salud asumen funciones y responsabilidades para ejercer tareas compatibles con su capacidad profesional y sus puntos fuertes. La relación jerárquica del trabajo convencional, con fuerte dominio médico, se sustituye por relaciones horizontales, ya que cada miembro del equipo es valorado por prestar servicios significativos e imprescindibles para mejorar la salud de las personas con condicio-

nes crónicas. En un verdadero equipo está claramente entendido que, aunque con diferentes funciones, no es posible agregar valor para los usuarios de la ESF si todos no participan de forma integrada y cooperativa.

El trabajo en equipo redundará en mayor beneficio en ciertas condiciones: cuando el resultado es mejor que trabajando individualmente; cuando el trabajo conjunto parece coherente para todos los miembros del equipo; cuando las intervenciones requieren una combinación de diversas competencias; cuando los mecanismos de competencia entre trabajadores individuales resulta en una reducción de la eficacia, y cuando el grado de estrés de los individuos es demasiado alto ⁽⁸⁵¹⁾. Todas esas condiciones están presentes en el trabajo de la ESF.

Hay ciertas características que hacen que el trabajo del equipo sea efectivo: atmósfera relajada que refleja el interés de todos; participación plena de todos los miembros en el alcance de los objetivos; aceptación de los objetivos por todos los miembros; capacidad de escuchar mutua y libertad para hacer sugerencias creativas; clima abierto para analizar divergencias; decisiones, en su mayoría, tomadas por consenso; crítica franca y constructiva; libertad de los miembros para expresar sentimientos en relación con las tareas y cómo realizarlas; claridad de la definición de funciones de los diferentes miembros del equipo; liderazgo mudo, de vez en cuando, con base en conocimientos, más que en una posición formal, y grupo consciente de su forma de funcionamiento, la cual analiza periódicamente ⁽⁸⁵²⁾.

Hay indicios de que el trabajo en equipo en los sistemas de salud depende de su grado de diversidad profesional y de que la actitud de sus miembros sea cooperativa ⁽⁸⁵³⁾. Los modelos de equipos multidisciplinarios cooperativos más eficaces incluyen: definición compartida del problema; apoyo a los usuarios; abordaje compartido de problemas específicos; elaboración compartida de los planes de cuidado; confianza y respeto mutuos; monitoreo de las condiciones crónicas, y acceso rápido a los médicos especialistas ⁽⁷⁹³⁾. Para que el trabajo cooperativo se imponga y para que sea cohesivo, son imprescindibles las siguientes características: definición de objetivos generales; definición de objetivos específicos mensurables; utilización de sistemas clínicos y administrativos; división clara del trabajo; educación permanente de todos los profesionales, y proceso de comunicación efectivo ^(155, 854). La definición de objetivos generales se hace por metas de mejoramiento de la salud de la población adscrita, la reducción de las barreras de acceso a la ESF y la satisfacción del equipo de salud y de la población adscrita. Algunos ejemplos de objetivos específicos mensurables son: 80% de las personas con diabetes tienen hemoglobina glucosilada de 7% o menos; 70% de las personas con hipertensión tienen presión arterial por debajo de 14/9; 90% de las personas que buscan atención no urgente serán atendidas en un plazo máximo de 24 horas.

Para el trabajo en equipo hay que implantar sistemas clínicos estandarizados, como procedimientos para renovar las recetas de medicamentos de uso continuo y para entregar los resultados de laboratorio. También se requieren sistemas administrativos, por ejemplo, para programar las consultas de los usuarios. Debe haber una clara división del trabajo, como se indica en el cuadro 10. Es importante que exista un sistema de educación permanente para todos los miembros del equipo multidisciplinario. Asimismo, deben estar bien establecidos los mecanismos de comunicación, ya sean por escrito, electrónicos, rápidos cara a cara con interacción verbal entre los miembros del equipo y reuniones, así como procesos de comunicación relativos a la retroalimentación y técnicas de resolución de conflictos.

Un aspecto central del trabajo en equipo en la APS es la evaluación de las percepciones de los miembros del equipo sobre sus procesos de trabajo ⁽¹⁵⁵⁾. En esa evaluación se debe tratar de responder algunas preguntas fundamentales: el equipo, ¿tiene claramente articuladas metas clínicas y administrativas con indicadores mensurables para poder mejorar el trabajo?, ¿tiene una combinación de profesionales que le permita lograr las metas? Los procesos, ¿están organizados para hacer las tareas administrativas cotidianas, por ejemplo, clasificar las personas a través de llamadas telefónicas o comunicar los resultados de exámenes a los usuarios?

Cada proceso clave debe pasar por un diagnóstico que incluya el mapeo de cada proceso. A partir de ese mapa del proceso real pueden sugerirse cambios al trabajo del equipo. El cuestionario del cuadro 10 puede servir ese propósito, siempre que se adapte a las diferentes realidades de los equipos de la ESF.

Cuadro 10: Evaluación de procesos clave de la atención primaria de salud

PROCESO	Funciona bien	Tiene problemas menores	Tiene problemas graves	Totalmente desorganizado	Se está resolviendo	No sabe	Es motivo de queja de las personas
Atención telefónica							
Sistema de programación							
Solicitud de exámenes							
Entrega de resultados de exámenes							
Renovación de recetas							
Referencias a otros niveles							
Procedimientos preventivos							
Autocuidado apoyado							
Clasificación de riesgos en la urgencia							
Atención de las condiciones agudas							
Educación en salud							
Estratificación de riesgo de las condiciones crónicas							
Plan de cuidado							
Educación permanente del equipo							
Gestión de caso							
Programación del trabajo							
Contrato de gestión con base en el desempeño							

Fuente: Adaptado de: Dartmouth Medical School/Center for the Evaluative Clinical Sciences/Institute for Health Care Improvement (855).

Un aspecto esencial del trabajo de los equipos de la ESF es la evaluación de la satisfacción de sus trabajadores. En el recuadro 17 figura un instrumento que tiene esa finalidad.

Recuadro 17: Cuestionario de autoevaluación de la satisfacción de un miembro del equipo de la ESF

- 1. Soy tratado con respeto, todos los días, por las personas que trabajan en esa unidad.**
 Plenamente de acuerdo De acuerdo Plenamente en desacuerdo Desacuerdo
- 2. Recibo todo lo que necesito para desempeñar mi trabajo: materiales, instrumentos, equipos y motivación**
 Plenamente de acuerdo De acuerdo Plenamente en desacuerdo Desacuerdo
- 3. Cuando hago un buen trabajo, alguien en la unidad lo reconoce.**
 Plenamente de acuerdo De acuerdo Plenamente en desacuerdo Desacuerdo
- 4. ¿Cuán estresante es trabajar en esa unidad?**
 Muy estresante Medianamente estresante Poco estresante No es estresante
- 5. ¿Con qué grado de tranquilidad se puede preguntar a alguien respecto de atender a las personas?**
 Muy fácil Fácil Difícil Muy difícil
- 6. ¿Cómo clasifica usted la moral del equipo y sus actitudes en el trabajo en esa unidad?**
 Excelente Muy buena Buena Razonable Mala
- 7. En esa unidad se trabaja mejor hoy que hace unos años.**
 Plenamente de acuerdo De acuerdo Plenamente en desacuerdo Desacuerdo
- 8. Recomiendo a esa unidad como un lugar muy bueno para trabajar.**
 Plenamente de acuerdo De acuerdo Plenamente en desacuerdo Desacuerdo
- 9. ¿Cómo podría esa unidad mejorar para los usuarios?**

- 10. ¿Cómo podría esa unidad mejorar para los profesionales que trabajan en ella?**

Fuente: Dartmouth Medical School Center for the Evaluative Clinical Sciences/ Institute for Healthcare Improvement ⁽⁸⁵⁵⁾.

En gran parte, la división de tareas entre los miembros de los equipos de salud debe estar definida en las directrices clínicas basadas en evidencia. Sin embargo, es necesario que haya una planificación previa de cada función clave de la atención, en la que cada miembro del equipo tenga la suya bien clara. Para ello se utiliza una planilla de distribución de tareas que se construye conjuntamente por todo el equipo. Generalmente, se proponen las tareas clínicas, pero pueden planificarse también las logísticas. En el cuadro 11 se presenta una planilla de distribución de tareas del equipo de salud, que tiene, en las columnas, los profesionales que participan en el equipo y en las filas, la función dividida en tareas.

Cuadro 11: Distribución de funciones y tareas del equipo de la PSF

Función	Médico	Enfermero	Auxiliar de enfermería	Agente comunitario de salud	Pa	Pb	Pz
Tarea 1							
Tarea 2							
Tarea 3							
Tarea 4							
Tarea 5							

Fuente: Mendes ⁽⁸⁵⁶⁾

El cuadro 11 presupone un equipo de la ESF que tenga, como mínimo, un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y un agente comunitario de salud y que, de acuerdo con la realidad de cada equipo, pueda agregar otros profesionales (Pa a Pz), por ejemplo, gerente, asistente social, farmacéutico, fisioterapeuta, nutricionista, profesional de educación física, psicólogo y recepcionista. En cada celda debe describirse lo que el profesional debe hacer en cada tarea de una función clave.

Desde el punto de vista de la transformación de una atención monoprofesional centrada en el médico a una atención multidisciplinaria, la distribución de las tareas de un equipo de salud se beneficia de una composición correcta de las categorías de funciones que pueden distribuirse entre el médico y los demás profesionales de salud. Starfield ⁽⁶⁷⁾ identifica tres categorías de funciones que deben ser objeto de la distribución en el equipo de salud: las suplementarias, como dar inyecciones o vacunas, que podrían ser realizadas por los médicos, pero de forma ineficiente; las complementarias, como el asesoramiento para el cambio de comportamiento y estilo de vida, que los médicos no disponen de habilidad ni tiempo para realizarlas, y las sustitutivas, que normalmente son realizadas por los médicos, pero que pueden ser delegadas a otros miembros del equipo, como algunos procedimientos estandarizados de atención de las condiciones crónicas. Otros autores consideran que la distribución de las funciones en los equipos multidisciplinarios se hace mediante estrategias de combinación de competencias: el fortalecimiento, es decir, la ampliación de las tareas de un determinado profesional; la sustitución, en la que la función de un profesional se comparte con otro; la delegación, en la que las tareas de un profesional son asignadas a otro, y la innovación, que corresponde a traer nuevos profesionales al equipo ⁽⁸⁴⁸⁾. Una distribución excelente de funciones en un equipo de la ESF evitará que haya redundancias y repetición del trabajo.

Un incentivo para agregar nuevos profesionales a un equipo de salud es la posibilidad de sustituir al médico por otro tipo de profesional en ciertas tareas. En dos investigaciones en que se examinó la sustitución del médico por enfermeros y asistentes médicos en ciertas tareas de la APS, se constató que los segundos prestaron servicios de una calidad equivalente a la de los primeros ^(857, 858). Estos estudios no llegaron a una conclusión acerca de si la sustitución por profesionales de menor sueldo reduce el costo de la atención por consulta ⁽⁸⁵⁹⁾. No obstante en un estudio realizado en los equipos de APS en los Estados Unidos, se concluyó que los equipos que hicieron mayor uso de los enfermeros y asistentes médicos en relación a los médicos tuvieron un costo menor por consulta ⁽⁸⁶⁰⁾.

El trabajo en equipo debe mejorar el desempeño clínico por la sinergia entre diferentes profesionales que proporcionan una combinación de habilidades clínicas. Hay numerosos estudios que sugieren que los equipos multidisciplinarios producen resultados clínicos superiores a los alcanzados por los arreglos tradicionales cuando incorporan enfermeros, asistentes sociales, psicólogos y farmacéuticos ⁽⁸⁴⁹⁾. Un trabajo constató que solo se gana en eficiencia cuando el médico delega funciones clínicas al enfermero e invierte su tiempo en cosas que solo él puede hacer ⁽⁸⁶¹⁾.

No obstante, ¿será que basta que un grupo de profesionales esté junto en una unidad de la ESF para constituir un equipo? En el recuadro 18 se trata de dar respuesta a esa pregunta, con base en un caso adaptado del trabajo médico de una unidad de atención primaria ⁽¹⁵⁵⁾.

Recuadro 18: El trabajo médico en la Unidad de Salud Soledad

El doctor Juanes es un médico de familia que trabaja en la unidad Soledad de la ESF. En una consulta programada de 15 minutos, este médico atiende a don Antonio, un hombre de 65 años de edad, con hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Tras un diálogo inicial, el doctor Juanes toma la presión arterial y busca en la historia clínica individual, impresa, los resultados más recientes de exámenes complementarios. A continuación, en 5 minutos examina los siete medicamentos que trajo don Antonio y se da cuenta de que está tomando mal dos de ellos. Al revisar las acciones de prevención, observa que don Antonio no se vacunó contra la influenza y va a la sala de vacunas para solicitar que lo vacunen después de la consulta médica. Vuelve al consultorio y observa que no se hicieron cambios en la alimentación y se toma 5 minutos más hablando de la importancia de la reeducación alimentaria. Al final, don Antonio reclama que no consiguió la consulta con el nefrólogo y el doctor Juanes le promete empeñarse personalmente en lograrla.

Cuando termina la consulta, el médico piensa que no necesita un título de médico para gran parte de lo que le tocó hacer en la consulta con don Antonio.

Una reflexión sobre el trabajo en la unidad Soledad trae a la luz dos preguntas: ¿Quiénes deben constituir un equipo de la ESF? y ¿cómo los miembros del equipo pueden funcionar como tal y no como un mero conjunto de individuos que trabajan en una misma unidad de la ESF?

Se puede usar como metáfora un equipo de fútbol. Este necesita de una combinación de jugadores: 11 individuos entre el arquero, zagueros, laterales o alas, volantes, medio campistas y delanteros. Solamente cuando ese conjunto de personas está adaptado, es decir, genera sinergia entre el juego (función) de uno y otro, es posible ganar los partidos. Lo mismo debe ocurrir con los equipos de salud de la ESF, que deben distribuir bien las funciones entre el gerente, el médico, el enfermero, el técnico de enfermería, el farmacéutico, el nutricionista, el psicólogo, el asistente social, el equipo de salud bucal, el fisioterapeuta, el profesional de educación física, el recepcionista y el agente comunitario de salud. Pero, en el equipo de fútbol no basta con que haya buenos jugadores; es necesario que tenga un plan táctico y que entrene bastante todas las semanas. Lo mismo debería ocurrir en el equipo de salud que, en general, funciona sin un plan táctico y sin entrenamiento continuo. En resumen, es común que haya un grupo de profesionales en la ESF, que no funciona efectivamente como equipo.

Es ingenuo pensar que al juntar en una unidad de la ESF un grupo de profesionales, ellos podrán, de hecho, funcionar como equipo. Volviendo a la metáfora del fútbol, los equipos destinan, como mínimo, cuatro horas por día de la semana al entrenamiento para jugar un partido oficial por 90 minutos el domingo en la tarde. Sin embargo, a menudo se encuentra que los equipos de la ESF dedican dos horas al año en entrenamiento para dar atención 40 horas por semana. ¿Explicará esa diferencia el hecho de que en el fútbol los resultados son transparentes e inmediatos?

Es indiscutible que el equipo de la ESF debería organizarse como un buen equipo de fútbol, pero ¿cómo? Suponiendo que el grado de competencia y colaboración entre los miembros del equipo sea razonable, algunos equipos funcionan como un ente que es más que la suma de sus partes, pero otros no. Los factores asociados a un mejor desempeño incluyen buen liderazgo, clara división de funciones, capacitación de los miembros para cumplir su función, trabajo en equipo y apoyo de la organización al trabajo en equipo.

Parece haber una asociación entre el clima organizacional favorable y equipos más armónicos, pero se requiere una inversión significativa para crear y sustentar equipos armónicos. Esa inversión incluye el entrenamiento de los miembros sobre el trabajo en equipo, implantación de protocolos que definan quién hace qué en los equipos, adopción de reglas de funcionamiento (como procesos de decisión y comunicación) e incentivos para los funcionarios que no participan directamente en las tareas clínicas ⁽¹⁵⁵⁾. Algunos estudios que han investigado la cohesión de los equipos de salud y su asociación con la eficacia operativa sugieren que esa cohesión se vincula con mejores resultados clínicos para las personas adscritas a esos equipos. Por ejemplo, un estudio en Inglaterra mostró que el desempeño en la atención de

la diabetes, la satisfacción de los usuarios, la continuidad del cuidado y el acceso a la atención son significativamente mejores en equipos con puntajes más altos en el rubro de cohesión interna ⁽⁸⁴⁴⁾. Otra investigación realizada con los equipos de APS de Kaiser Permanente sugiere que los equipos con cultura clínica colaborativa producen mejores resultados clínicos, incluso en el control de la diabetes y de la hiperlipidemia, y generan más satisfacción en los usuarios ⁽⁸⁶⁰⁾. De la misma forma, el estudio mostró que los adultos mayores atendidos por equipos más armónicos en su organización y funcionamiento obtuvieron mejores resultados físicos y emocionales ⁽⁸⁶¹⁾.

Si los equipos de salud son una buena idea, cabe preguntarse entonces, ¿por qué ellos no son más comunes en la práctica cotidiana de la ESF?

La investigación demuestra que los equipos tienen dificultades que surgen de la complejidad de una organización. A medida que el tamaño de los equipos aumenta, los costos de transacción de las comunicaciones interpersonales se incrementan exponencialmente y pueden superar los beneficios del trabajo en equipo ⁽⁸⁶²⁾. La relación entre el tamaño de los equipos y el trabajo en equipo puede asumir una forma de U: muchos miembros o pocos miembros reducen la eficacia ⁽⁸⁶³⁾. Se sugiere que un tamaño óptimo puede estar entre 6 y 12 miembros ⁽⁶⁷⁾.

En el trabajo en equipo también se presentan problemas de relaciones humanas y personalidades. Mientras algunos miembros funcionan como iniciadores y motivadores, otros pueden asumir posturas negativas como bloqueadores y dominadores. A pesar de que hay evidencia de que el trabajo en equipo mejora el desempeño clínico, la delegación de tareas a otros profesionales puede afectar la satisfacción de los médicos, que piensan que son ellos quienes deben proveer toda la atención.

Sin duda, la razón principal es la carencia de un verdadero equipo multidisciplinario, porque faltan profesionales esenciales para una ESF de calidad en los equipos. La variada naturaleza de los problemas clínicos en la ESF hace aún más compleja la formación de equipos. Es difícil equilibrar la realidad de que algunos profesionales tienen más conocimientos que otros con la importancia de que todos deben participar activamente en la atención de salud ⁽⁸⁶⁴⁾.

Los incentivos económicos deben tener el propósito de reforzar el trabajo en equipo. En ese sentido, el pago por desempeño es positivo y el pago por procedimientos, en general, es una forma de desestimular la formación de equipos de salud.

Hay métodos que permiten evaluar la cooperación entre los miembros de un equipo de salud. Uno de ellos, desarrollado y aplicado en cuatro regiones de Quebec, Canadá, tenía los objetivos de validar indicadores del modelo de cooperación,

evaluar la cooperación entre profesionales y entre organizaciones y proponer una tipología de cooperación ⁽⁸⁶⁵⁾.

Hay buena evidencia sobre la función de diferentes profesionales de salud en la atención de las condiciones crónicas en la APS. El examen de la bibliografía muestra la relevancia de la función del personal de enfermería en relación con el control de las condiciones crónicas en la APS ^(866, 867, 868, 869); de farmacéuticos clínicos ^(870, 871, 872); de los agentes comunitarios ^(873, 874) y en el SUS ^(875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885); de los equipos de salud mental ^(38, 886, 887, 888, 889, 890), y de los asistentes sociales ^(849, 890).

Existe una tendencia demostrada a aumentar la participación de los enfermeros en la atención de las condiciones crónicas en la APS ^(858, 891, 892, 893, 894), al igual que la hay acerca del efecto positivo del trabajo del equipo multidisciplinario en varias dimensiones de la práctica de la APS: en la experiencia de los usuarios ^(854, 872), el desarrollo profesional de los miembros de los equipos de salud ⁽⁸⁵⁴⁾, la calidad de la atención y los resultados sanitarios ^(854, 861, 892, 895, 896, 897, 898); la utilización de los recursos de salud ^(854, 899), y la satisfacción de los prestadores de servicios ⁽⁸⁵⁴⁾.

Esas reflexiones producidas por la transformación de la atención monoprofesional en atención multidisciplinaria en la ESF deben hacerse en relación con la particularidad del SUS.

A diferencia de otros modelos de medicina familiar, hay que celebrar que la ESF adoptó, en el PSF, su modelo de origen, el trabajo multidisciplinario del médico con el equipo de enfermería y el agente comunitario de salud y, posteriormente, el equipo de salud bucal. El análisis de la ESF como parte del SUS muestra que se favorece la atención profesional prestada por el médico y el equipo de enfermería. En general, las consultas son de corta duración; incluso hay un parámetro muy difundido, que es de programar cuatro consultas por hora ⁽⁹⁰⁰⁾.

La introducción de otros profesionales no médicos en la ESF alivió la carga de trabajo médico, especialmente el de la consulta de enfermería; sin embargo, ese cambio estuvo muy contaminado por la lógica de la atención médica de corta duración, que tiende a medicalizar el trabajo del enfermero.

Sin embargo, falta evidencia que permita analizar con profundidad los resultados de ese modelo de atención por sus resultados sanitarios y el uso de recursos; no obstante, se puede suponer, a partir de experiencias internacionales, que los mismos problemas descritos en países desarrollados en relación a un sistema todavía muy enraizado en la consulta médica de corta duración deben estar presente en el SUS.

La propuesta de introducir los NASF en la ESF, aunque pueda tener resultados positivos en el proceso de educación permanente de los equipos de salud, es insuficiente para construir una propuesta consecuente de atención multidisciplinaria. Esto se debe a que los profesionales dan apoyo longitudinal a los equipos de la ESF, pero no los componen orgánicamente, por lo tanto, no tendrán la capacidad de generar vínculos con los usuarios. Esto es patente en la norma cuando se propone un NASF para 8 a 20 equipos de la ESF. Sin considerar las posibilidades de crear un nivel de referencia más en las RAS, lo que seguramente, aunque no está en la propuesta oficial, es una posibilidad de reinterpretación de la norma en la práctica social concreta.

Hay que tener claro que un equipo de salud de la familia muy centrado en la atención provista por el médico y el enfermero no puede generar resultados sanitarios positivos en relación a las condiciones crónicas; esto está demostrado por la evidencia producida por los modelos de atención de esas condiciones de salud. Es necesario incluir en los equipos de la ESF, como miembros orgánicos y no solamente en una función de apoyo, a otros profesionales, como asistentes sociales, farmacéuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profesionales de educación física y psicólogos. La hipótesis es que esos nuevos profesionales podrán trabajar a razón de uno por cada tres equipos de la ESF. Se generarán mayores costos, pero aumentará la eficiencia asignativa del SUS, porque esa medida es muy costo-eficaz. De no incorporarse esos nuevos profesionales como miembros efectivos de los equipos de la ESF, será muy difícil manejar las condiciones crónicas. ¿Cómo podría atenderse adecuadamente la diabetes en la ESF sin nutricionista o los trastornos mentales sin psicólogo? ¿Cómo podría manejarse la adhesión a los medicamentos sin un farmacéutico clínico o los programas de actividad física sin profesionales en esa materia?

Una revisión sistemática de la bibliografía sobre el trabajo multidisciplinario en los sistemas de atención de salud no reveló que una cierta composición de los equipos de salud fuera mejor que otra, aunque se haya concluido que el haber agregado enfermeros, asistentes sociales, profesionales de salud mental, farmacéuticos y agentes comunitarios haya sido una manera útil de aumentar la fuerza de trabajo para el control de las condiciones crónicas. Además, se constató que no basta con aumentar las competencias de los equipos existentes para obtener mejores resultados sanitarios ⁽⁷⁹³⁾, que es algo a tener en cuenta al repensar la composición de los equipos de la ESF.

Sin una ampliación de los equipos de la ESF para enriquecer el trabajo multidisciplinario – que exigirá más recursos– no se resolverán los problemas de las condiciones crónicas. Porque la introducción de nuevas formas de atención de esas condiciones, además de las consultas médicas y de enfermería, exige la participación de esos

nuevos profesionales en los equipos de la ESF. Ese es un cambio imprescindible que debe hacerse en el SUS para consolidar la ESF.

NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN PROFESIONAL

Un sexto cambio fundamental en la atención de salud para aplicar el MACC en la ESF es la introducción de nuevas formas de atención profesional en la clínica. La evidencia que sustenta esa modificación está bien clara en el CCM. Esas nuevas formas de atención constituyen, junto con la nuevas relaciones entre especialistas y generalistas, los cambios propuestos por el proyecto del sistema de prestación de servicios del CCM ⁽³⁾.

La clínica de la ESF en el SUS está muy concentrada en los encuentros clínicos individuales frente a frente, en consultas médicas y de enfermería. Seguramente hay actividades de grupos, pero en general, se llevan a cabo de forma tradicional, muchas veces como charlas para conjuntos de personas. La incorporación al MACC de nuevas formas de atención profesional establecidas en el CCM aún no se ha instituido en la ESF brasileña.

La ampliación del equipo multidisciplinario es una condición necesaria para introducir nuevas formas de atención profesional en la ESF. Una ESF que depende significativamente del personal médico y de enfermería no permite la utilización consecuente de nuevas formas de atención profesional. Otra condición fundamental de las nuevas formas de atención profesional es la ampliación de los tipos de atención que ofrece la ESF. En general, la programación del trabajo de los profesionales se hace con consultas médicas y de enfermería y actividades de grupo. Las nuevas formas de atención profesional deben incluirse en el programa de trabajo del equipo de la ESF.

Esas nuevas formas de atención profesional se han propuesto para la atención programada, por lo tanto, no se aplican a la de la demanda espontánea; entre ellas se destacan la atención compartida en un grupo y la atención continua.

ATENCIÓN COMPARTIDA EN GRUPO (ACG)

La atención compartida en grupo o ACG se ha adoptado como una manera de superar los problemas de los sistemas de atención de salud basados en la atención monoprofesional cara a cara muy dependiente de la consulta médica de corta duración y para ser consecuentes con las prácticas multidisciplinarias eficaces ⁽⁹⁰¹⁾.

La ACG va más allá de una consulta para atender necesidades biológicas y médicas, ya que sirve para lidiar con los aspectos educacionales, psicológicos y sociales

de un grupo de personas con condiciones crónicas de salud ⁽⁹⁰²⁾. Sin embargo, la ACG no consiste en un grupo de educación en salud, ya que su lógica es muy distinta. Como su nombre lo indica, la ACG no se dirige a un individuo, ni la provee un único profesional; se dirige a grupos de personas con condiciones de salud similares (atención al grupo) y cuenta con el aporte simultáneo de varios profesionales del equipo de salud (atención compartida). En ese modelo, el equipo de salud facilita un proceso interactivo de atención que se da en encuentros periódicos a un grupo de personas con condiciones crónicas.

John Scott, de la Universidad de Colorado, Estados Unidos, fue quien desarrolló originalmente la ACG para grupos de adultos mayores débiles ⁽⁹⁰³⁾. Los resultados fueron muy positivos: la demanda de servicios de urgencia disminuyó 30% y las hospitalizaciones, 20%; se redujo el número de consultas con especialistas y aumentó el de consultas con profesionales de la APS; disminuyeron las llamadas a médicos y enfermeros; se generó mayor satisfacción entre los usuarios, y se redujeron los costos de la atención ⁽⁹⁰²⁾. El abordaje se adoptó posteriormente para otras condiciones crónicas, como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, cáncer, asma, depresión, dolor crónico y fibromialgia. La ACG se ha aplicado con buenos resultados a la atención de las embarazadas y al control del sobrepeso y la obesidad ^(904, 905).

La ACG ha sido indicada para personas que necesitan monitoreo continuo, tienen condiciones crónicas estables, necesitan más tiempo de atención o tienen gran necesidad de apoyo emocional o psicosocial ⁽⁹⁰⁶⁾. Es particularmente útil para los usuarios frecuentes de los servicios de APS que, en general, tienen malestares y reciben tratamiento inadecuado y, por ello, tienen resultados insatisfactorios y siempre están descontentos con la atención que reciben ⁽⁹⁰⁷⁾. La ACG ha mostrado ser eficaz para la atención de todas las edades ⁽⁹⁰⁸⁾. En ciertas circunstancias, los miembros de la familia de las personas con condiciones crónicas pueden participar de los grupos.

La ACG se recomienda por varios motivos: le muestra a la persona afectada que ella no es la única con su condición, cualquiera sea; genera esperanza al ver casos de éxito en otras personas; comparte información; disminuye la ansiedad; ofrece aprendizaje interpersonal y cognitivo, y aumenta la cohesión del grupo ⁽⁹⁰⁶⁾.

La implantación de la ACG supone una buena planificación del equipo multidisciplinario y un espacio físico adecuado con medios necesarios para llevar a cabo trabajo grupal.

La atención es compartida, porque siempre exige la presencia de un equipo multidisciplinario que debe tener médico, enfermero, farmacéutico, asistente social y otros profesionales, en función de la condición de salud del grupo. Por ejemplo,

cuando se trata de diabetes, es importante contar con la presencia de nutricionista y cirujano-dentista; en el caso de salud mental, un psicólogo, etc. La participación del médico y el enfermero es imprescindible en todos los grupos.

La planificación debe ser minuciosa y realizarse por lo menos dos meses antes de comenzar las consultas. Esa planificación previa incluye la definición de los objetivos de la ACG, que pueden ser: aumentar la participación de los usuarios en su salud y la satisfacción de los usuarios y del equipo de atención de salud; alcanzar los resultados óptimos definidos en las directrices clínicas y establecer un sistema de monitoreo de las condiciones crónicas.

Los grupos deben ser formados por 20 a 25 personas afectadas por condiciones crónicas similares. Se recomienda seleccionar alrededor de 50 personas y tener en cuenta que, en promedio, de 30% a 50% no son adeptas a participar en actividades de grupo. Los participantes deberán haber manifestado su intención de participar en los grupos, ya que el hacerlo siempre es de carácter de voluntario.

Esos grupos son formados a partir del examen de los registros por condiciones de salud, según la estratificación de los riesgos. Las historias clínicas y los planes de cuidados de los participantes deben ser revisados por el equipo de la ESF. También debe haber una definición clara de las tareas que desempeñará cada miembro del equipo. Puede servir utilizar una planilla de distribución de responsabilidades, como la propuesta en el cuadro 10 (anterior). Después de la elaboración de la lista de participantes, debe hacerse una segunda revisión, más detallada, para excluir a las personas que no tengan las condiciones de participar en la ACG, por ejemplo, las que tengan enfermedades terminales, problemas graves de memoria o audición, personas con diferencias culturales, étnicas o lingüísticas profundas (pueden organizarse grupos específicos para esas personas) o las que viajan constantemente, etc. Los participantes deben recibir notificación, por escrito, acerca del lugar, la fecha y el horario de las consultas, que serán programadas previamente por el equipo. Debe hacerse otro contacto, telefónico o por correo electrónico en los días inmediatamente anteriores a la actividad.

Habrá que realizar una reunión preparatoria del equipo de salud antes de la primera sesión. La información acerca de cada participante del grupo se revisará y compartirá, al igual que la función de cada miembro del equipo en la atención. Asimismo, habrá que conseguir los insumos necesarios con anticipación, estos incluyen rotafolio, marcadores, hojas de papel, formularios para recetas y solicitudes de exámenes, estetoscopios, aparatos de presión, monofilamentos para examen de los pies, tarjetas de identificación, computadoras, televisión, vídeos, síntesis del historial de salud de los participantes y otros ⁽⁹⁰⁵⁾.

Las principales normas de funcionamiento de la ACG son: fomentar la participación de todos; dar opinión de forma abierta y franca; preguntar si no se entiende la discusión; tratar a todos los participantes con respeto y compasión; escuchar atentamente a los demás; dar tratamiento confidencial a la información compartida en el grupo; ser objetivo, para que el trabajo pueda comenzar y terminar en el tiempo programado, y estar presente en todas las sesiones planificadas.

Para su buen funcionamiento, la ACG necesita contar con espacio físico adecuado, con todas las condiciones para el trabajo de grupo. Ese espacio, como se mencionó anteriormente, debe estar previsto en el plano arquitectónico de las unidades de la ESF. Un buen ejemplo es el espacio salud de las unidades de APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba.

El recuadro 19 describe una sesión de ACG.

Recuadro 19: Sesión de atención compartida a grupo en la ESF

Los miembros del equipo de la ESF se seleccionan con anterioridad y planifican todo el trabajo. Hay que disponer de un lugar adecuado para el trabajo de grupo.

Debe haber un miembro del equipo presente en la sala antes de que lleguen los participantes para acogerlos y ayudarlos con las tarjetas de identificación, en las que se escribe el nombre por el cual les gustaría que los llamaran. A la hora convenida, el equipo multidisciplinario se dirige a la sala y un miembro del equipo asume el papel de facilitador-líder, normalmente el médico, quien abre la sesión. Ese facilitador-líder debe tener dominio de las dinámicas de grupo de manera que pueda trabajar apropiadamente con los diferentes tipos de comportamiento grupal. Dará la bienvenida a los participantes y presentará brevemente a todos los miembros del equipo de salud, así como a los propios participantes (15 minutos). En seguida, habla sobre los objetivos de la ACG y abre el espacio para preguntas, tales como: ¿Qué quieren hacer? ¿Qué esperan de esta consulta grupal? ¿Qué les gustaría saber sobre su condición de salud? Después explica las normas de la ACG e indaga sobre las expectativas, incluso de confidencialidad.

A continuación, se ofrece un tiempo para interactuar y para preguntas de los participantes. El facilitador-líder distribuye las preguntas a los otros miembros del equipo para que las respondan. Al responder esas preguntas, se demuestra a los participantes que el equipo trabaja conjuntamente. Los miembros del equipo de salud deben resistir la tentación de dar clases, de decir a los participantes lo que deberían hacer en relación a sus síntomas y su tratamiento. La actitud prescriptiva de los profesionales de salud compromete el éxito de la ACG. La función de cada miembro del equipo de salud es solamente facilitar la interacción y crear un ambiente de confianza en el que los participantes puedan expresar abiertamente sus expectativas, temores, angustias, esperanzas y posibilidades de controlar sus condiciones de salud. Los profesionales de salud no deben responder a las preguntas, sino redirigirlas al grupo con otras preguntas, como: ¿Alguien aquí ha experimentado ese problema? ¿Qué funcionó para usted? Así aumenta la confianza de los participantes y su habilidad de resolver por sí mismos sus problemas de salud (30 minutos).

Recuadro 19: Sesión de atención compartida a grupo en la ESF

A continuación se hace un intervalo, y durante ese tiempo (15 minutos) el médico conversa individualmente con cada participante y puede escribir las recetas de los medicamentos de uso continuo, mientras el enfermero toma los signos vitales. En caso de contar con la presencia de otros profesionales, ellos deben dedicar un momento a los participantes que lo deseen; por ejemplo, el farmacéutico puede verificar la adhesión a los medicamentos y el nutricionista, hacer una evaluación de la alimentación. Los miembros del equipo deben preguntar a los participantes si desean consultas individuales después de la ACG y en caso afirmativo, programarlas.

A continuación hay un intervalo en el que debe ofrecerse café y otros alimentos traídos por los participantes.

Después del breve receso, se retoma la sesión con un momento de preguntas abiertas sobre la salud de los participantes o sobre la dinámica del grupo a cargo de todos los miembros del equipo de salud. Ese momento puede ser estimulado por el facilitador-líder, a partir de un hecho pertinente, por ejemplo, un nuevo tratamiento que haya aparecido en la televisión por esos días (15 minutos).

Después de ese período de intercambio, se inicia una nueva discusión sobre el tema del próximo encuentro, generalmente, un mes después de la primera sesión. Existe una tendencia en los equipos de salud a definir técnicamente ese programa de discusión, pero se sabe que si surge de los participantes se contribuye al fortalecimiento de los vínculos entre ellos y sirve para que los grupos desarrollen seguridad en sí mismos.

Por último, se cierra la sesión, con una posición clara y firme del facilitador-líder, agradecimientos y la programación de la fecha y lugar del próximo encuentro (15 minutos).

A continuación se llevan a cabo las consultas individuales programadas (30 minutos) y se termina con un tiempo libre que podrá utilizar el equipo de salud de acuerdo con la evolución de la sesión (30 minutos). De esa manera, una sesión de grupo típica tiene una duración media de 2 horas 30 minutos.

Fuentes: Masley, Sokoloff, Hawes ⁽⁹⁰¹⁾; Group Health Cooperative ⁽⁹⁰²⁾; Scott, Robertson ⁽⁹⁰⁹⁾; Beck, Scott, Williams, Robertson, Jackson, Gale et al. ⁽⁹¹⁰⁾; Terry ⁽⁹¹¹⁾; Noffisinger ⁽⁹¹²⁾ Sadur, Moline, Costa, Michalik, Mendlovitz, Roller et al. ⁽⁹¹³⁾; Thompson ⁽⁹¹⁴⁾

La ACG ofrece una nueva opción, más satisfactoria, a los equipos multidisciplinarios de salud para interactuar con los usuarios, hace la atención de salud más eficiente, mejora el acceso a los servicios y utiliza procesos de grupo para motivar cambios de comportamiento y mejorar los resultados sanitarios. Los usuarios que participan de la ACG señalan que se conocen mejor; que toman conciencia de que no son los únicos con una determinada condición de salud; que se relacionan con otras personas como ellos; que adquieren nuevos conocimientos; que tienen la oportunidad de hacer preguntas libremente, y que les gusta la compañía de los demás integrantes del grupo ⁽⁹⁰²⁾. En el recuadro 20 se relata la experiencia de utilización de la ACG en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba.

Recuadro 20: Atención compartida en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

La atención compartida en grupo (ACG) es un instrumento de trabajo de la APS para ayudar al cambio de comportamiento y mejorar la calidad de la atención de la población con enfermedades crónicas. Es una técnica de atención de salud que abarca la evaluación y el monitoreo de los individuos con enfermedades crónicas (como depresión, diabetes e hipertensión), a cargo de un equipo multidisciplinario de salud, en un proceso colectivo, dirigido a las metas del cuidado.

La dimensión multidisciplinaria se refiere a la atención conjunta de personas con condiciones crónicas cuyos equipos de salud facilitan un proceso que va más allá de atender las necesidades orgánicas de cada individuo, e incorpora aspectos educacionales, sociales y psicológicos. El cuidado conjunto permite a las personas apropiarse de nueva información sobre su condición crónica, compartir experiencias y estrechar los lazos de amistad entre participantes y fortalece el vínculo con el equipo multidisciplinario creando un ambiente propicio y oportuno para preguntar acerca de la condición de salud de los miembros del grupo.

El grupo es dinámico y es posible agregar nuevos miembros en cualquier momento. El funcionamiento de la ACG parte de las dudas, preguntas, situaciones y experiencias vividas por los propios participantes en relación con su condición crónica y permite abordar el mismo asunto desde diferentes puntos de vista, pero siempre en busca de fortalecer la autonomía y el autocuidado de las personas y de lograr las metas establecidas colaborativamente.

El criterio de inclusión de participantes en el grupo es que sea una persona con una condición crónica, que quiere participar en atención compartida, según la estratificación de los riesgos. El criterio de exclusión es que sea una persona que no está dispuesta a participar de la ACG.

El instrumento se aplica mediante encuentros de 20 a 30 personas y tiene las características descritas a continuación.

Planificación

Sesiones fijas, con 50 cupos cada una, según las necesidades de cada lugar, por ejemplo, grupos a las 8.30, 10.00, 14.00 h y a las 16.00 horas. También se pueden establecer otros horarios, incluso más tarde para las personas que tienen interés en participar, pero que trabajan, según las posibilidades de la unidad de salud,

Lugar

La atención compartida funciona en el espacio salud de la unidad de la APS.

Recuadro 20: Atención compartida en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

Invitaciones

En la primera semana, las invitaciones son distribuidas por los agentes comunitarios de salud. Se invita a 50 personas para cada horario. El número de invitados debe ser aproximadamente 50, porque se sabe que de 30% a 50% no estarán dispuestas a trabajar en grupo. Las invitaciones se pueden dividirse por microáreas (por ejemplo, si son cinco microáreas, cada una tendrá 10 invitados para cada uno de los horarios disponibles, es decir, 200 en total). Los agentes comunitarios de salud ofrecen las invitaciones; la palabra *ofrecer* es clave. El agente comunitario ofrece la invitación indicando que es para que ella participe en una nueva propuesta de trabajo, que es muy buena y sería muy positivo que la persona pudiera asistir; le dice también que los profesionales de la unidad la estarán esperando. Se le explica que las invitaciones son numeradas y que debe elegir un horario entre las opciones disponibles, pero que debe ser una elección consciente, porque el cupo que elija no podrá ser usado por otra persona. En caso de que no haya espacio en ningún horario, el agente comunitario de salud se ofrece a ver si a algún compañero le quedan cupos en el horario elegido y, en caso afirmativo, le lleva la invitación en otra oportunidad. Otra posibilidad de invitar a la atención compartida podrá darse en torno a alguna actividad que ya esté en curso en la unidad de APS con personas con hipertensión, diabetes, trastornos mentales, etc. Esos participantes deberán recibir una invitación escrita, con dos semanas de anticipación, como mínimo (pero no mucho más), que debe ser firmada por un miembro del equipo. De ser posible, se hará una llamada o mandará un mensaje por celular unos días antes de la sesión para reforzar la invitación. Esas comunicaciones deben destacar el hecho de que la atención compartida es una actividad asistencial esencial y que contará con la presencia del médico, el enfermero y otros profesionales del equipo de salud.

La atención compartida se estructura en dos partes. La primera parte consiste en la técnica de resolución de problemas.

1ª parte (45 minutos). Técnica de resolución de problemas

Apertura y agenda

Dar el contexto de la actividad, señalando que están ahí para participar de una nueva propuesta de trabajo, en la que la participación de los asistentes será mucho más intensa que lo habitual en la unidad.

- a. Indicar que la propuesta se trata de escuchar más a los participantes, con miras a mejorar la atención de su condición de salud.
- b. Pedir a los participantes que se expresen acerca de qué temas les gustaría tratar o qué dudas querrían aclarar.
- c. En el caso de que no haya muchos aportes, se puede preguntar sobre la experiencia de los participantes en relación a su condición de salud y cómo afrontan las dificultades que ella les impone.

Recuadro 20: Atención compartida en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

Dinámica del trabajo

La atención compartida funciona con base en principios motivacionales de resolución de problemas para que los usuarios con condiciones crónicas adopten un comportamiento más saludable. Las estrategias de resolución de problemas tienen como principal objetivo desarrollar la habilidad de las personas para manejar situaciones difíciles por medio de un conjunto de respuestas eficaces. La técnica se propone lograr que los participantes se capaciten en relación con: detenerse y reflexionar sobre la situación (condición crónica, comportamiento que contribuye a mejorarla o empeorarla); identificar y hacer una lista de los problemas; elegir los problemas más relevantes y posibles de resolver; detallar la situación, ser específico y preciso; describir las posibles soluciones, evaluar sus consecuencias y elegir la más viable y eficaz; poner en práctica una solución mediante un plan de acción; monitorear y evaluar los resultados, y reiniciar el proceso cuantas veces sea necesario. El encuentro debe finalizar en un tono constructivo, con un resumen del progreso alcanzado hasta ese momento, de las preocupaciones e intenciones de cambio expresadas por los participantes. Se hará hincapié en la libertad de elección y en la disposición del grupo de dar apoyo. Si surge la oportunidad, el profesional de salud puede dar orientación y referir a otros servicios, de ser necesario.

2ª parte (45 minutos). Evaluaciones

El equipo de salud informa que ahora esta es la parte práctica del encuentro, en la que el grupo se divide en grupos más pequeños que se turnarán para hacer una evaluación, conforme se indica en las directrices clínicas de la condición crónica que une el grupo y las necesidades de las personas: toma de la presión arterial, medidas de peso y estatura en el primer encuentro, medida de circunferencia abdominal y del índice de masa corporal, examen de lesiones bucales y de los pies (personas con diabetes), escala PHQ-9¹ en personas con depresión, medida de la insulina y otros.

En la atención compartida también se puede prescribir, solicitar exámenes, establecer, reevaluar y renegociar el plan de autocuidado, derivar a otros grupos ya formados en la unidad o a la atención específica de cada profesional.

Los datos del monitoreo deben registrarse en planillas específicas y servirán para los subsidios del establecimiento o repactar el plan de autocuidado.

Con el fin de apoyar la elaboración o repactación del plan de autocuidado, deberá haber una breve historia de los usuarios (resultado de exámenes, recaídas, plan de autocuidado pactado) a disposición de los profesionales.

En ese momento el grupo se pondrá de acuerdo para encontrarse periódicamente, el mismo día de la semana y hora (por ejemplo, siempre el primer martes del mes, a las 14.00 horas).

Los usuarios estratificados en grupos de menor riesgo podrán reunirse un mes sí un mes no; se sugiere que aquellos con mayor riesgo se reúnan todos los meses. Al hacer la estratificación por riesgo, debe indicarse a los usuarios la importancia de la frecuencia de las reuniones que es específica para cada estrato.

¹ PHQ-9 (de Patient Health Questionnaire) es la sigla de este instrumento que se utiliza para detectar, diagnosticar, monitorear y medir la gravedad de la depresión.

Recuadro 20: Atención compartida en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

Frecuencia de los encuentros de la atención compartida para personas con hipertensión arterial, diabetes y depresión, según riesgo.

RIESGO	PERIODICIDAD
Bajo	Bimestral
Mediano	Bimestral
Alto	Mensual
Muy alto	Mensual

Hay una serie de actitudes que el profesional de salud debe evitar en torno a la atención compartida: considerarse dueño del conocimiento y del poder; establecer relaciones de jerarquía; dar órdenes; amenazar; dar consejos; argumentar y contra-argumentar usando la lógica; interrogar y dialogar en el estilo pregunta y respuesta (ping-pong); dar sermones (ni moralizantes ni elogiosos); consolar, concordar o aconsejar; crear confrontación, mostrar desacuerdo, juzgar o criticar, culpabilizar, ridiculizar; mostrar desaprobación o aprobación, irritabilidad o intolerancia; interpretar o analizar; rotular; no escuchar, interrumpir o terminar las frases ajenas; establecer un foco prematuro, y devaluar la información del participante, ya sea distrayéndose o cambiando de tema.

El profesional de referencia de la unidad de APS para la atención compartida es el auxiliar de enfermería, cuyas funciones son: controlar la lista de los participantes de cada grupo; coordinar el programa de cada encuentro y posiblemente el de otros profesionales que participen en la actividad; servir de referencia y contacto para los usuarios en la unidad; servir de referencia y contacto para los profesionales de la unidad; estar presente en el lugar del encuentro con 15 minutos de anticipación para asegurarse de que todo el material esté preparado para recibir a los participantes, ya sean usuarios u otros profesionales; mantener el control de frecuencia de la participación de los inscritos, y asegurarse de la disponibilidad del lugar donde se realizará el encuentro (disponibilidad del espacio salud u otros espacios en la comunidad, que pueden ser la escuela, asociación de residentes, iglesia u otros).

Fuente: Secretaría Municipal de Salud de Curitiba ⁽⁹¹⁵⁾

La introducción de la ACG fue considerada por la American Academy of Family Physicians una de las 10 principales recomendaciones para mejorar la medicina familiar en los Estados Unidos ⁽⁹¹⁶⁾. Un estudio mostró que esa medida permitió economizar US\$ 15 mil anuales por médico ⁽⁹¹⁷⁾.

Hay evidencia de que el ACG tiene impacto en la APS tanto en la calidad de la atención de salud y sus resultados ^(905, 906, 918), como en la satisfacción de los usuarios ⁽⁹¹⁸⁾ y profesionales de la APS ⁽⁹¹⁸⁾ y el mejor uso de los recursos ⁽⁹¹⁷⁾.

El SUS no tiene una experiencia relevante en la utilización de la ACG en la ESF, pero la evidencia de otros países indica que la ACG debe aplicarse cotidianamente

en la ESF, como forma de mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de la atención, racionalizar el programa de trabajo de los profesionales y lograr mejores resultados en el manejo de las condiciones crónicas.

ATENCIÓN CONTINUA (AC)

El concepto de atención continua utilizado aquí es el propuesto por Group Health Cooperative ⁽⁹¹⁹⁾. Se diferencia de otro concepto de atención continua, muy usado en sistemas públicos como los del Reino Unido y Canadá, en que se refiere al cuidado proporcionado por un período de tiempo continuado para responder a las necesidades físicas o psicológicas de los usuarios en función de deficiencias, accidentes o enfermedades de curso largo, que se presta en centros de enfermería, residencias, instituciones de larga estancia o unidades de cuidados paliativos ^(920, 921).

La atención continua se desarrolló para manejar la situación de personas con condiciones crónicas en la APS y fue propuesta para atender de forma secuencial a los usuarios, que se atienden con diferentes profesionales de salud durante un mismo turno de trabajo. En general, la última parte de la sesión se dedica al trabajo de grupo y tiene por objeto la educación en salud.

La atención continua se programa para cada persona, en secuencia, en una jornada en que recibe atención individual de cada miembro del equipo de salud. Por ejemplo, una persona con diabetes puede tener una consulta con el médico de 9.00 a 9.15 horas; con el enfermero, de 9.15 a 9.30; con el farmacéutico, de 9.30 a 9.45, y con el nutricionista, de 9.45 a 10.00. Al final, se realiza una actividad educativa en grupo que puede programarse de 10.00 a 10.45. Así, la atención es más cómoda para el usuario, porque en una sola mañana se desplaza a un único lugar y se atiende con diferentes profesionales del equipo de la ESF.

La atención continua se basa en el supuesto de que cada atención profesional es singular e involucra aspectos en que el profesional tiene ventajas comparativas sobre los otros miembros del equipo de la ESF. La práctica correcta de atención continua requiere planificación adecuada, que permita optimizar el tiempo de los profesionales y de los usuarios. Es más, en este tipo de atención no hay trabajo simultáneo de distintos profesionales.

Los componentes de la atención continua pueden ser: atención clínica y cuidados preventivos, por ejemplo, en la diabetes, examen del pie, examen oftalmológico, asesoramiento nutricional, evaluación de exámenes complementarios, orientación sobre comportamientos saludables, referencia a especialistas, etc.; atención farmacéutica: efectos adversos, adhesión a los medicamentos, conciliación de medica-

mentos; evaluación periódica de la salud; educación en salud; apoyo a cambios de comportamiento, y contactos con el equipo de salud.

La atención continua se indica para personas con condiciones crónicas con los siguientes objetivos: prevenir o reducir al mínimo las complicaciones de una discapacidad significativa; gestionar de manera activa la atención de subgrupos de población específicos; coordinar los servicios preventivos; monitorear las intervenciones con base en la evidencia sobre su eficacia o resultados óptimos de la atención; elaborar o actualizar los planes de cuidado preparados por el equipo de salud conjuntamente con el usuario, y evaluar los procesos y resultados de la atención. Este tipo de atención se aplica especialmente bien a la evaluación inicial de personas con condiciones crónicas, que se benefician de diferentes abordajes profesionales.

Mediante la atención continua se logrará: mejorar los resultados sanitarios, aumentar la satisfacción de los usuarios, monitorear la condición crónica, aumentar la satisfacción del equipo de salud y reducir la utilización de servicios innecesarios. Por ejemplo, la atención continua de adultos mayores débiles debe centrarse en la evaluación y el monitoreo de la capacidad funcional y los medicamentos, el monitoreo del autocuidado y el análisis del trabajo de los cuidadores y de la familia.

En una buena planificación de la atención continua debe haber una distribución clara de las tareas que cada miembro del equipo multidisciplinario debe realizar en un turno de trabajo, de manera que se eviten repeticiones y redundancias entre los diferentes profesionales. De la misma forma, las tareas de apoyo y logística deben estar bien definidas. El formulario del recuadro 10 (anterior) puede servir para planificar la atención continua en la ESF.

Las reuniones de evaluación y planificación de la atención continua en la ESF deben ser continuas y periódicas.

La selección de los usuarios para participar en la atención continua debe hacerse con base en un análisis de los registros de personas con condiciones crónicas, con criterios de inclusión y de exclusión. Es el usuario el que elige participar de la AC, y se le debe explicar claramente en qué consiste y cuáles son sus beneficios. Se seleccionan cohortes de ocho personas que se distribuyen entre los profesionales del equipo de la ESF, para consultas individuales frente a frente de 15 minutos cada una (cuatro personas con cuatro diferentes profesionales por hora). Hay que reservar 45 minutos para actividades educacionales en grupo.

Es fundamental reservar el tiempo para la atención continua en el programa de trabajo de los profesionales, que puede darse en turnos de trabajo previstos para

todo el año, en función del número de cohortes que hayan aceptado participar de ese tipo de atención. Por ejemplo, la mañana del miércoles de todos los meses será dedicada a la atención continua. El número de turnos puede obtenerse dividiendo el total de personas que desean participar por ocho, es decir, el número de personas de cada cohorte.

La implantación de la AC exige una planificación adecuada del equipo multidisciplinario y un espacio físico adecuado para las sesiones en grupo. Los equipos deberán prepararse haciendo una revisión de las historias clínicas y los registros de los usuarios clasificados por condiciones de salud y estratos de riesgo. También deberán revisar las historias clínicas y los planes de cuidados de los participantes antes de iniciar las actividades.

Es necesario consultar a los potenciales participantes acerca de su interés en participar en la atención continua por medio de una carta enviada un mes antes de la primera consulta. Quince días antes de la consulta habrá que contactar a las personas para confirmar su presencia y comunicarles los horarios y lugares de atención con cada profesional. Es necesario cerciorarse de que ninguna persona tiene citas programadas con más de un profesional en el mismo horario. En ciertas circunstancias, podrán solicitarse exámenes complementarios (por ejemplo, hemoglobina glucosilada en casos de diabetes) que estarán a disposición del equipo el día de la atención continua.

Las salas de atención individual y de grupo deberán estar disponibles para la atención continua en el momento en que se necesiten. Debe haber un coordinador de la AC, que puede ser uno de los miembros del equipo, por ejemplo, un enfermero o un técnico o auxiliar de enfermería. Ese coordinador, junto con el personal administrativo, confirmará que se emitieron todas las comunicaciones oportunamente, recibirá a las personas el día de la atención, verificará que los profesionales y los lugares de atención estarán disponibles, al igual que los exámenes complementarios solicitados, y dirigirá los flujos en la unidad. En el recuadro 21 se describe un episodio de atención continua típico.

Recuadro 21: Recuadro 21. Programación de la atención continua en una unidad de APS de Group Health

La programación de la atención continua trabaja con una cohorte de ocho personas con condiciones crónicas por cada turno de cuatro horas y se programa previamente con los profesionales. En este caso, se trata de una actividad continua en la que participan el médico, el enfermero, el farmacéutico y un profesional facilitador de un grupo de educación en salud.

PERSONA	RECEPCIÓN	MÉDICO	ENFERMERO	FARMACÉUTICO	GRUPO
Persona 1	8.40	8.45-9.00	9.00-9.15	9.15-9.30	10.30-11.15
Persona 2	8.55	9.00-9.15	9.15-9.30	9.30-9.45	10.30-11.15
Persona 3	9.10	9.15-9.30	9.30-9.45	9.45-10.00	10.30-11.15
Persona 4	9.25	9.30-9.45	9.45-10.00	10.00-10.15	10.30-11.15
Persona 5	9.40	9.45-10.00	10.00-10.15	11.30-11.45	10.30-11.15
Persona 6	9.55	10.00-10.15	11.30-11.45	11.45-12.00	10.30-11.15
Persona 7	10.00	10.15-10.30	11.45-12.00	12.00-12.15	10.30-11.15
Persona 8	11.30	11.45-12.00	12.00-12.15	12.15-12.30	10.30-11.15

La atención continua se ofrece trimestralmente para cada cohorte. A continuación figura el modelo de carta de invitación que se envía a los participantes potenciales.

Estimado(a) Sr(a) _____

Con el fin de mejorar la atención de su salud, estamos iniciando en nuestra unidad abordaje denominado atención continua.

Se trata de una actividad clínica en la que usted podrá, para su comodidad, recibir atención de varios profesionales involucrados en su tratamiento, en un turno de cuatro horas en nuestra unidad. Usted será atendido(a) por el médico, el enfermero y otros profesionales que son importantes para su salud. Habrá también una actividad de grupo para que usted pueda intercambiar ideas con otras personas que tienen su misma condición e informarse mejor sobre cómo controlarla.

Usted está invitado(a) a participar de la primera actividad de este tipo, que se realizará en nuestra unidad el día _____. Un profesional de nuestro equipo se pondrá en contacto con usted para explicarle con más detalles qué es la atención continua y programar su participación. Si desea, puede llamarnos al teléfono _____ o escribirnos por correo electrónico a la dirección _____.

Atentamente,

(profesional de la unidad)

Fuente: Adaptado de Group Health Cooperative ⁽⁹¹⁹⁾

NUEVAS FORMAS DE RELACIÓN ENTRE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA Y LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA

Un séptimo cambio fundamental que requiere la atención de salud para aplicar el MACC en la ESF es el establecimiento de nuevas formas de relación entre esa estrategia y la atención ambulatoria especializada (AAE). Ese cambio está sustentado por evidencia provenientes del diseño del sistema de prestación de servicios del CCM⁽³⁾.

La existencia de médicos especialistas y generales obedece a los principios de la división técnica del trabajo, que exige competencias y habilidades diferenciadas según el tipo de médico.

El establecimiento de una nueva forma de relación entre la ESF y la atención ambulatoria especializada implica cambios en el ámbito de la atención primaria y de los servicios ambulatorios especializados; es decir, hay que funcionar en RAS que coordinen esos dos tipos de atención⁽²¹⁾. Pero hay que destacar que la coordinación de las relaciones entre la ESF y la AAE, desde el punto de vista de las RAS, es una función de la primera.

La atención ambulatoria especializada es uno de los componentes menos estudiados en el SUS. El diagnóstico recurrente, muchas veces basado en el sentido común, es que la AAE es un problema en el SUS debido a su oferta insuficiente, que normalmente se denomina “vacíos asistenciales de [los servicios de] mediana complejidad”. Si bien no se puede negar que hay un déficit de oferta en algunas especialidades, buena parte del problema parece estar en los vacíos cognitivos, ya que se investiga poco la AAE en Brasil. Un análisis más profundo del tema mostrará que muchos problemas que se manifiestan como vacíos asistenciales pueden resolverse por medio de nuevas formas de organización de las relaciones entre la ESF y la AAE, sin necesariamente aumentar la oferta de servicios secundarios.

Hay ciertas situaciones que son causa fundamental de los desequilibrios entre oferta y demanda en la AAE. A continuación se describen tres.

El modelo de la pirámide de riesgo pone en evidencia que en una población con una condición crónica, de 70% a 80% de los individuos tienen padecimientos menos complejos y deben tener su atención concentrada en el equipo de la ESF y en el autocuidado, porque, en general, no se benefician de la atención ambulatoria especializada. No obstante, incluso para esas personas, el juicio clínico de los profesionales de atención primaria puede indicar, en ciertas situaciones, interconsultas

con especialistas. Sin embargo, las unidades de AAE, por la falta de estratificación de riesgos en la ESF, están repletas de personas con condiciones crónicas más sencillas, por ejemplo, hipertensión de bajo y mediano riesgo. Quien visita los centros de especialidades médicas tradicionales puede percibir esa realidad. Y esa es una de las causas que presiona mucho e indebidamente el programa de trabajo de las unidades de AAE y genera reclamos por la dificultad de conseguir citas con especialistas. Según demuestra la evidencia sobre el modelo de la pirámide de riesgo, esa situación se puede resolver con la introducción de la estratificación de riesgos en la ESF, que reduciría significativamente la demanda de AAE.

Otro factor que ejerce presión en el trabajo de las unidades de AAE es el vínculo permanente que forman los usuarios con los especialistas después de haber sido referidos por el médico general. En un municipio brasileño grande, se constató que 65% de las consultas médicas con especialistas eran de retorno y solo 35%, casos nuevos ⁽⁹²²⁾. Si bien es cierto que un pequeño porcentaje de usuarios podría quedar vinculado permanentemente a los especialistas, la nueva forma de relación entre la ESF y la AAE es mediante la interconsulta, que, además de dar una mejor atención de salud, reduce la presión sobre la unidad de AAE.

Otro factor de desequilibrio entre oferta y demanda surge de la gran concentración de la atención ambulatoria en la consulta médica individual y presencial. En general, los centros de especialidades médicas tradicionales no funcionan con equipos multidisciplinarios que provean atención especializada. Tampoco se da la práctica de introducir nuevas formas de atención, como la atención compartida en grupo o continua o por pares u otras que permitirían aliviar, relativamente, el trabajo de los especialistas y mejorar la calidad de los servicios.

Si se modifican esos tres factores – hay otros – sería posible tener un impacto significativo en el desequilibrio entre la demanda y la oferta de atención en la AAE. A su vez, eso llevaría, predominantemente, a cambiar los procesos en las unidades de AAE, sin una gran inversión en estructura para aumentar unilateralmente la oferta de servicios.

El tema de las relaciones entre la ESF y la AAE puede abordarse en varias dimensiones. Aquí se tratarán tres aspectos: consideraciones sobre generalistas y especialistas, modelos de relación entre la ESF y la AAE y modelos de organización de la AAE.

GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS

La forma de trabajo en las RAS requiere relaciones cercanas y coordinadas entre generalistas y especialistas. En este caso, los generalistas son los profesionales que

forman los equipos de la ESF y los especialistas son parte de equipos de atención ambulatoria especializada, que constituyen puntos de atención secundaria de las RAS.

La relación entre generalistas y especialistas es una expresión temática de las tendencias organizacionales en general y del sector industrial en particular, donde se observó la necesidad de especialización para trabajar con una complejidad creciente, pero bajo la supervisión y coordinación de gerentes (generalistas) cuando esa complejidad es muy alta ⁽⁹²³⁾. Las funciones de los generalistas en cualquier campo de actividad humana son: ver la organización como un todo y sus relaciones con el ambiente externo; actuar como centros de comunicación entre todas las partes de la organización y entre esa y el ambiente externo, y ayudar a la organización a adaptarse a los cambios internos y externos. Los problemas propios de la organización o entre ella y el ambiente externo son atendidos por el generalista, quien puede tratar de resolverlos o derivarlos a un especialista. Aún en el último caso, el generalista debe garantizar que el problema se trate conforme al interés general de la organización; esa es su tarea ⁽⁶⁸⁹⁾.

Es necesario tener en mente que los especialistas no son solamente médicos. En los servicios ambulatorios especializados hay otros especialistas, como asistentes sociales, cirujanos dentistas, enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, profesionales de educación física, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros, que llevan a cabo funciones especializadas de nivel secundario. Por lo tanto, en un servicio ambulatorio especializado en diabetes, puede haber enfermeros y farmacéuticos especialistas en esa enfermedad y en un ambulatorio especializado en adultos mayores, puede haber enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales especializados en atención de ese grupo de población.

En varios países se está utilizando crecientemente a los enfermeros especialistas. En Suecia, es común encontrar personal de enfermería especializado en diabetes y en enfermedades respiratorias crónicas ⁽⁹²⁴⁾. En los Estados Unidos, en 2010, había aproximadamente 60.000 enfermeros clínicos especializados, buena parte de ellos trabaja en servicios ambulatorios especializados ⁽⁹²⁵⁾. Hay enfermeros especialistas en una condición crónica, como diabetes o asma, y otros especializados en más de una condición crónica (*advanced practice nurses*) ⁽⁷⁹³⁾.

Hay evidencia acerca de la eficacia y eficiencia del trabajo de enfermeros especialistas. Una revisión sistemática de siete estudios clínicos aleatorios mostró que el trabajo de enfermeros especialistas con adultos mayores con condiciones crónicas mejoró los resultados de la atención y redujo el costo ⁽⁹²⁶⁾. En otro estudio clínico aleatorio se observó que los enfermeros especialistas habían disminuido las atenciones no programadas de los usuarios con asma ⁽⁹²⁷⁾. Otro estudio clínico del mismo tipo

realizado en Holanda demostró que el trabajo de enfermeros especialistas con niños con asma había disminuido las consultas y los costos de la atención ⁽⁹²⁸⁾. Mediante una investigación hecha en los Estados Unidos se constató que los enfermeros especialistas en asma habían reducido las hospitalizaciones de niños y los costos de la atención ⁽⁹²⁹⁾. En un estudio clínico aleatorio en Escocia, se observó que las personas con insuficiencia cardíaca que tenían seguimiento de enfermeros especializados habían tenido menor probabilidad de hospitalización y muerte ⁽⁹³⁰⁾.

En el SUS hay experiencias relevantes acerca del trabajo de los equipos multidisciplinarios en servicios ambulatorios especializados. En el Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, en un servicio ambulatorio especializado microrregional para enfermedades cardíacas y diabetes, trabajan varios especialistas conjuntamente: médicos (endocrinólogo, angiólogo, cardiólogo), enfermero, farmacéutico, nutricionista, asistente social, fisioterapeuta y psicólogo ⁽⁹³¹⁾. En el Centro Mais Vida de Belo Horizonte, en un equipo de atención ambulatoria especializada para la atención de adultos mayores hay diversos especialistas: médicos (geriatra, neurólogo), enfermero, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacéutico y asistente social ⁽⁹³²⁾.

Desde el punto de vista de los sistemas de atención de salud estructurados en RAS, la presencia equilibrada de médicos generalistas y especialistas es fundamental; este personal debe trabajar conjuntamente en beneficio de los usuarios y sus familias.

Es lo que sugieren McWhinney y Freeman ⁽⁶⁸⁹⁾ cuando afirman que cualquier organización depende del equilibrio entre generalistas y especialistas, pero que en las organizaciones de salud, hasta hace poco tiempo, se cuestionaba el valor de los médicos generales con el argumento de que la explosión del conocimiento impedía su trabajo y demandaba la fragmentación de la medicina en especialidades. Ese razonamiento es errado, porque presupone que el conocimiento es una porción material que crece por adición. Si fuera así, eso ocurriría con cualquier especialidad que, tras la acumulación de conocimientos a lo largo del tiempo, tendría que fragmentarse en subespecialidades. Con eso se demuestra, por contradicción, que efectivamente es un error creer en la imposibilidad del generalista. En la ESF, por el contrario, el generalista ejerce tres funciones fundamentales: resuelve la gran mayoría de los problemas más comunes de salud, coordina la atención y asume la responsabilidad por la población adscrita a él ⁽⁶⁰⁾.

Las falacias sobre los médicos generales y los especialistas se basan en seis conceptos equivocados: el generalista tiene que saber todo sobre medicina; en cualquier campo de la medicina, el especialista siempre sabe más que el generalista; con la especialidad puede eliminarse la incertidumbre; solo mediante la especialización

puede lograrse profundizar el conocimiento; a medida que la ciencia avanza, la carga de información aumenta, y los errores en medicina generalmente son causados por falta de información ⁽⁶⁸⁹⁾.

Hay que reconocer que generalistas y especialistas tienen formaciones y competencias diferentes, especialmente cuando los primeros son médicos de familia y comunidad, profesional imprescindible a la ESF.

En cuanto a su formación, los médicos generales deben ser formados y educados en unidades de atención primaria por educadores con conocimiento y experiencia en ese ámbito de atención. Ese es un requisito que debería ser garantizado por las escuelas de medicina en el momento de la graduación, sumado a la formación de especialistas en medicina de familia y comunidad, especialmente mediante residencias médicas. Los médicos especialistas deben formarse en programas de posgrado con hincapié en centros ambulatorios y hospitalarios especializados, lo que, en general, ya ocurre.

Las competencias que requieren los médicos de familia y comunidad son distintas de las de los especialistas. Los médicos que practican la ESF deben tolerar la ambigüedad, porque muchos problemas no pueden clasificarse según una nomenclatura estandarizada de diagnóstico; deben saber relacionarse con los usuarios en ausencia de una anomalía biológica, y deben ser capaces de manejar varios problemas al mismo tiempo, que muchas veces no guardan relación con una etiología o una patología. La labor del médico de la ESF es resolver problemas y está formado para responder a las manifestaciones más frecuentes de esos problemas, en el ámbito de la atención centrada en la persona y en la familia y orientada hacia la comunidad. Debe tener competencias para resolver problemas no diferenciados, además de las preventivas, terapéuticas y de gestión de recursos locales ⁽⁶⁸⁹⁾. Hay un dicho español que afirma que "El médico de familia del Rey de España sabe menos cardiología que un cardiólogo, pero es el que más sabe sobre el Rey" ⁽⁹³³⁾.

Los especialistas, por su parte, generalmente ven la enfermedad en etapas más avanzadas o después que le ha sido remitida por el médico general. Los especialistas, dado que reciben su entrenamiento en centros de atención secundarios o terciarios o ambos, ven etapas diferentes de los problemas y tienden a sobreestimar la frecuencia de enfermedades graves en la población ⁽⁶⁷⁾. Los especialistas, al tratar determinados problemas con mayor frecuencia, pueden dar servicios de mayor calidad en su especialidad, en función de la escala. Sin embargo no están tan bien preparados para lidiar con síntomas o enfermedades vagas, servicios preventivos o autocuidado, lo que significa una pérdida de la calidad de la atención. Aunque estos profesionales corrientemente se adhieren más a las directrices clínicas para la atención

de enfermedades específicas, los resultados generales de la atención (especialmente, aunque no exclusivamente, resultados expresados por los usuarios) no son mejores y, frecuentemente, son peores que cuando el cuidado es proporcionado por médicos generales. Los estudios en que se encontró que la atención ofrecida por especialistas es mejor tienden a ser metodológicamente débiles, particularmente en relación con problemas de ajuste de la combinación de casos 934).

A pesar de las diferencias entre médicos generales y especialistas, hay que reconocer que es falso el dilema respecto de esos profesionales. Un buen sistema de salud siempre tiene que trabajar con ambos tipos de médicos. Lo que puede ser necesario analizar son los aspectos vinculados a las dimensiones cualitativa y cuantitativa de la relación entre ellos, que debe ser equilibrada.

Desde el punto de vista cualitativo se imponen relaciones de trabajo compartido entre la ESF y la AAE.

Desde el punto de vista cuantitativo debe buscarse una excelente relación entre médicos de familia y comunidad y especialistas, lo que no ocurre en el SUS, porque la oferta de médicos con formación en salud de la familia y comunidad es insuficiente. Por lo tanto, para lograr el equilibrio tendrá que haber un fuerte incremento de esa oferta en la ESF.

La utilización excesiva de especialistas es responsable de la falta de coordinación de la atención de salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos, 25% de los beneficiarios del sistema Medicare (programa público de atención de la salud de los adultos mayores) sufren de cinco o más condiciones crónicas anuales y tienen, en promedio, 13 consultas médicas al año, con diferentes médicos que generan 50 prescripciones diferentes ⁽²⁷⁾. Además, como mostró una investigación clásica sobre variaciones regionales de la atención de salud en los Estados Unidos, con base en los beneficiarios de Medicare, la presencia excesiva de especialistas lleva a resultados sanitarios y económicos inferiores ⁽¹⁶⁴⁾. La comparación entre regiones con gastos en salud más y menos altos mostró que, cuando los gastos son mayores, a pesar de ofrecer más servicios (aproximadamente 60% más que las de menores gastos), la satisfacción de los usuarios es menor en relación a servicios preventivos, y el nivel de acceso es el mismo. El estudio reitera lo que ya se sabe: hay una asociación entre más dinero y más servicios, pero no entre más servicios y más salud. Una de las explicaciones de esos resultados fue que, en las regiones con gastos más altos, se hace un gran uso de la atención por especialistas.

Es fundamental que la relación entre médicos generales y especialistas sea coordinada por los generalistas. Hay evidencia de que la participación de médicos

generales en la APS produce buenos resultados: una mayor proporción de médicos generales disminuye el número de hospitalizaciones; reduce el flujo de usuarios en los servicios secundarios; disminuye la demanda de servicios de urgencia; reduce los costos de la atención de salud, y produce buenos resultados en la salud de la población (73, 106, 923, 935, 936, 937, 938, 939, 940). También hay evidencia de que la atención proporcionada por médicos generales en la APS, en comparación con la atención de especialistas, reduce la mortalidad (104, 941); mejora los niveles de salud (942) y el acceso a servicios preventivos (943, 944); aumenta la cobertura de vacunación (944); reduce las hospitalizaciones por condiciones que se pueden atender ambulatoriamente (945), y mejora los resultados posquirúrgicos (946). En una revisión bibliográfica sistemática se encontró que era más probable que hubiera continuidad de la atención cuando la dan médicos generales en vez de los especialistas y que ella se asocia con tasas de hospitalización y atención en unidades de urgencia más bajas y con la reducción de los costos totales de la atención de salud (157).

Desde el punto de vista económico, la remuneración de los médicos de familia, según un estudio realizado en 14 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es, en promedio, 50% de la de los especialistas (947). Un estudio realizado en los Estados Unidos mostró que, en 2005, el sueldo medio anual de los médicos, por especialidad fue: médico de familia US\$ 161.000; obstetra, \$247.000; anestesista, \$325.000; urólogo, \$335.000; cirujano ortopédico, \$396.000, y cirujano cardiólogo, \$427.000 (155). Hay otros trabajos que también muestran que el ingreso de los médicos generales es más bajo (79, 162, 163). Los países con mayor proporción de médicos generales tienden a tener un menor gasto en salud per cápita en relación a los países con una proporción mayor de especialistas (67).

El hecho de que los gastos sean más altos en la atención por especialistas se debe a la tendencia de esos médicos a aumentar el número de procedimientos realizados (948). Incluso cuando el costo de los procedimientos sea más bajo, como en el caso del programa Medicare en los Estados Unidos, los especialistas compensan la reducción con un aumento del número de procedimientos (949). En el período de 1988 a 2002, mientras el volumen de procedimientos realizados por médicos generales por beneficiario por año creció 2,6%, los procedimientos a cargo de cardiólogos y dermatólogos aumentaron 5,9%. Otros estudios mostraron que los especialistas aumentan su productividad haciendo más procedimientos por hora de trabajo. Por el contrario, dada la naturaleza y la presión de su programa de trabajo, los médicos de APS no pueden aumentar su productividad sin perjudicar la calidad y disminuir la satisfacción de los usuarios. En conclusión, hay una asociación fuerte entre el aumento del volumen y el aumento del ingreso de los especialistas, que sugiere que el incremento de volumen es más significativo que el del costo de los procedimientos en relación con el aumento del ingreso de esos profesionales (155). Esta es una

manifestación más del principio de la inducción de la demanda por la oferta, tan presente en los sistemas de atención de salud.

Desde el punto de vista de la equidad en los sistemas de atención de salud, se constató que los médicos generales contribuyen a reducir la inequidad, lo que no acontece con los especialistas ⁽⁹⁵⁰⁾.

El tipo de médico de APS varía según el país. En los Estados Unidos, por ejemplo, diferentes profesionales – internistas especializados y generales, médicos de familia, obstetras y pediatras – participan en la prestación de cuidados primarios; sin embargo, en Europa occidental y Canadá, predominan los médicos de familia y los clínicos generales.

Una investigación realizada en los Estados Unidos en la que se compara la APS otorgada por internistas y médicos de familia o generales mostró que: los internistas dedicaron más tiempo a los usuarios; pidieron más exámenes de laboratorio (73% de las consultas en vez de 34% de los médicos de familia o generales) y solicitaron más radiografías (53% de las consultas contra 19% de los médicos de familia o generales). Por otro lado, los internistas tuvieron mayor probabilidad de asesorar sobre los problemas de salud (17,8% de los internistas y 12,4% de los médicos de familia o generales). En esa misma investigación, la comparación de los pediatras y los médicos de familia o generales indicó que los pediatras habían pedido más exámenes de laboratorio, pero habían recetado menos medicamentos para ciertas categorías de enfermedad ⁽⁹⁵¹⁾. Otra investigación demostró que los pediatras realizaron más pruebas diagnósticas, dieron más orientación sobre el crecimiento y desarrollo, y más inmunizaciones, mientras los médicos de familia asesoraron más sobre problemas familiares y sexualidad y la probabilidad de que dieran una mayor variedad de servicios, especialmente cirugías menores, fue más alta. Esa investigación comparó también el trabajo de los médicos de familia con el de los internistas generales y reveló que los segundos pidieron dos veces más exámenes de sangre, radiografías torácicas y electrocardiogramas, se tomaron más tiempo con las personas, refirieron a más a especialistas y hospitalizaron más; el costo medio de la consulta fue el doble para los internistas ^(67, 643). Otro estudio comparativo de médicos de familia e internistas generales indicó que las personas atendidas por los primeros gastaron menos en medicamentos y tuvieron menos consultas con dermatólogos y psiquiatras, pero utilizaron más las consultas de urgencia; las tasas de hospitalización, de consultas ambulatorias y los gastos por exámenes de laboratorio y radiológicos fueron iguales para ambos tipos de médico ⁽⁶⁷⁾. Con respecto a la satisfacción de los usuarios, esta fue más alta entre los que se atendieron con médicos de familia que entre los que consultaron a internistas generales o pediatras ⁽⁹⁵²⁾. Otro estudio encontró que la oferta más alta de médicos de APS se asocia con tasas de mortalidad más bajas,

pero al desagregar por tipo de médico, se constató que esa reducción correspondía a médicos de familia, pero no a internistas generales ni a pediatras ⁽¹⁰⁶⁾.

En cuanto a la proporción de médicos especialistas y generales, estudios realizados en zonas con mayor presencia de los primeros mostraron peores resultados: las tasas de consultas médicas desvinculadas de las necesidades de salud fueron más altas; los especialistas pueden tratar exageradamente a las personas de manera superficial y hay mayor frecuencia de exámenes complementarios falso-positivos ^(953, 954). Tales exámenes podrían llevar a diagnósticos de enfermedades que no están presentes y, consecuentemente, a más exámenes y tratamientos innecesarios. La razón resultados positivos:exámenes diagnósticos varía según el lugar donde se realizan: es de 1:50 en la APS y de 1:3 en la atención especializada ⁽⁹⁵⁵⁾; los médicos de APS están en mejores condiciones de evitar errores de diagnóstico, porque conocen mejor a sus beneficiarios y les dan seguimiento longitudinal por períodos largos ⁽⁹⁵⁵⁾. Hubo un estudio que mostró asociación entre una mayor proporción de especialistas y tasas de mortalidad más altas ⁽¹⁰⁶⁾. Generalmente, los especialistas solicitan más exámenes complementarios, porque su entrenamiento se realiza en centros de atención secundaria y terciaria, donde los pacientes tienen más probabilidad de tener efectivamente una enfermedad. En un estudio hecho en el programa Medicare, en los Estados Unidos, se mostró que las regiones con mayor concentración de especialistas presentaron gastos en salud más altos y propiciaron una atención menos eficaz y de menor calidad ⁽¹⁴⁰⁾.

Se ha sugerido que la utilización excesiva de atención especializada en relación a la APS en los Estados Unidos es una de las causas de que el país, a pesar de tener el mayor gasto per cápita en salud del mundo, presente niveles de salud inferiores a los de otros países desarrollados que gastan mucho menos; Estados Unidos ocupa el 23^{er} lugar con respecto a la esperanza de vida al nacer. Se sabe también que cuanto mayor es la oferta de especialistas, mayores son las tasas de consultas con esos profesionales, en función del principio de inducción de la demanda por la oferta. Además, se sabe que la consulta con especialistas por temas no relacionados con su especialización produce peores resultados que la consulta con médicos generales. Se puede afirmar que los médicos de APS trabajan tan bien como los especialistas en la atención de las enfermedades específicas más comunes y tienen mejor desempeño cuando las medidas de calidad son más genéricas ⁽⁹⁵⁵⁾.

Existen estudios que comparan la atención de las embarazadas que prestan los obstetras con la de los médicos de familia. Uno de esos estudios no encontró diferencia en los riesgos biológicos para las gestantes, pero concluyó que las atendidas por médicos de familia habían tenido una incidencia significativamente menor de partos por cesárea, uso de fórceps, diagnóstico de desproporción cefalopelviana y

nacimientos prematuros ⁽⁹⁵⁶⁾. En otro estudio se observó que las mujeres atendidas por médicos de familia, en relación con las atendidas por obstetras, presentaron menor probabilidad de recibir anestesia epidural o episiotomía durante el trabajo de parto y tuvieron tasas de parto por cesárea más bajas ⁽⁹⁵⁷⁾.

La proporción de médicos generales y especialistas varía mucho, incluso en países que adoptaron la atención por médico general en la APS. En el Reino Unido, esas proporciones fueron de 60% de médicos generales y 40% de especialistas; en Portugal, 30% y 70%; en España, 37% y 63% , y en los Estados Unidos, 1/3 y 2/3, respectivamente ^(933, 955). En relación al porcentaje de personas atendidas por especialistas, también hay variación según el país: de 60% a 80% de la población en los Estados Unidos; 31% en Ontario, Canadá; 30% en España, y 15% de las personas menores de 65 años en el Reino Unido ⁽⁹³³⁾.

El análisis de toda la evidencia anterior permite suponer que un buen sistema de atención de salud, estructurado en forma de RAS, debe buscar una relación óptima entre médicos especialistas y médicos generales, tanto desde el punto de vista cuantitativo como del cualitativo.

Mediante algunas críticas desinformadas y sin base en evidencia se intenta imponer a la ESF una solución simplista y obsoleta, consagrada ideológica y corporativamente, y que se expande políticamente, sin tener su estrategia radicalmente reformulada. La reformulación radical propuesta consiste en sustituir en la APS al médico de familia por la presencia permanente de pediatras, médicos clínicos generales y obstetras ⁽⁹⁵⁸⁾.

Como se vio anteriormente, no hay evidencia de que el aporte de esos especialistas en la APS produzca mejores resultados sanitarios que el de los médicos de familia y comunidad. Además, esa alternativa sería inviable, dado que la oferta de especialistas es limitada y el costo, alto.

Por lo tanto, la solución para la atención médica en el SUS es radicalizar la integración de los médicos de familia y comunidad en la ESF, darles mejor formación, concentrándola en la graduación en la APS, ampliar las residencias en medicina de familia y comunidad y garantizar programas de educación permanente efectivos. Además, habrá que ofrecer sueldos dignos y relaciones de trabajo decentes, que garanticen un mínimo de seguridad a los médicos que optan por dedicarse a un nuevo modo de hacer medicina que les exige dedicación total.

RELACIÓN ENTRE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA Y LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA: MODELO DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

La evidencia indica que, para obtener mejores resultados sanitarios, es fundamental que en las RAS haya relaciones productivas entre médicos generales y especialistas, además de que es crucial para garantizar el cuidado adecuado de las condiciones crónicas.

Sin embargo, en los sistemas fragmentados actuales, esas relaciones difícilmente se establecen y desarrollan de forma coherente y coordinada. En general, no hay comunicación entre ambos tipos de médico, por lo cual el valor agregado para los usuarios es bajo y hay insatisfacción tanto entre profesionales como entre usuarios (Recuadro 22).

Recuadro 22: El caso de la Sra. G.

La Sra. G es una mujer de 58 años de edad, que ya es abuela; tiene historia de diabetes tipo 2 desde hace 15 años, que se ha complicado con hipertensión arterial y episodios recurrentes de depresión. Su índice de masa corporal es 37 y desde joven lucha para controlar su peso. En una consulta reciente, se quejó con su médico de familia de fatiga y tristeza. En el examen clínico, se observó que su hemoglobina glucosilada era de 9,7%, su presión arterial 190/106 y que tenía síntomas de depresión grave, a pesar de que tomaba medicamentos para esa condición. El médico de familia postergó el ajuste de los medicamentos contra la glucemia y la hipertensión hasta que pudiese controlar la depresión, para lo cual la refirió a la atención ambulatoria especializada de salud mental. La Sra. G tuvo mucha dificultad para programar una consulta en el ambulatorio de salud mental. Después de mucho tiempo, consiguió una consulta con un psiquiatra a quien nunca había visto antes y que no conocía a su médico de familia. El día de la consulta psiquiátrica, su presión arterial estaba en 220/124 y se quejaba de dolor de cabeza y fatiga. El psiquiatra, que no conocía a la Sra. G, se alarmó por la presión arterial y la refirió a un cardiólogo a quien ella tampoco conocía. El cardiólogo le dijo que su medicamento antihipertensivo era inadecuado y que necesitaba algo más fuerte, a continuación de lo cual le recetó dos nuevos medicamentos antihipertensivos, pero no le dijo nada acerca de qué hacer con los medicamentos que ya estaba tomando ni sobre a quién consultar en caso de problema.

Una semana después, la Sra. G tuvo un síncope y tuvo que ser transportada en ambulancia al hospital, donde quedó internada. Se constató que tenía un déficit neurológico y se le diagnosticó un accidente cerebrovascular. Con el ajuste de la medicación en el hospital, la presión arterial se le estabilizó y fue dada de alta para irse a la casa, con la recomendación de que debería ir al servicio ambulatorio de salud mental porque su depresión había empeorado. En casa, se deprimió más aún y pasó a un estado disfuncional, sin energía para solicitar atención en el ambulatorio de salud mental. Dejó de tomar los medicamentos y tres semanas después tuvo un nuevo accidente cerebrovascular, esta vez, grave.

La hermana de la Sra. G. contactó al médico de familia para asesorarse; este quedó consternado con lo ocurrido y señaló que no sabía nada de la situación de la Sra. G después de la última consulta. La hermana de la paciente quedó totalmente decepcionada de la atención que su hermana había recibido de los profesionales.

Fuente: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

El caso anterior revela que entre la ESF y la AAE hay una relación denominada en silos ⁽⁹⁵⁹⁾. Es la forma más frecuente en los sistemas fragmentados de atención de salud y significa que la coordinación de la atención de los usuarios no existe.

Sin embargo, hay otras formas de relación entre la ESF y la AAE; las más comunes son: referencia y contrarreferencia; visitas periódicas de especialistas a médicos generales ⁽³⁰³⁾; relación mediada por un gestor de caso ⁽⁹⁶⁰⁾, y la coordinación de la atención ⁽⁹⁶¹⁾. Más que formas distintas de relaciones ellas reflejan, en la realidad, diferentes grados de coordinación de la atención entre la ESF y la AAE, que van desde una ausencia total de coordinación (atención en silos) a una coordinación bien fuerte (coordinación del cuidado).

La forma más eficaz y eficiente de relación entre la ESF y la AAE es la coordinación de la atención, en la que médicos generales y especialistas asumen la responsabilidad del usuario de manera solidaria. La referencia y contrarreferencia, que es la forma de relación más conocida en el SUS, es una condición necesaria, aunque no suficiente de coordinación de la atención, ya que no contempla necesariamente el apoyo en los momentos de transición. Además, no incluye visitas periódicas de especialistas a generalistas ni la función intermediaria del gestor del caso. Todos esos elementos se incorporan en el modelo de coordinación de la atención, que se diferencia radicalmente de la atención en silos, pero que agrega como suyas la referencia y la contrarreferencia, las visitas periódicas de especialistas a generalistas y la función intermediaria del gestor del caso en ciertas circunstancias.

El concepto fundamental de la relación entre la ESF y la AAE es el de la coordinación de la atención, que se define como la organización deliberada del cuidado entre dos o más profesionales que participan en la atención de las personas para facilitar la prestación de servicios de salud, eficientes, eficaces y de calidad ⁽⁹⁵⁹⁾. La coordinación de la atención tiene distintas dimensiones, pero aquí trataremos la que se refiere a la relación entre la ESF y la AAE.

La coordinación de la atención engloba un conjunto de actividades importantes denominadas dominios de la coordinación de la atención. Esos dominios se clasifican en dos grandes categorías: la coordinación de las actividades y los abordajes generales ⁽⁹⁶²⁾.

Los dominios de la coordinación de las actividades son establecer y negociar responsabilidades; garantizar la comunicación interpersonal y de transferencia de información; facilitar la transición por medio de la transferencia de responsabilidades e información entre la ESF y la AAE; evaluar las necesidades y metas de los usuarios con respecto al cuidado y la coordinación de la atención; elaborar, conjuntamente

con los usuarios, sus familias y el equipo de salud, planes de cuidado proactivos que definan metas de salud y de coordinación; monitorear el plan de cuidado hecho con base en resultados sanitarios y de coordinación; apoyar el autocuidado de los usuarios; establecer relaciones con la comunidad para facilitar el logro de las metas definidas en los planes de cuidado, y alinear los recursos organizacionales con las necesidades de los usuarios y sus familias.

Los dominios de los abordajes generales son: equipos de salud concentrados en la coordinación de la atención de los usuarios y capacitados para prestar una atención centrada en las personas y las familias. Esto quiere decir que es la necesidad de los usuarios la que organiza la coordinación de la atención, con un papel central de una ESF capaz de ejercitar sus principios y funciones clásicos; la gestión de la atención por medio de tecnologías de gestión de la clínica; la gestión de medicamentos, y la coordinación de los sistemas de información clínica automatizados.

A partir de esos dominios, se crearon sistemas de evaluación con diferentes cuestionarios validados científicamente, que se han utilizado en relación a cada uno de los dominios ⁽⁹⁶²⁾. La coordinación de la atención puede ser analizada desde diferentes puntos de vista: el de los usuarios y sus familias, de los profesionales de salud y del sistema de atención de salud ⁽⁹⁶²⁾.

Desde el punto de vista de los usuarios y sus familias, la coordinación de la atención se refiere a cualquier actividad que ayude a garantizar que las necesidades y preferencias de esas personas relativas a los servicios de salud se atienden oportunamente y que el intercambio de información entre profesionales, usuarios y lugares de atención también sea oportuno. Las fallas en la coordinación en general se dan en la transición de una unidad de salud a otra, por ejemplo, entre la ESF y la unidad de AAE, y se manifiestan en problemas de responsabilidad y de ruptura del flujo de la información.

Desde el punto de vista de los profesionales de salud, hay que considerar que la coordinación de la atención es una actividad centrada en las personas y las familias, destinada a atender las necesidades de esas personas, apoyándolas a transitar eficiente y eficazmente por el sistema de atención de salud. Para eso se requiere coordinación clínica para determinar a quién y adónde referir a los usuarios, qué información es necesario transferir como parte de la referencia y la contrarreferencia y qué responsabilidades asumen los diferentes miembros de los equipos de salud. Además, se requiere coordinación logística de los sistemas de apoyo y de información, de transporte y de los asuntos financieros ⁽⁹⁶³⁾. Las fallas en la coordinación de la atención, desde el punto de vista de los profesionales, surgen cuando el usuario es derivado a un profesional que no corresponde o a una unidad de salud equivocada

o cuando los resultados son malos por mal manejo clínico o de flujos de información inadecuados.

Desde el punto de vista del sistema de atención de salud, la coordinación de la atención tiene por objeto integrar recursos humanos, materiales y de información necesarios para apoyar las actividades dentro y entre los diferentes puntos de atención de salud, sistemas de apoyo y sistemas logísticos. Las fallas en la coordinación de la atención en la perspectiva del sistema de atención de salud se manifiestan en servicios ineficaces e ineficientes, producto de problemas clínicos resultantes de la fragmentación de la atención ⁽⁹⁶⁴⁾.

El caso de la Sra. G (anterior) ilustra la ausencia de coordinación entre la APS y la atención especializada, característica de la atención en silos, que tuvo efectos devastadores para ella y su familia. Las razones de la descoordinación están siempre ancladas en los problemas de los sistemas fragmentados de atención de salud ⁽²¹⁾. Al leer el caso de la Sra. G, muchos lo podrán asociar a situaciones que son frecuentes en el SUS.

Las relaciones sin coordinación o poco coordinadas entre la APS y la AAE traen mucha insatisfacción a los usuarios y sus familias y a los profesionales de salud. En algunos estudios, 47% de las personas entrevistadas señalaron que estaban insatisfechas con la atención especializada recibida; asimismo, 63% de los médicos generales y 5% de los especialistas estaban muy insatisfechos con la atención prestada, y 68% de los especialistas indicaron que no recibían la información pertinente y sí recibían referencias inadecuadas de los generalistas. De su parte, los médicos generales reclamaron que no recibían de vuelta información de los especialistas y que no se les notificaba cuando las personas de su responsabilidad eran atendidas en las unidades de urgencia o de especialidades o eran hospitalizadas ^(965, 966). En una investigación en que se entrevistó a 4.720 médicos entre generales y especialistas en los Estados Unidos, 69,3% de los primeros señalaron que derivaban a los usuarios “siempre” o “la mayoría de las veces” con su historia clínica y la razón de la referencia. Sin embargo, solo 34,8% de los especialistas dijeron que “siempre” o “la mayoría de las veces” recibían esa información ⁽⁹⁶²⁾.

En las relaciones entre la ESF y la AAE en el SUS se manifiestan distintas situaciones: el generalista no conoce al especialista a quien refiere al usuario y el especialista tampoco conoce al generalista de quien recibe la referencia (cuando lo hace); el generalista y el especialista nunca comparten actividades clínicas o educacionales; el especialista no tiene la información adecuada del generalista al recibir a la persona referida; el generalista no recibe orientación del especialista cuando el usuario regresa a su consulta; la persona se queja de que el especialista parecía no saber la

razón de su visita; el especialista no resuelve el problema del usuario referido por el generalista; el especialista absorbe definitivamente al usuario en su práctica especializada; el especialista repite exámenes que ya habían hecho en la ESF; una misma persona adscrita a un equipo de la ESF es referida por una central de regulación a diferentes especialistas de una misma especialidad en momentos diferentes; el especialista recibe en su consulta a personas que no deberían habersele referido a él; el especialista se queja de que el médico de familia comete errores en la referencia porque tiene pocos conocimientos; las relaciones entre generalistas y especialistas son impersonales y de desconfianza mutua; la demora para conseguir consulta con el especialista es mucha, y genera insatisfacción en la población; las personas se sienten abandonadas cuando llegan a la unidad de AAE por falta de apoyo en la transición, y la atención especializada se concentra en el médico, sin participación protagónica de otros profesionales de un equipo multidisciplinario. Todo lo anterior contribuye a que no haya mayor valor agregado para las personas que necesitan atención ambulatoria especializada, aun cuando la reciban.

Esas situaciones tienen varias causas, pero en el fondo, es el problema de la fragmentación del sistema de atención de salud: la ESF no está estructurada para coordinar la relación con la AAE; generalistas y especialistas trabajan en silos; la ESF no regula la AAE, que está a cargo de centrales de regulación absolutamente impersonales y burocráticas; en general, no hay directrices clínicas basadas en evidencia que definan en qué situaciones los usuarios deben ser referidos a especialistas; en general, no hay directrices clínicas basadas en evidencia que orienten las intervenciones de los especialistas; no hay estratificación de riesgos en la ESF que permita derivar a las personas que efectivamente se benefician de la AAE, según la evidencia que surge del modelo de la pirámide de riesgo; las centrales de regulación trabajan en función de las horas libres que encuentran en el calendario de trabajo, lo que lleva a que una misma persona pueda ser referida en momentos diferentes a distintos especialistas de una misma especialidad, para un mismo problema; las relaciones entre médicos de familia y especialistas son impersonales y no permiten el trabajo clínico conjunto; la AAE está muy concentrada en la consulta médica; en general, no hay un sistema de referencia y contrarreferencia estructurado con base en historias clínicas automatizadas; no se da apoyo efectivo a las personas en los momentos de transición, y no hay un vínculo entre médicos de familia y especialistas, lo que significa la inexistencia de la territorialización de la AAE.

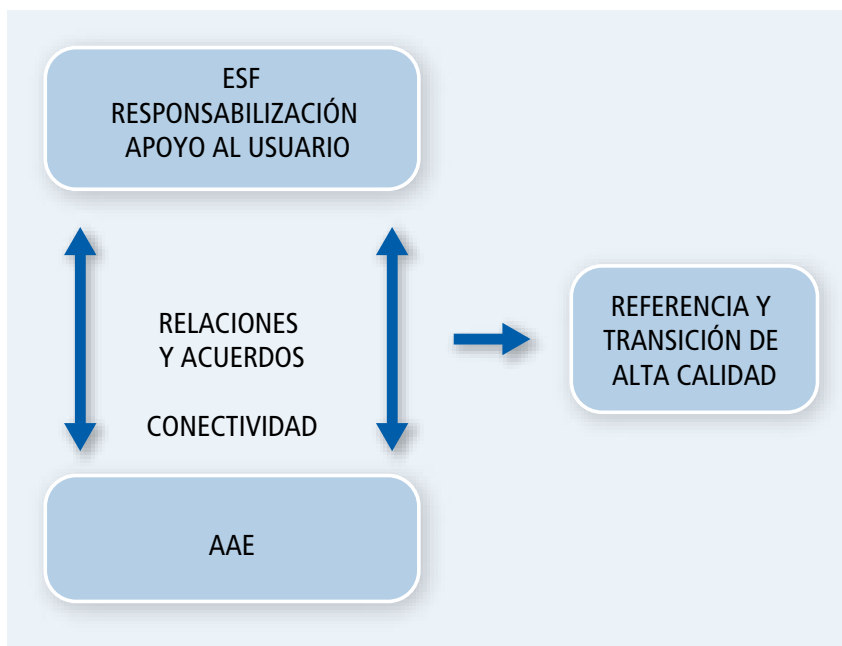
La relación entre la ESF y la AAE tiene dos elementos centrales. Uno es el flujo de las personas entre la ESF y la AAE y el otro, el apoyo en los puntos de transición. Es necesario tener claro que los momentos de transición generan mucha incertidumbre en los usuarios y son críticos para la seguridad de la atención de salud. La transición se da cuando la información o responsabilidades de los usuarios se transfieren

entre dos o más unidades de salud, en este caso, entre la unidad de la ESF y la de la AAE; incluso puede darse cuando el usuario se mantiene por un buen tiempo en una unidad de salud. Un buen sistema de apoyo a la transición depende de la transferencia conjunta de información y responsabilidades. Hay dos tipos de transición: entre unidades de salud y transición temporal ⁽⁹⁶²⁾. La primera se refiere a la transferencia de información y responsabilidades dentro de una misma unidad, por ejemplo, entre diferentes profesionales de un equipo; también incluye la transferencia entre unidades distintas, por ejemplo, entre la ESF y la unidad de AAE. La transición temporal corresponde a aquella en la que la información y las responsabilidades se transfieren entre episodios de cuidados, por ejemplo, entre la consulta inicial y las de monitoreo, o por ciclos de vida, niños a pediatras, adultos mayores a geriatras, etc. En este caso, el punto de transición más importante que hay que tener en cuenta es la transferencia de información y responsabilidades entre la ESF y AAE.

La relación entre la ESF y la AAE debe ser de alta calidad, para lo cual debe lograr los siguientes objetivos ⁽³¹⁾: ser segura, es decir, planificada para evitar daños a las personas; efectiva, orientada por directrices clínicas basadas en evidencia; rápida, de modo que las personas reciban la AAE oportunamente; centrada en las personas, de manera que reciban atención adecuada a sus necesidades; eficiente, es decir, limitada a referencias necesarias según los riesgos y evitando la duplicación de servicios; equitativa, para lo cual debe ser independiente de las características sanitarias, económicas o sociales de las personas, y coordinada, donde los generalistas de la ESF y los especialistas de la AAE se conocen, conocen las necesidades de las personas y actúan conjuntamente mediante un plan de cuidado compartido, con la coordinación de la ESF. Para que la relación entre la ESF y la AAE sea de alta calidad se deben garantizar los flujos y la transición guiados por esos objetivos. Uno de los modelos desarrollados para lograrlos es el de la coordinación de la atención de Mac Coll Institute for Healthcare Innovation, el mismo grupo que desarrolló el CCM ⁽⁹⁵⁹⁾.

La propuesta de ese modelo se basa en el punto de vista de la ESF (Figura 20). Considera los puntos de atención especializada y sus relaciones con la ESF y suma los elementos que propician flujos de referencia y transición de alta calidad. Son cuatro los elementos del modelo: asumir la responsabilidad; suministrar apoyo al usuario; desarrollar relaciones y acuerdos entre la ESF y la AAE, y desarrollar la conectividad por medio de sistemas de información clínica, preferentemente electrónicos, que proporcionen información oportuna y efectiva entre la ESF y la AAE. Cuando se aplican esos elementos, es posible que los prestadores reciban la información que necesitan oportunamente, que los profesionales sepan la situación de referencia y transición de las personas de su responsabilidad y que los usuarios sientan que reciben una atención coordinada.

Figura 20: Modelo de la coordinación de la atención de salud



Fuente: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

La descripción del modelo de la coordinación de la atención es una adaptación a las situaciones establecidas en la propuesta de las RAS y a la realidad del SUS.

Asumir la responsabilidad de la coordinación de la atención es una función de la ESF, tanto en el modelo original como en las RAS. Es el equipo de la ESF el que debe, a partir de las directrices clínicas, definir qué personas se benefician de la AAE y referirlas; para ello debe tener en cuenta la estratificación de riesgos de las condiciones crónicas. También es necesario que la ESF desarrolle infraestructura, relaciones y procesos que permitan que las referencias y las transiciones sean de calidad. Eso implica que los profesionales de salud que participan en el proceso se conozcan y conozcan sus respectivas expectativas y que la unidad de la ESF tenga personal preparado e infraestructura de información adecuada.

Es fundamental contar con historias clínicas, preferentemente automatizadas, que conecten la ESF con la AAE entre sí. Asimismo, es imprescindible tener un instrumento de referencia estandarizado que incluya los datos del usuario y su historia clínica. La responsabilidad por la transición es de la unidad de AAE, que debe apoyar a las

personas mientras son atendidas en sus servicios y tienen que comunicarse con la ESF sobre la atención provista.

El uso de un informe estandarizado de contrarreferencia es importante para garantizar la buena comunicación. La ESF debe estar preparada para dar cuenta de su forma de ejercer la coordinación de la atención. Para ello habrá que crear o modificar muchos procesos, como la estratificación de riesgos de las condiciones crónicas, la identificación de los especialistas, la definición de criterios de referencia y contrarreferencia, el montaje del sistema automatizado o en papel y otros. El equipo de la ESF debe ser capacitado por procesos de educación permanente. Es más, el sistema debe programarse con indicadores de calidad de la atención coordinada, por ejemplo, garantizar que 100% de las personas que regresan después de la atención del especialista tengan un informe de contrarreferencia estandarizado. Hay criterios de calidad para la coordinación de la atención, por ejemplo, los definidos por el National Committee for Quality Assurance, Patient-Centered Medical Home ⁽⁹⁶⁷⁾.

El apoyo a los usuarios existe en función de los desafíos que la referencia y la transición plantean a individuos y familias. Tienen preguntas que requieren respuesta, programaciones que es necesario hacer y ansiedad y problemas logísticos que manejar. Por lo tanto, se sugiere que en las unidades de la ESF haya profesionales del equipo que se encarguen de dar apoyo a las personas que necesitan AAE. Al no ser de carácter clínico, puede estar a cargo de un coordinador de la atención que tenga las siguientes funciones: detectar y ayudar a eliminar barreras logísticas a la atención especializada; ayudar a programar de manera oportuna; asegurar la transferencia de la información de los usuarios a los especialistas, y monitorear la atención y apoyar a las personas que tengan dificultades. Aunque algunos equipos de la ESF hayan dividido entre los profesionales las tareas de la coordinación de la atención, otras optan por tener un profesional específico encargado de los aspectos logísticos y del apoyo asociados a la referencia, contrarreferencia y transición de la atención.

Las relaciones y los acuerdos deben estar bien establecidos entre la ESF y la AAE. Las referencias y las transiciones funcionan mejor si generalistas, especialistas y usuarios están de acuerdo con el propósito de la referencia y la función de cada profesional está bien establecida. Los buenos acuerdos entre generalistas y especialistas tienen las siguientes características: presuponen que todos los profesionales tienen interés en dar atención de calidad; establecen objetivos comunes y el trabajo cooperativo entre profesionales; evitan confrontaciones y su blanco es el sistema y no las personas. Las expectativas de ambos tipos de profesionales deben basarse en una clara definición de quiénes serán los usuarios objeto de referencia, la información que habrá que proporcionar al especialista antes de la atención (historia clínica y exámenes complementarios) y la que los generalistas quieren recibir en la contrarreferencia y

en la función que corresponde a generalistas y especialistas después de la atención especializada.

La información esencial de un sistema de referencia incluye: nombre del paciente, fecha de nacimiento, información de contacto, nombre del especialista e información de contacto, razón de la referencia, breve descripción del problema, resultados de los exámenes más recientes, tratamientos recomendados con duración y situación, preguntas de interés del profesional que refiere, diagnóstico primario o secundario, plan de cuidado desarrollado con el usuario, monitoreo propuesto por el especialista y fecha ⁽⁹⁶⁸⁾. Reicham propuso un formulario para usar en el proceso de referencia ⁽⁹⁶⁹⁾.

A lo largo del tiempo, conforme se va coordinando la atención, las relaciones entre generalistas y especialistas pierden la desconfianza y la distancia para transformarlos en aliados ⁽⁹⁷⁰⁾. Ese acercamiento es gradual y se profundiza mediante un diálogo acerca de: la definición conjunta de criterios de referencia; la estandarización de la información al momento de la referencia y contrarreferencia; los acuerdos sobre los exámenes complementarios para evitar duplicaciones, y la discusión abierta de los puntos conflictivos (por ejemplo, los especialistas se apropian del usuario cuando los generalistas solicitan una interconsulta o los especialistas refieren los usuarios a otros especialistas sin consultar a los generalistas). En una fase avanzada de la coordinación de la atención, estos profesionales se conocen personalmente, atienden conjuntamente, comparten planes de cuidado y discuten casos clínicos de personas referidas a la AAE. Los especialistas pueden participar en actividades educacionales para generalistas y en la teleasistencia, proporcionando atención a distancia y segunda opinión.

Para que la coordinación alcance el nivel deseado de cuidado compartido, es necesario compartir los planes de cuidado y discutirlos en algunas circunstancias. La función del plan de cuidado compartido es garantizar que los profesionales de la ESF y la AAE apunten a los mismos objetivos ⁽⁹⁷¹⁾.

Todo lo anterior presupone un sistema de referencia y contrarreferencia que no sea burocrático e impersonal, sino que funcione entre personas que se conocen y trabajan juntas en algunas ocasiones. El sistema de centrales de regulación del SUS, además de quitarle la coordinación de la atención de salud de los eventos electivos a la ESF, va en la dirección contraria al modelo de la coordinación de la atención. Para superar ese problema, a menudo es necesario llevar a cabo la territorialización de la AAE, de tal forma que exista un vínculo entre generalistas y especialistas en un determinado territorio (distrito sanitario en grandes municipios y microrregiones de salud en municipios medianos y pequeños). El sistema tradicional y predominante en el SUS, en el que, por medio de la central de regulación, se refiere al usuario

al especialista que esté disponible en un día determinado, que probablemente no será el mismo en una segunda consulta y que, según la evidencia, no conoce a los generalistas, es caro y no agrega valor para las personas.

La conectividad es un predictor crítico del éxito de la coordinación de la atención entre generalistas y especialistas y refleja que los profesionales de salud involucrados en el proceso disponen de la información que necesitan y de un sistema de comunicación fluido para prestar atención adecuada. Por una parte, los generalistas deben estar seguros de que los especialistas saben la razón de la referencia y tienen la información necesaria para desempeñar su función (referencia); por otra, los especialistas deben proporcionar la información de vuelta, en respuesta a las necesidades y expectativas de los generalistas (contrarreferencia). Así funciona un ambiente en el que los profesionales mantienen a los usuarios informados y optimistas.

Para que haya buena conectividad se requiere que el sistema asegure que: la información necesaria se transmite a los destinatarios correctos; los eventos críticos del proceso de referencia y contrarreferencia se identifican y monitorean, y que generalistas y especialistas pueden comunicarse eficazmente entre ellos. La existencia de un sistema de referencia automatizado que forma parte de un registro automatizado en salud asegura que esa información fluya oportunamente. Ese sistema debe incorporar los criterios de referencia y transición según establecen guías basadas en evidencia. No obstante, los profesionales de salud que participaron en una entrevista mostraron que los sistemas de información clínica no tienen capacidad para apoyar la coordinación de la atención⁽⁹⁷³⁾. En ausencia de sistemas automatizados, se puede funcionar con papel y teléfono o fax. Mestzer y Zywlak tienen estudios de casos sobre sistemas de referencia y contrarreferencia automatizados⁽⁹⁷⁴⁾.

En el recuadro 23, se ilustra la aplicación correcta del modelo de coordinación de la atención y sus resultados positivos para los usuarios⁽⁹⁵⁹⁾.

Recuadro 23: El caso de la Sra. H.

La Sra. H, hermana de la Sra. G, es una mujer de 59 años de edad y ya es abuela; tiene historia de diabetes tipo 2 desde hace 12 años, que se ha complicado con hipertensión arterial y episodios recurrentes de depresión grave. Su índice de masa corporal es 36 y desde el inicio de su edad adulta ha luchado para controlar su peso. En una consulta reciente con su médico de familia se observó que su hemoglobina glucosilada era de 8,9%, su presión arterial 148/88 y que tenía síntomas que sugerían depresión. El Dr. M, médico de la familia, postergó el ajuste de los medicamentos contra la glucemia y la hipertensión hasta que pudiera controlarse la depresión y la refirió al ambulatorio especializado en salud mental. El Dr. M se puso en contacto con el Dr. P, psiquiatra de referencia de esa unidad de la ESF, a quien conocía desde hace tiempo y con quien se encuentra periódicamente para conversar sobre casos clínicos de interés común. El Dr. M, usando la historia clínica informatizada que estaba en red con la unidad de salud mental, completó la información concerniente a la referencia y programó la consulta con el Dr. P; indicó a la Sra. H que fuera a retirar el comprobante de la programación del coordinador de atención de la unidad, técnico en enfermería.

La Sra. H tuvo problemas con sus nietos y no pudo asistir a la consulta programada. La coordinadora de la atención verificó en el sistema electrónico que la Sra. H no había ido a su consulta, le programó una nueva cita con el psiquiatra y le dio la nueva fecha y hora. Cuando la Sra. H llegó al psiquiatra, este ya tenía el formulario de referencia enviado por el Dr. M. El Dr. P hizo la consulta y ajustó los antidepresivos, pero constató también que la Sra. H tenía la presión alta, dolor de cabeza y fatiga. Por eso, programó una consulta con el Dr. M en la unidad de la ESF para la tarde de ese mismo día. El Dr. M la atendió prontamente, ajustó los medicamentos antihipertensivos y le pidió que regresara unos días después. En la próxima consulta la Sra. H ya se estaba mejorando de la depresión y su presión arterial se estaba normalizando.

Fuente: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

Ese caso muestra algunos de los resultados positivos del modelo de coordinación de la atención entre la ESF y la AAE.

Parafraseando a J. Fry, se puede afirmar que la coordinación de la atención en las relaciones entre la ESF y la AAE es importante para proteger a los usuarios de los especialistas inadecuados y a los especialistas, de los usuarios inadecuados ⁽⁹³³⁾.

Hay evidencia de que la coordinación de la atención entre generalistas y especialistas mejora la atención de salud porque disminuye el uso de recursos ^(336, 342, 793, 975, 976, 977), genera mejores resultados sanitarios ^(336, 342, 976, 971, 978, 979, 980, 981, 982, 983), deja más satisfecho al usuario ^(971, 984) y mejora la comunicación ^(985, 986, 987).

El modelo de coordinación de la atención puede aplicarse en el SUS como base de una nueva forma de relación entre la ESF y la AAE. De esa forma, se rompe con la forma predominante de atención en silos, fruto de la fragmentación del sistema y que no genera valor para los usuarios. Algunas experiencias radicalizan el modelo de coordinación de la atención entre generalistas y especialistas al ponerlos a trabajar juntos en un mismo espacio físico, como es el caso de Kaiser Permanente ⁽²⁸⁶⁾.

Como se ha visto, aplicar la coordinación de la atención entre la ESF y la AAE exigirá cambios muy profundos en la relación que actualmente predomina y tendrá gran repercusión en la organización de la ESF.

Con el fin de construir socialmente el modelo de coordinación de la atención en la ESF, habrá que hacer muchos cambios, algunos de estructura, pero la mayor parte de proceso, entre ellos: fortalecer la ESF como coordinadora de la relación con los especialistas; crear la posibilidad de que el equipo de la ESF pueda programar adecuadamente las consultas especializadas; fortalecer el trabajo multidisciplinario en la ESF; contar con guías que definan los parámetros de referencia de los especialistas; introducir el manejo clínico de las condiciones crónicas por estratos de riesgos, según el modelo de la pirámide de riesgo; instituir la ESF como coordinadora de la atención; establecer el uso de historias clínicas, preferiblemente automatizadas, que faciliten la referencia y contrarreferencia; coordinar la atención con base en planes de cuidado elaborados cooperativamente por generalistas y especialistas; crear un sistema estandarizado de información para los especialistas; establecer un vínculo entre los miembros del equipo de la ESF y los especialistas, preferiblemente con base en la territorialización; establecer relaciones personales entre generalistas y especialistas, y crear una cultura de trabajo conjunto entre los profesionales del equipo de la ESF y los especialistas con actividades educativas, de supervisión, de investigación, de teleasistencia y de segunda opinión.

El programa de atención a los adultos mayores de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte es un buen ejemplo de coordinación de la atención entre la ESF y la AAE en el SUS, con territorialización de la atención especializada. El programa tiene como blanco la capacidad funcional de los adultos mayores y se basa en los planes de cuidado, que son revisados cada dos años por el Centro Mais Vida, del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, que es una unidad de AAE. La ejecución de los planes está a cargo de los equipos de la ESF del municipio. El Centro cuenta con dos geriatras, un médico y un enfermero en cada uno de los nueve distritos sanitarios, que dan apoyo a los equipos de la ESF de esos distritos para aplicar los planes de cuidados revisados ⁽⁹⁷²⁾.

MODELOS DE ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA: MODELO DEL PUNTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA AMBULATORIA EN LAS RAS

La nueva forma de relación entre la ESF y la AAE exige cambios profundos en la forma como se organizan las unidades de atención ambulatoria especializada.

El modelo de atención en silos, característico de los sistemas fragmentados, en el SUS se refleja en la forma en que se organiza la atención ambulatoria especializada,

es decir el centro de especialidades médicas o CEM, que aquí se refiere a una forma singular de organizar la AAE. Por lo tanto, puede haber una unidad que se denomine centro de especialidad médica que funcione o no según ese modelo.

En las RAS, es necesario reemplazar ese con otro denominado modelo del punto de atención secundaria ambulatoria (PASA). Este no se trata de un cambio meramente semántico, sino de una transformación de fondo en la organización de la atención ambulatoria especializada.

El modelo hegemónico del CEM puede aparecer en la práctica social de diferentes formas: una unidad con varias especialidades médicas, que tiene el nombre de centro de especialidades médicas o de policlínica; un médico especialista que trabaja solo en un consultorio con el apoyo de un recepcionista, o un médico que se desplaza de una ciudad a otra para prestar atención en su especialidad.

Lo que determina fundamentalmente si se trata de un modelo u otro es si la ESF y la AAE son parte de un sistema fragmentado y actúan como silos o si son parte de una RAS y se comunican orgánicamente, coordinadas por la ESF. Por lo tanto, las unidades de AAE en esos dos modelos se estructuran y cumplen funciones completamente distintas.

La concepción estratégica de la atención especializada en los PASA de las RAS es innovadora y por eso, se choca con las ideas de sentido común que sustentan el modelo predominante del CEM. En función de la profundidad de los cambios, es necesario contar con una estrategia de implantación que permita contraponerse a la tendencia conservadora de apropiarse de los PASA para llevarlos a la forma tradicional de prestación de servicios ambulatorios, según el modelo del CEM. Esa tendencia, además de su dimensión técnica, se manifiesta también en las dimensiones político-ideológica y económica.

Desde el punto de vista de la política de los profesionales de salud, significa redistribuir el poder entre generalistas y especialistas, lo que modifica la lógica flexneriana vigente desde el inicio del siglo XX, cuando se produjo la hegemonía del paradigma de la medicina científica, que tiene la especialización como uno de sus elementos fundamentales ⁽⁵⁵⁾. Desde el punto de vista de los gerentes y prestadores de servicios del SUS, ubica la gestión de flujos y contraflujos en el equipo de la ESF, con lo cual pone límites técnicos basados en directrices clínicas a la libre acción de las Secretarías de Salud, de los prestadores de servicios y de los especialistas en relación al ordenamiento de esos flujos. Económicamente, incide fuertemente en los prestadores de servicios, especialmente los especialistas mejor posicionados en la arena política de los sistemas de atención de salud, en dos vertientes: a) al modelar

los PASA a partir de la evidencia reflejada en guías y detalladas en protocolos clínicos, para reducir la variabilidad de los procedimientos de atención de salud, que genera gran ineficiencia de los sistemas e inducen la demanda a partir de la oferta ⁽²¹⁾ y b) al cambiar la gestión de la salud apartándola de la gestión de la oferta (muy sujeta a la presión del cabildeo de los intereses más estructurados) para centrarla en las necesidades de la población beneficiaria del sistema de atención de salud por medio de la gestión de base poblacional.

Debe quedar claro que la propuesta de RAS, dado su carácter radical, no es neutra. En ella, los intereses de la población, expresados por sus necesidades de salud, se sobreponen a los intereses políticos, económicos y tecnológicos de los actores sociales que están presentes en situación ventajosa en el ámbito político-sanitario. Por lo tanto, hay que estar de acuerdo con la afirmación de que la revolución en los sistemas de atención de salud solo será posible cuando el centro de la discusión pase de los prestadores de servicios al valor generado para los usuarios del sistema ⁽¹⁾.

La propuesta de implantar la AAE en el ámbito del PASA puede sufrir oposición directa cuando limita la libertad de ordenamiento del acceso a los gestores de salud o impone limitaciones técnicas a los especialistas. También podrá tener oposición indirecta y más sutil si se adueña de la idea innovadora de ese nuevo modelo, hace una nueva lectura de la propuesta y la transforma en una práctica social conservadora que no agregue valor para los usuarios. Referido al pensamiento de Lampedusa, cuanto más cambia, más sigue siendo la misma cosa.

Un análisis histórico de la salud pública brasileña muestra que el modelo de los centros de especialidades médicas se consolidó en la experiencia del INAMPS, de traer al seguro social brasileño los fundamentos de la medicina liberal generados en los Estados Unidos. En su forma más acabada, son los puestos de atención médica (PAM), grandes catedrales flexnerianas poco eficaces y muy ineficientes, que hasta hoy tenían que permanecer en las zonas centrales de las grandes ciudades brasileñas. Esos esqueletos están ahí estimulando la multiplicación de los PAM, con otro nombre, pero con la misma filosofía. Los centros de especialidades médicas tienen su origen en los puestos de atención médica del INAMPS.

Hay diferencias cualitativas significativas entre los modelos de centros de especialidades médicas y de puntos de atención secundaria ambulatoria (Cuadro 12).

Cuadro 12: Características de los modelos de atención ambulatoria especializada

MODELO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CEM)	MODELO PUNTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA AMBULATORIA (PASA)
Gestión de la oferta	Gestión de base poblacional
Unidad aislada sin comunicación fluida con otros niveles de atención.	Punto de atención de salud comunicado en red con los otros niveles de atención.
Sistema abierto.	Sistema cerrado.
Autogobierno.	Gobernado por la ESF.
Programación en la propia unidad sin estratificación de riesgo.	Programación en la ESF con estratificación de riesgo.
Acceso regulado por gestores de salud directamente en el complejo regulador.	Acceso regulado directamente por el equipo de APS.
Atención centrada en la atención del médico especialista.	Atención centrada en equipo multidisciplinario.
Relación entre generalista y especialista no existe o se hace por referencia y contrarreferencia sin conocimiento personal ni trabajo conjunto.	Hay una relación personal entre generalista y especialista sobre el trabajo clínico conjunto.
Decisiones clínicas no articuladas en directrices clínicas basadas en evidencia.	Decisiones clínicas articuladas en directrices clínicas basadas en evidencia.
Historias clínicas individuales no integradas en red.	Historias clínicas automatizadas integradas en red, especialmente con la ESF.
No utiliza instrumentos de gestión de la clínica.	Utiliza corrientemente instrumentos de gestión de la clínica.
Atención sin plan de cuidado individual.	Atención con plan de cuidado individual elaborado conjuntamente por generalistas y especialistas.
Función meramente asistencial.	Función asistencial, además de supervisión, educación e investigación.
Pago por procedimiento.	Pago por presupuesto global o capitación ajustada.

Fuente: Mendes ⁽²¹⁾

Una característica importante que diferencia los dos modelos es la forma de gestión. El CEM funciona con el sistema convencional de gestión de la oferta, muy arraigado en la programación pactada integrada que, en general, funciona por planificación de la oferta a partir de parámetros poblacionales generales o de series históricas. Eso lleva a determinar techos financieros que definen el número de procedimientos que ofrecerán los diferentes gestores de la salud. Ese sistema de gestión de la oferta es muy sensible a los intereses de los gestores y prestadores de

servicios mejor posicionados en el ámbito político del sistema de atención de salud. En el modelo PASA, la gestión es de base poblacional a partir de las necesidades de salud de la población efectivamente registrada en la ESF, mediante parámetros epidemiológicos que son parte (anexos) de las directrices clínicas basadas en evidencia.

Lo que marca mucho las diferencias entre ambos modelos de organización de la atención ambulatoria especializada son las relaciones entre ella y la ESF. El CEM es un modelo de relación en silos y el PASA es uno de coordinación de la atención.

El CEM es parte de un sistema fragmentado de atención de salud en el que, generalmente, se da atención especializada en silos y no tiene comunicación fluida entre los diferentes puntos y niveles de atención, ni coordinación de la atención por la ESF. Funciona como una caja negra. Se llega allí directamente o por alguna referencia, muchas veces de la ESF, pero no se conoce la historia anterior del usuario. En general, no se establecen vínculos, porque la programación, según el día, puede llevar a distintos profesionales de una misma especialidad. El sistema está lleno de repeticiones y redundancias, lo que lo hace, además de ineficaz, muy ineficiente. Las historias personales y familiares se toman en cada consulta y los exámenes se solicitan en cada episodio de atención, todo como consecuencia de tener un sistema desintegrado en el que no hay sistemas logísticos potentes, manejados a partir de la ESF. El PASA es totalmente diferente, porque está integrado en una RAS y es coordinado por la ESF. La ESF también hace la programación del PASA y la discute conjuntamente en un taller con el equipo de la AAE. De esa forma, cada equipo de la ESF sabe con anterioridad a quién y cuántas personas debe referir al PASA, por tipo de intervención.

El centro de especialidades médicas es una organización que permite la demanda abierta. Una vez que se inauguran esos centros, inmediatamente generan demanda de atención, que a veces es directamente atendida, programada y reprogramada; así, en poco tiempo se llena el calendario de atención. Por el contrario, el PASA es un sistema cerrado, sin posibilidad de acceso directo de los usuarios, a no ser en casos de urgencia o de intervenciones pequeñas definidas en las directrices clínicas, para las cuales ese centro constituye el punto de atención de primer contacto.

El CEM tiene libertad de autogobernarse, lo que explica el gran número de consultas de seguimiento programadas por ellos mismos. Eso proviene, en parte, de ser un sistema abierto y, en parte, en función de la fragmentación del sistema de atención de salud y de la fragilidad de la ESF para coordinar la atención. El autogobierno del CEM no tiene la capacidad de garantizar la continuidad de la atención y acaba por restringir las intervenciones del cuidado especializado, sin una visión integral de las intervenciones de los niveles primario y terciario. En el PASA, la ESF gobierna los flujos

y contraflujos de personas y es responsable de coordinar la atención. Ningún usuario debe llegar a uno de esos centros sin haber sido derivado por la ESF, a excepción de los casos que regresan.

El CEM elabora su propia programación, especialmente con base en los parámetros de la programación pactada integrada. Por su parte, la programación del PASA se lleva a cabo en talleres de programación en los que participan conjuntamente personal de la ESF y de la AAE. La base de ese taller está dada por parámetros epidemiológicos utilizados en la ESF, por estratos de riesgo, que permiten saber anticipadamente, quién y cuántas personas deben ser referidas, por tipo de intervención, y qué recursos humanos, materiales y financieros requiere el PASA para funcionar.

Esas formas singulares de gobernanza de los dos modelos llevan a que el acceso al CEM sea por una central de regulación accionada por gestores. En el PASA es diferente; allí el acceso regulado está directamente a cargo de los equipos de la ESF, que utilizan la infovía de los sistemas de información clínica o del complejo regulador.

En el CEM, como su propio nombre lo sugiere, el proceso de atención está centrado en el médico especialista. En general, ese centro no realiza el trabajo con un equipo multidisciplinario, lo que empobrece la atención prestada y presiona el programa de trabajo del médico especialista. Además, la forma de atención se centra en la consulta médica individual cara a cara. En el PASA, hay un equipo multidisciplinario que participa en la clínica de forma planificada y sin redundancias ni repeticiones entre los diferentes miembros del equipo; por el contrario, cada uno va agregando valor a los usuarios por las ventajas comparativas que traen a la atención de salud. Además, la atención va más allá de las consultas individuales cara a cara, ya que incorporan nuevas formas de atención, como la atención compartida en grupo, atención continua, atención por pares, teleasistencia, etc.

En general, en el CEM no existe un vínculo, territorial o de otro tipo, entre generalistas y especialistas. Por lo tanto, las relaciones entre esos profesionales son burocráticas e impersonales; no llevan a cabo actividades conjuntas. En ausencia de esa relación, tampoco hay vinculación entre usuarios y especialistas, lo que lleva a que una misma persona por un mismo problema pueda ser atendida por varios profesionales de la misma especialidad, con conductas distintas, en momentos diferentes. Los sistemas de referencia y contrarreferencia son poco estructurados, generan flujos de información inadecuados en ambos sentidos y problemas en la transición. En el PASA hay una vinculación entre generalistas y especialistas, preferiblemente con base en la territorialización de la AAE. Eso permite establecer relaciones personales entre ambos tipos de profesionales, que se conocen y trabajan juntos en varias circunstancias. Los sistemas de referencia y contrarreferencia están bien desarrollados, con

flujos de información estandarizados en ambos sentidos. Existe la preocupación de garantizar apoyo a los usuarios en la transición.

En el CEM, por lo general, las decisiones clínicas no se toman a partir de directrices clínicas con base en evidencia científica, en las que se normaliza la condición de salud a lo largo de los diferentes servicios de la RAS, según estratos de riesgo. Esa carencia lleva a una enorme variabilidad en los procedimientos, incluso entre diferentes especialistas que trabajan en un mismo centro, y se generan intervenciones ineficaces e ineficientes. Como no existe el manejo clínico por estratos de riesgo, muchas veces los especialistas atienden a personas para las que la atención especializada no tiene beneficios, lo que a su vez recarga su trabajo innecesariamente. En el PASA, todo el trabajo clínico de esas unidades está definido en directrices clínicas basadas en evidencia con estratificación de riesgos. De esa forma, solo llegan a los especialistas los usuarios con riesgos mayores, según establece el modelo de la pirámide de riesgo. No se trabaja con embarazadas, sino con embarazadas de riesgo normal y embarazadas de alto riesgo; no se trabaja con hipertensión, sino con hipertensión de bajo, mediano, alto y muy alto riesgo. Eso es fundamental porque ayuda a organizar el sistema de atención de salud y a mejorar la calidad de la atención. Un PASA de una red maternoinfantil no atiende embarazadas de riesgo normal (alrededor de 85% de los embarazos), sino solamente a aquellas de alto riesgo. Así se puede racionalizar el calendario de trabajo de los especialistas y agregar valor a la atención de las personas referidas a la AAE.

En general, el CEM trabaja con historias clínicas individuales, muchas veces en papel, que no están integrados en las RAS y, por lo tanto, no permiten una comunicación fluida de ese nivel con la ESF, ni un manejo eficaz de las condiciones crónicas. La fragmentación de la historia clínica no deja dar continuidad a la atención. Además, el carácter individual de esa historia clínica empobrece la visión de la salud de la familia, una propuesta fundadora del SUS. Al no ser automatizadas, impiden también registrar a los usuarios según el riesgo relativo de cada condición, lo que debilita la atención prestada y genera redundancias y repeticiones en el trabajo. El PASA funciona con historias clínicas automatizadas que deben circular simultáneamente en todos los niveles del sistema, especialmente en línea con la ESF. También son familiares, lo que viabiliza la incorporación de instrumentos potentes del abordaje de salud de la familia a la atención. Se puede registrar a todos los usuarios con una determinada condición crónica, por riesgos socioeconómicos y sanitarios, y enviar alertas y dar retroalimentación a profesionales y usuarios. Las historias clínicas tienen espacios específicos para incluir información de la referencia y contrarreferencia y acerca del plan de cuidado, al que pueden tener acceso médicos generales y especialistas.

El CEM no trabaja con instrumentos modernos de gestión de la clínica. La razón es sencilla: al no haberse normalizado los procesos de trabajo en directrices clínicas basadas en evidencia, no se pueden utilizar esas tecnologías. El PASA, por su parte, utiliza, a partir de directrices clínicas basadas en evidencia científica, tecnologías de gestión de la condición de salud y de gestión de caso.

Por lo general, en el CEM no hay un plan de cuidado para cada persona atendida. Ese plan debe ser el centro de una atención especializada de calidad, sin el cual se dan muchas orientaciones contradictorias; además, su ausencia no permite a los usuarios asumir una actitud proactiva en su autocuidado. En el PASA toda persona tiene su plan de cuidado elaborado conjuntamente, entre generalistas, especialistas y usuarios y sus familias, donde se estipulan metas y se hace monitoreo periódico.

El CEM, en general, tiene estrictamente funciones asistenciales. El PASA agrega otras funciones imprescindibles: supervisión de los equipos de la ESF, participación en procesos de educación permanente en la AAE y en la ESF e investigación, especialmente en el campo del desarrollo tecnológico de la condición de salud temática.

El sistema de pago del CEM normalmente se realiza por procedimientos, lo que genera incentivos perniciosos a los prestadores, ya que los induce a llevar a cabo más procedimientos, especialmente de mayor densidad tecnológica, para maximizar sus ingresos. En el PASA, el sistema de pago debe ser por presupuesto global o por capitación ajustada por género y edad, ya que esas formas de pago invierten la señal del incentivo y hacen que los prestadores trabajen más en intervenciones de promoción, de prevención y de contención del riesgo evolutivo de condiciones de salud de menos riesgo.

En el recuadro 24 se relata el caso del Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, que es una experiencia exitosa de atención ambulatoria especializada que contiene todos los elementos del modelo PASA.

Recuadro 24: Recuadro 24. Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte en Minas Gerais

Con la misión de alargar y mejorar la calidad de vida de la población minera por medio de intervenciones capaces de disminuir la morbimortalidad por hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y enfermedad renal crónica, el Gobierno de Minas Gerais instituyó como proyecto prioritario el Plan Minero de Desarrollo Integrado o Red Hiperdia Minas.

Aplicar el concepto de redes implicó que este fuera un proyecto con base en la ESF, su centro de coordinación. En las microrregiones de salud hay un punto de atención ambulatorio especializado denominado Centro Hiperdia Minas.

Un grupo multidisciplinario, compuesto por sanitarios, técnicos de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais (SESMG), médicos de la Asociación Minera de Medicina de la Familia y Comunidad y especialistas, trabajó en el diseño de la Red Hiperdia Minas, especialmente en lo referente a la Estrategia de Salud Familiar o ESF y la Atención Ambulatoria Especializada o AAE.

En la ESF, se elaboró una guía basada en el abordaje poblacional de la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la enfermedad renal crónica. Esa guía estratifica esas condiciones crónicas por riesgo, establece criterios de referencia a la AAE y define los parámetros para la programación.

Los Centros Hiperdia Minas, diseñados y financiados por la SESMG, tienen cuatro objetivos principales: prestar atención especializada a los usuarios con hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedad renal crónica, clasificados en los estratos más complejos de esas condiciones; supervisar la atención prestada a esos usuarios por la ESF; promover la educación permanente de los profesionales de salud que dan la atención primaria y secundaria, y fomentar la investigación clínica y operativa.

El financiamiento de los centros fue cubierto en su totalidad por la SESMG, al igual que los gastos recurrentes. Estos últimos se financian por medio de un contrato de gestión con las organizaciones que operan los centros, con pago por presupuesto global. Los prestadores pueden ser secretarías municipales de salud, universidades u organizaciones no gubernamentales. Ya se han puesto en marcha 10 Centros Hiperdia Minas que benefician a 2,8 millones de mineros. Uno de ellos es el Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte (CHSAM).

Ese centro recibe las referencias de la Microrregión de Salud de Divinópolis/Santo Antônio do Monte, que tiene 13 municipios con una cobertura de aproximadamente 400.000 habitantes. La Fundación Dr. José Maria dos Mares Guia está a cargo de su funcionamiento.

El CHSAM cuenta con un equipo multidisciplinario formado por cardiólogo, endocrinólogo, angiólogo, asistente social, enfermero, farmacéutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermería y personal administrativo. Ofrece exámenes complementarios, como ecocardiograma, *doppler* manual, *holter* de 24 horas, mapa, detección de neuropatía diabética, retinografía sin contraste y prueba ergonómica.

El trabajo del CHSAM es de carácter multidisciplinario e introdujo en su rutina nuevas formas de atención de salud, como la atención compartida en grupo, la atención continua, la atención por pares y el autocuidado apoyado.

Recuadro 24: Recuadro 24. Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte en Minas Gerais

La atención se centra en un plan de cuidado integral elaborado conjuntamente por el equipo multidisciplinario y el usuario, en el que se establecen metas. El plan se monitorea, asigna la responsabilidad del cuidado y se comparte con el equipo de la unidad de ESF del usuario.

El CHSAM trabaja en estrecha colaboración con los equipos de la ESF de los municipios de su área de cobertura y funciona como espacio educacional, de supervisión y de investigación. Un ejemplo es el del municipio de Lagoa da Prata, que interactúa, con el CHSAM y que organizó su ESF de acuerdo con el modelo de atención de las condiciones crónicas. Allí, los usuarios con hipertensión arterial fueron identificados 100% según parámetros epidemiológicos y de ellos, 91,7% fueron estratificados y atendidos según esa estratificación.

El CHSAM ofrece varios programas de apoyo a sus beneficiarios: Dia Jovem, SaúdArte, Ondas Salud, Cháude, De Pé Feliz, Meta Premiada y Tecendo Saúde.

El CHSAM tiene todas las características que diferencian los PASA de los CEM tradicionales. Algunos trabajos en los que se compararon el CHSAM con los CEM tradicionales mostraron mejor desempeño y resultados clínicos, eficiencia y costo-eficacia en el primero.

Un seguimiento de 609 personas con hipertensión y 136 personas con diabetes atendidas en el CHSAM constató que, después de tres interconsultas en el centro, la presión arterial y la hemoglobina glucosilada presentaban niveles adecuados en 87% y 71% de esas personas, respectivamente.

El manejo adecuado del pie diabético permitió economizar gastos estimados en R\$ 3 millones. La satisfacción de los profesionales de salud es alta y la de los usuarios, 89,0%.

Fuente: Alves Junior ⁽⁹³¹⁾

EQUILIBRIO ENTRE ATENCIÓN PRESENCIAL Y ATENCIÓN NO PRESENCIAL

Un octavo cambio fundamental que requiere la atención de salud para aplicar el MACC en la ESF es el establecimiento de un equilibrio entre la atención presencial y la no presencial. No se trata de analizar aquí los instrumentos del telesalud utilizados en un contexto más amplio, sino de determinar la posibilidad de aumentar las consultas no presenciales realizadas por los equipos de salud en el ambiente micro, especialmente por teléfono o correo electrónico.

En Brasil y otros lugares, la atención de salud es de carácter presencial, cara a cara, con una participación relativa muy baja de la atención no presencial. Por eso, hay una tendencia excelente a utilizar ambos tipos de atención, lo que exige que en la ESF haya un aumento relativo de las consultas no presenciales.

Trabajos realizados en diferentes lugares muestran que las consultas no presenciales, en determinadas situaciones, pueden lograr tan buenos resultados como las presenciales, especialmente cuando se trata de monitorear las condiciones crónicas.

Estudios realizados en el Reino Unido, en los que se comparó el monitoreo telefónico de 278 pacientes con asma, con el monitoreo presencial cara a cara, mostró que el primero llegó a un número mayor de personas, con los mismos resultados sanitarios e igual satisfacción de los usuarios ⁽⁹⁸⁸⁾. Se obtuvieron resultados semejantes en Corea en el control glucémico de la diabetes ⁽⁹⁸⁹⁾. En los Estados Unidos, se demostró que el contacto telefónico de médicos y enfermeros fue tan eficaz como el presencial para promover el autocuidado en casos de diabetes ⁽⁹⁹⁰⁾ y más eficaz en relación con el control glucémico y el cuidado de los pies ⁽⁹⁹¹⁾. Kaiser Permanente ha utilizado crecientemente la consulta no presencial y estimula la consulta médica por correo electrónico. Los médicos tienen 48 horas para contactar a sus clientes, y son remunerados por esas consultas. Así se pudo reducir en 10% el número de consultas médicas presenciales en esa aseguradora ⁽²⁸⁶⁾. La atención no presencial en esa organización es parte de una política de atención electrónica (e-cuidado) que abarca, además, el acceso en línea a las historias clínicas automatizadas y los resultados de exámenes; también los usuarios pueden obtener recetas de medicamentos de uso continuo, seleccionar a los médicos, programar su atención y acceder a material educativo, todo en línea ⁽³⁵³⁾.

Según la evidencia, la atención no presencial da buenos resultados en el control de las condiciones crónicas y mejora la calidad de la atención ^(992, 993, 994); mejora la calidad de vida de los usuarios ⁽⁹⁹⁵⁾; hace un uso mejor de los recursos ^(996, 997, 998) y tiene resultados sanitarios positivos ^(43, 109, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008).

A semejanza de lo que ha estado aconteciendo en otros países, se debería buscar en el SUS, especialmente en la ESF, una combinación adecuada de atención profesional presencial y no presencial, y un aumento relativo de las consultas por teléfono y correo electrónico.

Hay quienes afirman que es muy difícil trasladar esa realidad de país desarrollado a Brasil. Pero se puede argüir que el mejoramiento rápido de la telecomunicación en Brasil es un elemento favorable a la ampliación de la atención no presencial. Hay datos que muestran que, a fines de 2010, había en el país casi 203 millones de suscripciones de telefonía móvil, más que la población total ⁽¹⁰⁰⁹⁾. En cuanto al acceso a internet, la situación era menos holgada, aunque los datos de 2011 muestran que había aproximadamente 80 millones de usuarios brasileños, pero con variaciones significativas por región e ingreso personal, lo que tiene implicaciones de inequidad para un sistema público de salud ⁽³⁷⁵⁾. El Plan Nacional de Banda Ancha debería tener un impacto significativo, porque pretende llevar internet con velocidad de 1Mbps a 40 millones de hogares brasileños, a precios razonables.

EQUILIBRIO ENTRE ATENCIÓN PROFESIONAL Y ATENCIÓN POR USUARIOS EXPERTOS

Un noveno cambio fundamental que se requiere para poner en marcha el MACC en la ESF es el establecimiento de un equilibrio entre la atención profesional y la proporcionada por personas legas. Eso significa introducir o ampliar en la ESF las actividades de grupos de personas con condiciones crónicas, conducidas por personas afectadas por esas condiciones. Por esa razón, ese tipo de atención también se denomina atención por pares.

Se ha ido reconociendo crecientemente la utilidad de trabajar con personas legas para la atención de las condiciones crónicas ⁽¹⁰¹⁰⁾. Ese cambio surgió a partir de las propuestas de autocuidado apoyado, que reconocieron la importancia de empoderar a los usuarios para que participen de manera proactiva en la producción social de su salud.

En el Reino Unido, en 1999 se estableció un programa oficial, Pacientes Expertos, destinado a estimular el autocuidado apoyado. En 2003, la mitad de las unidades de APS de Inglaterra ofrecían ese programa ⁽⁷⁹⁴⁾, que tuvo impacto en la salud de las personas con condiciones crónicas y reposicionó la relación entre profesionales de salud y usuarios ⁽¹⁰¹¹⁾.

Esos programas de usuarios expertos surgieron a partir de la observación de algunos médicos y enfermeros de que algunas personas conocían mejor que ellos su condición de salud y que tenían mayor conocimiento por haber experimentado la condición crónica; las circunstancias sociales en las que esa condición se da, y las actitudes frente a los riesgos, valores y preferencias individuales ⁽¹⁰¹²⁾.

Una variación de los programas de usuarios expertos – analizada aquí –, asume la forma de trabajo con grupos de personas con una determinada condición crónica de salud, coordinados por pares, o sea, por usuarios que viven con esa condición de salud ⁽¹⁰¹³⁾.

El usuario experto se selecciona de un grupo de personas con una misma afección crónica, que actúa como facilitador de las sesiones grupales de personas con la misma condición. La selección está a cargo del equipo de salud, por entrevista y observación y con criterios tales como empatía, interés en ayudar, motivación, habilidad de comunicación, interés en el trabajo voluntario y capacidad de autocuidado. El criterio fundamental es que esos facilitadores hayan experimentado los problemas de la afección en cuestión y, por lo tanto, tengan autoridad para interactuar con otras personas que están pasando por situaciones similares.

El usuario experto recibe una capacitación como facilitador de grupos, a cargo del equipo de la ESF. Los grupos son de 10 a 15 de personas con la misma condición de salud. Algún miembro del equipo de la ESF puede estar presente en el grupo, pero solamente como observador.

Bodenheimer y Grumbach afirman que cuando un grupo trata conjuntamente el problema presentado por una persona con una condición similar, puede beneficiarse tanto o más que de la intervención de un médico u otro profesional de salud.⁽¹⁵⁵⁾ En esos grupos, la interacción humana se multiplica exponencialmente en beneficio de la atención de salud.

Hay evidencia de que los programas de usuarios expertos producen resultados positivos para la salud de las personas con condiciones crónicas en los siguientes aspectos: mejora el acceso a la atención^(43, 1014); resultados sanitarios^(1015, 1016, 1017); adhesión al autocuidado^(1018, 1019, 1020), y uso de recursos de salud^(43, 1016, 1017). Por eso, tales programas se han incorporado en las políticas oficiales de sistemas públicos de atención de salud, como el del Ministerio de Salud del Reino Unido⁽⁷⁹⁴⁾ y de Cataluña, España⁽¹⁰²¹⁾ (Recuadro 25).

Debería estimularse la incorporación de programas de usuarios expertos facilitados por pares en la ESF, por medio de reuniones de grupos de personas afectadas por una determinada condición crónica de salud.

Recuadro 25: Programa Paciente Experto del Instituto Catalán de Salud, en España

El Programa Paciente Experto tiene los siguientes objetivos: conseguir la adhesión de los usuarios, incluso al tratamiento; conocer su grado de satisfacción; mejorar su percepción sobre su calidad de vida, su conocimiento de la afección que los aflige y el grado de autocuidado, para que puedan manejarla bien; disminuir el número de consultas médicas y de enfermería, y disminuir las hospitalizaciones y la atención de urgencia.

El programa consiste en nueve sesiones de 1,5 horas a lo largo de dos meses y medio. El número de participantes está limitado a 10, con el objeto de garantizar una comunicación fluida y efectiva entre los participantes. Se escoge un usuario en función de su experiencia y vivencia de la condición crónica, que actúa como facilitador del grupo. Para prepararse, recibe una formación en dinámica de grupos proporcionada por el equipo de salud. Algún miembro del equipo de salud puede participar, pero exclusivamente como observador, sin interferir en la dinámica del grupo.

La evaluación del proceso se realiza en dos fases. La primera, después de cada sesión y la segunda, seis a 12 meses después del fin de los trabajos. Ambas evaluaciones son sobre aspectos cualitativos y cuantitativos, por un lado, de los conocimientos adquiridos, los cambios de comportamiento y de estilo de vida, el grado de autocuidado y la satisfacción de los participantes y, por otro, sobre la utilización de los servicios de APS, de urgencia y de hospitalizaciones.

En la evaluación de 10 grupos de usuarios de la APS en Barcelona, de un total de 78 personas con insuficiencia cardíaca, se mostró que al final del programa, 20,1% de los participantes habían mejorado su comportamiento y estilo de vida y 9,2% habían adquirido nuevos conocimientos; seis meses después, 25% habían mejorado su comportamiento y estilo de vida y 13,2%, sus conocimientos sobre la enfermedad. Además, los resultados cualitativos demostraron un alto grado de satisfacción de los participantes con el programa.

Fuente: Mestre, Padrés, Perelló, Pérez, Martín ⁽¹⁰²⁰⁾

Además de la atención por usuarios expertos, han aparecido modelos innovadores de redes sociales que facilitan la atención de salud. Son grupos de personas con una determinada condición que se reúnen para conocer e intercambiar información con “personas como yo”. Eso les permite comparar la evolución de sus condiciones de salud y el progreso del tratamiento y comunicar y aprender unos de otros. El caso más conocido es el de Alcohólicos Anónimos, pero hay otras experiencias. La corporación Revolution Health está construyendo una red de personas con condiciones crónicas, basada en un amplio banco de datos ⁽²⁷⁾; la Fundación Restless Leg Syndrome ayuda a las personas con síndrome de piernas inquietas a conocer los últimos tratamientos y proporciona información para los profesionales de salud ⁽¹⁰²²⁾; el sitio Web dLife ofrece información y un foro donde las personas con diabetes aprenden a lidiar mejor con su enfermedad. En España, el Forumclínic difunde información sanitaria a los profesionales de salud y personas con condiciones crónicas y comunica a esas personas entre sí, creando comunidades virtuales.

NUEVA GESTIÓN EN LA ESF: GESTIÓN DE LA CLÍNICA

La aplicación del MACC en la ESF demanda cambios profundos en la gestión de la atención primaria de salud.

La gestión de salud, así como la de las organizaciones en general, se basa en modelos de gestión estratégica muy volcados hacia los recursos humanos materiales y financieros. Esto es evidente cuando se examinan los currículos de los cursos de gestión en salud.

Sin abandonar los principios de la gestión estratégica y de la gestión de insumos, hay que avanzar para relativizar la valoración de la gestión de los fines, es decir, la gestión de la clínica.

ORÍGENES Y CONCEPTO DE GESTIÓN DE LA CLÍNICA

La expresión gestión de la clínica no se encuentra muy a menudo en la bibliografía internacional. En Brasil fue adoptada por Mendes ⁽¹⁰²³⁾ para referirse a un sistema de tecnologías de microgestión de los sistemas de atención de salud, aplicable al SUS.

La gestión de la clínica tiene su origen en dos movimientos principales: uno, más antiguo, desarrollado en el sistema de atención de salud de los Estados Unidos, la atención gestionada o *managed care*; el otro, más reciente, es la gobernanza clínica o *clinical governance* que se estableció en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido ⁽²¹⁾.

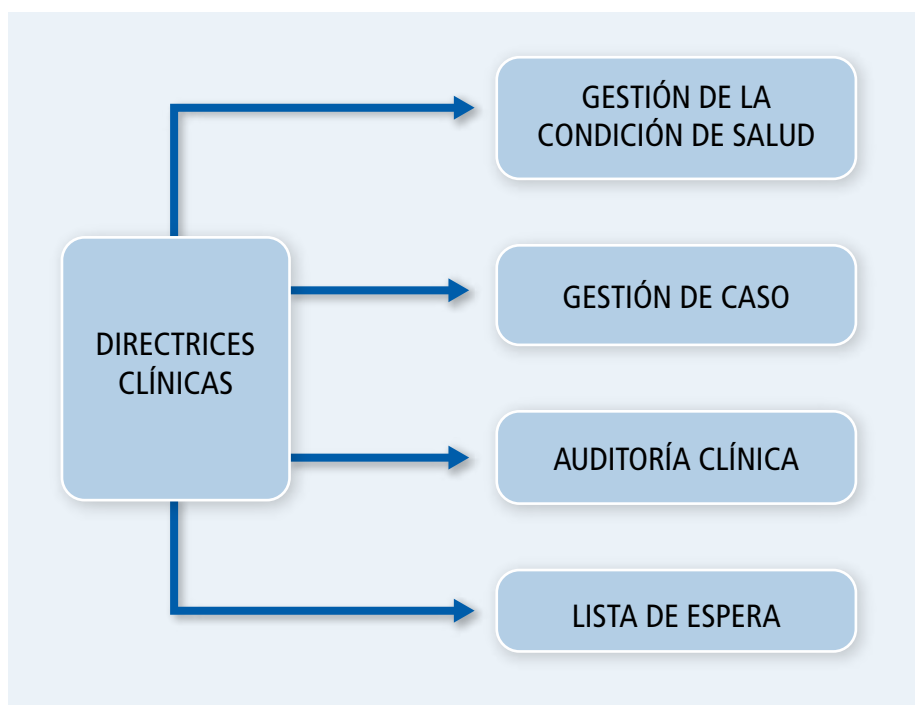
La propuesta de la gestión de la clínica se inspiró en la atención gestionada, de la cual extrajo y adaptó a la realidad del sistema público brasileño, uno de sus elementos constitutivos, es decir, el conjunto de tecnologías de microgestión de los sistemas de atención de salud de eficacia comprobada empíricamente ⁽¹⁰²⁴⁾. Además, se buscó incorporar, en su propuesta de auditoría clínica, las tecnologías de revisión de la utilización, también muy eficaces en el control de la variabilidad de los procedimientos médicos ⁽¹⁰²⁵⁾. De la gobernanza clínica, la gestión de la clínica incorpora especialmente el carácter central de la educación permanente de los profesionales de salud, la gestión de los riesgos de la atención y una visión contemporánea de auditoría clínica, estrechamente vinculada a una cultura de calidad de los servicios de salud.

La gestión de la clínica puede concebirse como un conjunto de tecnologías de microgestión, cuyo fin es proporcionar atención de salud de calidad centrada en las personas. Debe ser, además, eficaz y basada en evidencia científica; inocua, que no cause daños a los usuarios ni a los profesionales de salud; eficiente, provista con

costos óptimos; oportuna, prestada en el tiempo que corresponde; equitativa, de manera que reduzca las desigualdades injustas, y humanizada ⁽²¹⁾.

Por lo tanto, la gestión de la clínica está constituida por tecnologías sanitarias que surgen de tecnologías-madre, es decir, las directrices clínicas, para a partir de ellas, desarrollar las tecnologías de gestión de la condición de salud y del caso, auditoría clínica y listas de espera, conforme se ve en la figura 21.

Figura 21: Tecnologías de gestión de la clínica



Fuente: Mendes ⁽²¹⁾

TIPOS DE TECNOLOGÍAS DE GESTIÓN DE LA CLÍNICA

El análisis de la figura 21 permite ver que hay cinco tipos de tecnologías de gestión de la clínica: las directrices clínicas, la gestión de la condición de salud, la gestión de caso, la auditoría clínica y la lista de espera.

En la ESF, las tecnologías de la gestión de la clínica encuentran un campo privilegiado de aplicación. La excepción es la lista de espera, que no se aplica a la ESF,

aunque se utiliza para equilibrar la oferta y la demanda de atención especializada. Las directrices clínicas constituyen la base de una ESF eficaz y de calidad. A partir de ella, se estructuran las dos tecnologías fundamentales para el MACC, la gestión de la condición de salud y la gestión de caso, según el modelo de la pirámide de riesgo. Conforme se observa en la figura 12 (anterior), los niveles 3 y 4 son de atención de las condiciones crónicas sencillas o factores de riesgo biopsicológicos o de condiciones crónicas complejas, por medio de la tecnología de gestión de la condición de salud. En el nivel 5, se atienden las condiciones crónicas muy complejas, a las que se aplica la tecnología de gestión de caso.

En vista de lo anterior, acá se analizarán las tecnologías correspondientes a las directrices clínicas, la gestión de la condición de salud y la gestión de caso. No obstante, hay que reconocer que la tecnología de auditoría clínica debe utilizarse en la ESF, especialmente vinculada a programas de mejoramiento de la calidad.

DIRECTRICES CLÍNICAS

CONCEPTO

Las directrices clínicas son recomendaciones sistemáticas que tienen el propósito de influenciar decisiones de los profesionales de salud y de los usuarios respecto de la atención apropiada en circunstancias clínicas específicas ⁽¹⁰²⁶⁾. Para lograr sus objetivos, las directrices clínicas deben combinar la medicina basada en evidencia, la evaluación tecnológica en salud, la evaluación económica de los servicios de salud y la garantía de calidad ⁽¹⁰²⁷⁾.

La elaboración de las directrices clínicas debe encararse, no como un proceso lineal, sino como un ciclo de actividades interdependientes que incluyen la elaboración, puesta en práctica, evaluación y actualización de esas directrices, educación permanente, acreditación de los servicios de salud, evaluación tecnológica en salud y la auditoría clínica ⁽¹⁰²⁸⁾.

A pesar de sufrir cuestionamientos frecuentes – como los que las comparan con libros de recetas gastronómicas –, las directrices clínicas son imprescindibles para la gestión de la clínica y deben tomarse no como órdenes, sino como vías para dar una atención de salud eficaz y de calidad.

Los objetivos de las directrices clínicas son mejorar la comunicación entre los profesionales de salud y entre ellos y los usuarios; estandarizar las conductas clínicas al reducir la complejidad de la atención de salud; mejorar la calidad de la atención de salud mediante la provisión de servicios eficaces, eficientes y seguros, según la

evidencia científica; disminuir las variaciones no deseadas en la prestación de servicios de salud; aumentar la satisfacción de los usuarios; definir parámetros de programación de base poblacional; servir de base para la definición de las tecnologías de gestión de la clínica; facilitar el diseño de procesos de educación permanente, e identificar temas de investigación y desarrollo ^(21, 1029, 1030).

Algunas características de las directrices clínicas son que: tienen un abordaje claro para los usuarios; son desarrolladas por grupos multidisciplinarios; se orientan hacia objetivos y resultados; deben ser validadas interna y externamente; incorporan evidencia científica; están sujetas a monitoreo, y deben ser actualizadas periódicamente ⁽¹⁰³⁰⁾.

Todo el proceso de atención de las condiciones crónicas en la ESF debe estar sustentado por directrices clínicas que deben elaborarse según la medicina basada en evidencia (MBE), entendida como el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia científica para tomar decisiones respecto a la atención de salud ⁽¹⁰³¹⁾.

La MBE se justifica por algunas razones principales. La primera es que la evidencia se genera constantemente y debe incorporarse a la práctica clínica; segundo, porque aunque esa evidencia sea necesaria para la práctica cotidiana de la medicina, hay dificultades en obtenerlas; tercero, porque el conocimiento médico evoluciona muy rápido y el desempeño clínico se deteriora con el tiempo. La cuarta razón es que la entropía clínica no se supera con programas convencionales de educación continuada, y, por último, porque la MBE permite a los clínicos mantenerse actualizados ⁽¹⁰³¹⁾.

La medicina basada en evidencia tiene por objeto resumir los resultados de investigaciones, especialmente, por medio de revisiones bibliográficas sistemáticas y metaanálisis. La revisión sistemática difiere de la revisión bibliográfica en que aplica criterios rigurosos de selección de los trabajos que serán examinados, así como criterios uniformes para evaluarlos, por lo tanto, es menos subjetiva. Constituye un método de síntesis de los trabajos publicados que permite extrapolar resultados de estudios independientes, evaluar la coherencia de cada uno e identificar posibles contradicciones. La revisión sistemática tiene algunas etapas: especificación del problema y de los criterios de inclusión de los estudios; clasificación de las características de los estudios; combinación de los hallazgos de los estudios según unidades comunes; relación de los hallazgos a las características de los estudios, y presentación de los resultados ⁽¹⁰³²⁾. El metaanálisis es un proceso que utiliza métodos estadísticos para combinar los resultados de diferentes estudios; es el método estadístico aplicado a la revisión sistemática que articula los resultados de dos o más estudios primarios ⁽¹⁰³³⁾.

La MBE clasifica la evidencia según categorías y según la fuerza o potencia de la recomendación, para lo cual hay varias metodologías ^(1034, 1035). Hay centros de

MBE que periódicamente proporcionan actualizaciones sistemáticas de la evidencia disponible y están en internet.

TIPOS DE DIRECTRICES CLÍNICAS

Hay dos tipos principales de directrices clínicas: las guías y los protocolos clínicos. Algunos autores mencionan un tercer instrumento, las vías clínicas (*clinical pathways*) que son recomendaciones que se aplican, generalmente, a personas internadas en hospitales u hospitales/día, que se refieren a las acciones de cada día de hospitalización y criterios de alta ⁽¹⁰³⁶⁾. Las directrices clínicas más utilizadas en la ESF son las guías y los protocolos clínicos.

Las guías son recomendaciones sistemáticas que tienen por objeto prestar la atención de salud apropiada para una condición de salud determinada, de manera que todo el proceso sea normalizado a lo largo de su historia natural y cubra, por lo tanto, las intervenciones de promoción, prevención, curación, cuidado, rehabilitación y paliación en todos los puntos de atención de una RAS. Las guías normalizan todo el proceso de atención de salud, en todos los puntos de atención, y responden a la coordinación de la atención primaria de salud. Las guías se aproximan a un concepto muy utilizado en el SUS, el de las líneas de cuidado ⁽¹⁰³⁷⁾.

Los protocolos clínicos son recomendaciones sistemáticas cuyo objetivo es prestar la atención de salud apropiada en partes del proceso de una condición de salud y en un punto de atención de salud determinado. Así, los protocolos clínicos son documentos específicos, más volcados a las acciones de promoción, prevención, cura, cuidado, rehabilitación o paliación, en los cuales los procesos se definen con mayor precisión y menor variabilidad. Como analogía, se puede decir que las guías son la película y los protocolos clínicos, los fotogramas.

Por ejemplo, la normalización de la atención prenatal, el parto y el puerperio, a lo largo de todos los puntos de atención de salud, se hace siguiendo lo indicado en la guía, pero la explicación detallada del diagnóstico y del tratamiento de la toxoplasmosis – una parte de todo el proceso – sigue un protocolo clínico.

ELABORACIÓN DE DIRECTRICES CLÍNICAS

La elaboración de guías y protocolos clínicos utiliza un proceso complejo, que se desarrolla en varios momentos, lleva tiempo y tiene varias etapas ^(1036, 1038).

En Escocia, por ejemplo, ese proceso ha tomado 28 meses, a partir de la constitución del grupo: 15 meses para revisar la bibliografía y elaborar la primera versión,

10 meses para la revisión por pares y la consulta pública y 3 meses para su publicación ⁽¹⁰²⁸⁾.

Los momentos de elaboración de las directrices clínicas son: la elección de la condición de salud, la definición del equipo de elaboración, el análisis de situación de la condición de salud, la búsqueda de evidencia y directrices clínicas pertinentes, y la definición del contenido, formalización, evaluación, validación, publicación y actualización.

Elección de la condición de salud

Dado su mayor impacto en la carga de enfermedades, hay una tendencia a favorecer el uso de guías clínicas para las condiciones crónicas; no obstante, también es necesario normalizar las guías para las afecciones agudas.

La condición de salud debe elegirse por su prioridad para el sistema de atención de salud, que puede determinarse por la magnitud, el costo, la importancia para los usuarios o para las políticas o instituciones. Se han establecido algunos criterios para seleccionar la condición de salud: que sea de interés para los profesionales de salud y para los usuarios; que se lleve a cabo un debate sobre lo que constituye la mejor práctica; que requiera gran volumen de servicios o costos, y que se perciba una variación notoria en la práctica o en los resultados sanitarios o ambos ⁽¹⁰³⁰⁾.

En general, la jerarquización de las condiciones de salud se define por: las condiciones de salud consideradas prioritarias en las políticas de salud; los temas de incertidumbre clínica, con mucha variabilidad; las condiciones para las que existen intervenciones eficaces que pueden reducir la mortalidad y la morbilidad; las condiciones fruto de iatrogenia, y la percepción de la importancia de la condición por diferentes actores sociales de la salud, en relación con una determinada directriz clínica ⁽¹⁰²⁸⁾.

Definición del equipo de elaboración

Para que el equipo de elaboración sea eficaz debe cumplir tres condiciones fundamentales: la combinación de habilidades, actitudes y competencias de sus miembros; una coordinación eficaz, y la disponibilidad de recursos necesarios para realizar el trabajo. Para formar el equipo habrá que seleccionar profesionales que tengan experiencia pertinente al tema, además de experiencia en educación y comunicación, gerencia de proyectos y, siempre que sea posible, usuarios ⁽¹⁰³⁰⁾.

El equipo que elabore directrices clínicas debe ser multidisciplinario, y debe contar entre sus miembros médicos generales de la institución, especialistas de dentro y fuera de la institución, enfermeros, farmacéuticos clínicos, especialistas en apoyo diagnóstico y terapéutico, en epidemiología clínica, en salud pública y en economía de la salud, asistente social, y profesional con experiencia en la redacción de directrices clínicas. Algunas organizaciones tienen como norma incluir a personas con la condición de salud o a organizaciones que las representan como miembros de los grupos de tarea. Tal es el caso en Escocia, donde el Scottish Intercollegiate Guidelines Network incluye a por lo menos dos representantes de personas con la condición de salud en el equipo ⁽¹⁰²⁸⁾. Como aquí se trata de elaborar directrices clínicas de la ESF, es fundamental que los profesionales de la atención primaria tengan amplia representación y coordinen el trabajo.

El equipo debe tener entre 10 y 20 miembros y un coordinador que tenga la habilidad de facilitar un intercambio abierto y dialógico; de comprender la función de cada punto de atención de salud, y de manejar instrumentos de planificación del trabajo de grupo ⁽¹⁰³⁵⁾.

Hay evidencia de que, para elaborar directrices clínicas, es necesario consultar a grupos de gestores y representantes de los usuarios, por ejemplo, las asociaciones de personas afectadas por determinadas enfermedades ⁽¹⁰³⁹⁾. Así lo hace habitualmente el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido ⁽¹⁰⁴⁰⁾. La inclusión de esos participantes se justifica por la escasez de evidencia científica sobre variables importantes, como son género, etnicidad, discapacidad, orientación sexual y otras. ⁽¹⁰²⁸⁾.

El éxito del proceso de elaboración de las directrices clínicas exige una buena gestión de ese proceso complejo. Por lo tanto, habrá que cumplir las siguientes reglas: mantener los objetivos a lo largo del trabajo; coordinar la planificación detallada de todas las actividades; asegurar la comunicación adecuada entre los miembros del equipo; mantener expectativas realistas; garantizar que los recursos humanos, materiales y financieros estén disponibles oportunamente para el trabajo y hacer el monitoreo y la evaluación.

Los miembros del equipo deben declarar formalmente y por escrito, que su participación no está afectada por conflictos de interés. Es ideal que ese equipo se constituya como grupo de tarea, dentro de una organización, por proyectos o matricial.

[Análisis de situación de la condición de salud en la APS](#)

El equipo debe iniciar su trabajo con un análisis de la forma en que se trata la condición de salud en ese momento en la ESF. Desde el punto de vista operativo, habrá

que diseñar los flujos de los usuarios que buscan atención primaria y tomar nota de qué se hace en la actualidad y qué profesional lo hace. Ese análisis situacional permite detectar los puntos débiles que habrá que modificar con las directrices clínicas.

Búsqueda de evidencia y de directrices clínicas pertinentes

En esta etapa se procurará analizar la mejor evidencia publicada en la bibliografía nacional e internacional. El instrumento es el de la medicina basada en evidencia, especialmente las revisiones sistemáticas y el metaanálisis. Se consultarán fuentes de evidencia autoritativas. También, hay que buscar guías y protocolos clínicos ya publicados y accesibles. Se pueden consultar, por ejemplo, Cochrane Collaboration, MEDLINE, EMBASE, Guidelines International Network (www.g-i-n.net), National Library for Health Guidelines Finder (www.library.nhs.uk/guidance/), National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), National Institute for Health and Clinical Excellence (www.nice.org.uk), Centre for Reviews and Dissemination at the University of York (www.crd.york.ac.uk/crdweb/), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (www.sign.ac.uk). Graham, Harrison y Brouwers⁽¹⁰⁴¹⁾ proporcionan una lista amplia de páginas web sobre directrices clínicas de diversos países. En Brasil se deberán consultar, especialmente, las directrices clínicas producidas por el Proyecto Directrices de la Asociación Médica Brasileña, el Consejo Federal de Medicina y el Ministerio de Salud y los Cuadernos de Atención Básica del Departamento de Atención Básica del Ministerio de Salud.

La evidencia obtenida se debe organizar en categorías y clasificar según su fuerza o potencia. En ausencia de ese tipo de evidencia, puede buscarse el consenso de opiniones.

Además de lo anterior habrá que considerar los costos. Así, frente a dos alternativas tecnológicas igualmente eficaces, debe recomendarse la de menor costo o de mayor costo-eficacia. También será necesario considerar la viabilidad de las intervenciones recomendadas⁽¹⁰³⁵⁾.

Hay quienes proponen incorporar en las directrices clínicas los valores de los usuarios, que son muy importantes en los procesos decisorios, pero no siempre influyen en la fuerza de las recomendaciones⁽¹⁰⁴²⁾.

Dada la abundancia de directrices clínicas disponibles en la bibliografía internacional, hay una discusión acerca de la necesidad de elaborar directrices clínicas nuevas o adaptar las ya existentes a un determinado contexto organizacional. Una revisión sistemática del tema mostró las ventajas de adaptar las existentes, para evitar duplicar el trabajo; además, esa opción es más viable cuando la capacidad institucional de generar directrices clínicas nuevas es débil⁽¹⁰⁴³⁾.

Contenido

Es importante subrayar que las guías y los protocolos clínicos tienen contenidos diferentes. Las guías normalizan toda la atención de la condición de salud a lo largo de su historia natural, por lo tanto, deben incorporar las actividades de promoción, prevención, curación, cuidado, rehabilitación y paliación relativas a la condición de salud en la ESF. Además, normalizan la derivación de los usuarios de la ESF a otros puntos de atención y a los sistemas de apoyo de la RAS.

Los protocolos clínicos normalizan parte del proceso de atención de la condición de salud en la ESF. Por ejemplo, puede elaborarse un protocolo clínico para el tratamiento farmacológico antilipídico para pacientes con altos índices de colesterol.

En la elaboración de las directrices clínicas se obtiene y organiza la evidencia científica sobre las condiciones crónicas en la ESF. Sin embargo, la aplicación del MACC va a requerir que las directrices tengan dos características esenciales relacionadas con su contenido que las diferencian de otras. La primera característica es que las guías sean normalizadas por riesgos, por lo que necesariamente habrá que hacer la estratificación de la condición crónica por esa variable. Eso es esencial, porque el MACC está construido con la lógica del modelo de la pirámide de riesgo. La segunda característica esencial se deriva de la función de gestión de las directrices clínicas, elemento que no forma parte de las directrices tradicionales. Para cumplir esa función la guía debe contener, al final, una planilla con los parámetros de programación pertinentes a la condición crónica en cuestión. Esa planilla, que representa una síntesis de los procesos que fueron normalizados, será el instrumento básico para elaborar la programación local de la ESF, parte importante de la tecnología de gestión de la condición de salud.

Formalización

Una vez obtenida la evidencia y organizados los flujos, tareas que pueden realizarse en seminarios, debe redactarse el documento de la guía o el protocolo clínico.

La forma del documento es muy importante para comunicar mejor su contenido a los profesionales de salud. El lenguaje debe ser claro, sin ambigüedades y definir todos los términos con precisión. Ayuda mucho que las directrices clínicas estén organizadas en algoritmos, respaldados por gráficos comprensibles para los lectores.

Se sugiere que en el equipo de trabajo se incluya un profesional que conozca el proceso de formalización de directrices clínicas o esté familiarizado con la gestión de procesos clínicos.

Las directrices clínicas deben reflejar, como parte de su contenido, el proceso de elaboración. No obstante, la Scottish Intercollegiate Guidelines Network sugiere una estructura estandarizada: una definición clara de la condición de salud que se está normalizando; una explicación de las diferentes intervenciones posibles; un resumen de la evidencia obtenida con su respectiva clasificación y referencias bibliográficas; las recomendaciones derivadas de la evidencia obtenida, y una discusión de las adaptaciones locales y de la evidencia escasa o inexistente ⁽¹⁰²⁸⁾.

Evaluación

Después de su validación, las directrices clínicas deben ser evaluadas, para lo cual hay varios instrumentos. Uno de los más utilizados internacionalmente es AGREE (Caracterización de la Investigación y Evaluación de Guías o *Appraisal of Guideline Research and Evaluation*) que tiene por objeto proporcionar una estructura para la evaluación de la calidad de las directrices clínicas ⁽¹⁰⁴⁴⁾. Por calidad, en este caso, se entiende la confianza en que los sesgos surgidos durante la elaboración de las normas se abordaron adecuadamente y en que las recomendaciones tienen validez interna y externa y se pueden aplicar en la práctica. En ese proceso deben tomarse en consideración los beneficios, riesgos y costos de las recomendaciones, así como las cuestiones prácticas relacionadas.

La evaluación incluye juicios de valor sobre los métodos usados en la elaboración de las directrices clínicas, sobre el contenido de las recomendaciones finales y sobre los factores asociados a su acogida por los profesionales que las aplicarán. El instrumento AGREE evalúa tanto la calidad del enunciado como la de algunos aspectos intrínsecos a las recomendaciones. Permite evaluar la validez esperada de las directrices clínicas, o sea, la probabilidad de lograr los resultados finales esperados. El instrumento no evalúa el impacto de las directrices en los resultados sanitarios finales para los usuarios. La mayoría de los criterios contenidos en el instrumento AGREE se basan más en supuestos teóricos que en la evidencia empírica.

El instrumento AGREE fue desarrollado en discusiones entre investigadores de varios países con experiencia y conocimientos extensos sobre las directrices clínicas. Debe tomarse como un reflejo del estado actual del conocimiento en el tema. Este instrumento se usa para evaluar directrices clínicas elaboradas por grupos locales, regionales, nacionales o internacionales o por organizaciones gubernamentales afiliadas. Se aplica a las nuevas directrices clínicas o a las actualizaciones de las ya existentes. Constituye un instrumento genérico, de modo que se puede aplicar a las directrices para cualquier condición de salud y sus diferentes aspectos: promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la

condición de salud. Es más, sirve para las directrices clínicas producidas en formato electrónico y las impresas.

El instrumento AGREE está dirigido a gestores, técnicos involucrados en la elaboración de directrices clínicas, prestadores de servicios de salud y educadores.

Validación

Las directrices clínicas, para ser eficaces, deben pasar por un proceso de validación interna y externa, que es importante para garantizar que sean aceptadas y posteriormente utilizadas como instrumento de normalización.

La validación interna se realiza por consenso dentro de la organización, que se facilita con la inclusión de funcionarios de la institución en el grupo de tarea. Es útil contar con algún miembro del grupo de trabajo que domine las técnicas de formación de consenso, como el método delphi o las técnicas de grupos nominales. De ser posible, la validación externa debe obtenerse a través de la manifestación explícita de sociedades corporativas temáticas. En el caso de directrices clínicas de la ESF, es fundamental la validación de las sociedades corporativas de profesionales de la APS, por ejemplo, la Sociedad de Medicina de Familia y Comunidad, sea nacional o estatal. La validación externa debe buscarse también entre los grupos que representan a los usuarios, por ejemplo, las asociaciones de personas afectadas por una determinada enfermedad.

Publicación

Después de validadas, las directrices clínicas deben ser publicadas con una diagramación adecuada, que las haga fácil de usar y utilizar material de calidad, para que resista su consulta frecuente. La tirada de imprenta debe ser suficiente para poderla distribuir a todos los profesionales de salud de la ESF que la van a utilizar. Cada profesional debe utilizar la directriz clínica como base de su práctica cotidiana, es decir, debe tenerla a su disposición en el lugar de trabajo.

Además de la publicación impresa, se la debe suministrar en medio electrónico, en la página de la organización, lo cual es fundamental para poder revisar y actualizar periódicamente la publicación, a intervalos más cortos que los de la versión impresa. La tendencia es de valorizar, relativamente, las publicaciones electrónicas, incluso por razones de costos.

Idealmente, los profesionales de salud deberían acceder con facilidad a las directrices clínicas por medio de las historias clínicas automatizadas.

Actualización

Dado que frecuentemente surge nueva evidencia, es prudente revisar y actualizar los instrumentos de normalización periódicamente. Hay diferentes propuestas sobre la periodicidad de la actualización, que puede ser anual ⁽¹⁰³⁶⁾ o trienal ⁽¹⁰²⁸⁾. Al considerar la actualización de una directriz clínica hay tres opciones: actualizar parcialmente, completamente o archivar.

La tarea de elaborar directrices clínicas es muy compleja, lenta y costosa, por lo tanto, en la mayoría de los municipios no habrá capacidad institucional y técnica para ello. Por cierto, los municipios grandes disponen de esa capacidad y algunos han elaborado sus propias directrices. Sin embargo, la centralización relativa del proceso tiene sus ventajas, ya sea que se centralice en el Ministerio de Salud o en las secretarías estatales de salud o en ambas. Algunos ejemplos son los cuadernos de atención básica del Departamento de Atención Básica del Ministerio de Salud ⁽¹⁰⁴⁵⁾ y las directrices clínicas de la APS de las secretarías estatales de salud de Espírito Santo ⁽¹⁰⁴⁶⁾ y Minas Gerais ⁽¹⁰⁴⁷⁾.

Sin embargo, también tiene sus ventajas elaborar directrices clínicas localmente. Además de las razones de tiempo y costo, hay evidencia de que esa opción garantiza mayor adhesión de los profesionales. Se cree que la participación de profesionales locales estimula la apropiación de las recomendaciones de parte de esos profesionales y mayor disposición de utilizar las directrices en la práctica cotidiana. Esa apropiación se obtiene cuando un grupo de profesionales adapta directrices clínicas ya existentes a su contexto laboral e identifica barreras potenciales que afectan su uso local ^(1048, 1049, 1050, 1051).

Hay distintas opciones para adaptar localmente las directrices clínicas: el grupo de profesionales puede aceptar todas las recomendaciones de una directriz o seleccionar algunas, sustentadas por buena evidencia, que sean aplicables al nivel local o tomar las mejores recomendaciones de diversas directrices y reformularlas en una nueva pauta local ⁽¹⁰⁴¹⁾.

En la adaptación de directrices clínicas existentes no deben cambiarse las recomendaciones basadas en evidencia; siempre que se modifiquen esas recomendaciones, debe indicarse explícitamente en la directriz clínica adaptada la razón de esos cambios ⁽¹⁰⁴¹⁾.

Hay algunos métodos para adaptar directrices clínicas en el nivel local, como el de evaluación y adaptación ⁽¹⁰⁴¹⁾ y el ciclo de adaptación ⁽¹⁰²⁹⁾.

APLICACIÓN

Hay tres situaciones en que las directrices clínicas basadas en evidencia apoyan la ESF. En la primera, los profesionales de la ESF pueden utilizar esas directrices como fuente de información en su educación permanente. En la segunda, los profesionales de la ESF pueden usarlas para responder preguntas específicas de su práctica cotidiana, y por último, el trabajo de los profesionales de diferentes unidades puede coordinarse mejor por la posibilidad de estandarizarlo con base en evidencia científica.

Hay quienes sugieren que las directrices clínicas deberían aplicarse en proyectos pilotos, antes de implantarlas en mayor escala. Esos proyectos piloto deben detallar el lugar de aplicación, el alcance y los objetivos del proyecto, los resultados esperados y el cronograma. En la evaluación de esos proyectos debe tenerse en cuenta, además de los procesos y resultados, la opinión de los profesionales de salud y los usuarios ⁽¹⁰³⁰⁾.

Los principales impedimentos al uso de las directrices clínicas son estructurales (por ejemplo, la ausencia de incentivos financieros); organizacionales; individuales (relativos a conocimientos, habilidades y actitudes) y problemas de relaciones entre profesionales de salud y usuarios ⁽¹⁰²⁸⁾.

Para superar esos problemas debe definirse una estrategia que combine diferentes intervenciones cuya eficacia diferenciada esté respaldada por evidencia ⁽¹⁰⁵²⁾, a saber: la publicación y distribución de material impreso es poco eficaz; la auditoría clínica y retroalimentación son de eficacia moderada; la educación permanente en grupos es eficaz, al igual que la educación permanente individual y la divulgación en los medios de comunicación; la opinión de líderes y los incentivos financieros son de eficacia variable; los recordatorios de las historias clínicas informatizadas son eficaces, pero no en todos los casos; la combinación de esas intervenciones es más eficaz que una o unas pocas intervenciones aisladas. Por lo tanto, la aplicación de directrices clínicas debe hacerse mediante una combinación de diferentes estrategias. Simplemente publicar y enviar el documento a los profesionales de la ESF no da buenos resultados y puede llevar a que las directrices se queden en la repisa.

En un análisis de la bibliografía que llevaron a cabo el American College of Cardiology y la American Heart Association, se encontró evidencia de que las intervenciones multifactoriales para superar barreras al cambio de comportamiento, la atención multidisciplinaria de personas de alto riesgo, la extensión académica, la retroalimentación con respecto a los resultados, los recordatorios y las opiniones de líderes locales facilitan la adhesión de los profesionales a las directrices clínicas. Ese

mismo análisis concluye que la simple distribución de las directrices clínicas tiene poco efecto en la adhesión ⁽¹⁰⁵³⁾

Otros estudios mostraron que la introducción de las directrices clínicas por medio de educación basada en problemas tenía efectos favorables en programas de control del asma y la diabetes ⁽¹⁰⁵⁴⁾ y que la incorporación de las directrices clínicas como parte de las historias clínicas automatizadas aumentaba la adhesión de los médicos de la APS a esas directrices clínicas ^(1055, 1056).

En una revisión sistemática realizada con base en otras 2 revisiones bibliográficas, 5 estudios clínicos aleatorizados y 3 estudios evaluativos de utilización de directrices clínicas para las condiciones crónicas, se constató que los métodos educativos activos y dirigidos estimulan a los profesionales de salud a seguir esas directrices ⁽⁴³⁾.

EVIDENCIA SOBRE EL USO DE LAS DIRECTRICES CLÍNICAS

Las directrices clínicas basadas en evidencia constituyen un instrumento importante para los profesionales de salud, porque ayudan a organizar información científica que está muy dispersa en la bibliografía y cuya velocidad de producción es vertiginosa. Se estima que cada año se publican más de 2 millones de artículos científicos en revistas de salud ⁽¹⁰⁵⁷⁾. Estas directrices han mostrado ser un buen instrumento para definir qué intervenciones deben ofrecerse como parte de un servicio de calidad y para señalar intervenciones ineficaces o peligrosas, reducir la variabilidad de los procedimientos médicos y mejorar la comunicación entre las organizaciones de salud. Además, constituyen una referencia necesaria para la auditoría clínica, especialmente para las tecnologías de gestión de la utilización de los servicios y para la estandarización de los servicios. Asimismo, las directrices clínicas aumentan la eficiencia económica del sistema de atención de salud y su introducción permite mejorar las tasas de estancia hospitalaria, la utilización de medicamentos, las tasas de cirugía y los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico ⁽¹⁰⁵⁸⁾.

Las limitaciones de las directrices clínicas tienen que ver con el hecho de que las indicaciones son para situaciones medias, y por lo tanto, no pueden aplicarse a todas las personas; también al hecho de que pueden estar distorsionadas por la opinión y visión del grupo que las elaboró. Además, aunque reduzcan la variabilidad de los procedimientos médicos, pueden disminuir la atención individualizada de determinadas personas que necesitan cuidados especiales. La forma de elaboración, a través de algoritmos binarios, puede simplificar demasiado los procedimientos complejos de la medicina ⁽¹⁰⁵⁸⁾.

Hay evidencia de que las directrices clínicas funcionan mejor cuando se utilizan en conjunto con otras tecnologías de gestión de la clínica y en las RAS. Eso se explica porque la existencia de directrices clínicas no garantiza su aplicación. Esta última solo puede lograrse con una buena estrategia para ponerlas en práctica como parte de la tecnología de gestión de la condición de salud. También se ha demostrado que las directrices clínicas tienen una mejor aplicación cuando toman en cuenta las circunstancias locales, la atención multidisciplinaria y la institución de procesos de educación permanente y cuando viabilizan el uso de alertas para los profesionales de salud y los usuarios ^(43, 1054).

Una encuesta nacional para determinar la reacción de los médicos estadounidenses a las directrices clínicas mostró que su conocimiento de esas directrices fueron muy diferentes, ya que variaron de 11% para pruebas de estrés a 59% para protocolos sobre dislipidemias. Los médicos de subespecialidades son los que conocen mejor las recomendaciones en su tema. Cuanto mayor es el tiempo de práctica médica, mayor el conocimiento del profesional sobre las directrices clínicas. La confianza en esas directrices fue también variable: las menos fidedignas son las producidas por organizaciones privadas de planes de salud, seguidas de las producidas por organismos gubernamentales; las de mayor confianza son elaboradas por asociaciones corporativas. La mayoría de los médicos señaló que las directrices clínicas eran buenas y convenientes como instrumentos educativos (64%) y como fuentes de consulta (67%), y que mejoraron la calidad de atención (70%). El 25% de los médicos las encontraron demasiado simplificadas, rígidas y una amenaza a la libertad clínica ⁽¹⁰⁵⁹⁾.

Específicamente, hay evidencia sobre el efecto de las directrices clínicas en la APS: con respecto a estandarizar la atención ^(1055, 1056); reducir la utilización de servicios ^(1060, 1061); mejorar la calidad de la atención ^(1062, 1063) y reducir sus costos ⁽¹⁰⁶⁰⁾; reducir el uso de servicios de diagnóstico ⁽¹⁰⁶²⁾ y mejorar los procesos clínicos ^(1054, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074).

GESTIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La tecnología de gestión de la condición de salud surgió en la Conferencia de Atención Gestionada realizada en los Estados Unidos en la primavera de 1993 como gestión de la enfermedad (*disease management*), una tecnología de microgestión de la clínica destinada a la atención de una dolencia específica.

Desde su inicio, el concepto de gestión de la condición de salud ha sufrido una serie de modificaciones sucesivas ⁽¹⁰⁷⁵⁾. En la primera generación de ese concepto se

incluía la provisión de uno o más servicios, normalmente de cuidado o cura, que por lo general no se ofrecían en relación a una enfermedad específica. En la segunda generación, se avanzó con el fin de favorecer las intervenciones concernientes a los usuarios más graves y las más costosas, es decir, una respuesta parcial a la ley de la concentración de la gravedad y de los gastos en salud. Las dos primeras generaciones dieron origen al nombre gestión de la enfermedad, ya que se dirigían principalmente a una determinada enfermedad, con actividades de cuidado, cura o rehabilitación. La tercera generación vino junto con la implantación de sistemas integrados o RAS y la tecnología pasó a abarcar toda la historia de una condición de salud, incluidas las medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria y la estratificación de los riesgos poblacionales. La cuarta generación, que está en su inicio, incluye la transformación de la gestión de la enfermedad en gestión de salud o en gestión total de la salud (COUCH, 1998), en la que se hará hincapié en las medidas de promoción y prevención, con el fin de optimizar el estado de salud y poner menos énfasis en las medidas de cura, cuidado y rehabilitación.

Aunque la gestión de la condición de salud se haya originado en la atención gestionada en los Estados Unidos, se ha difundido a varios países del mundo, especialmente en los sistemas públicos universales de los países de Europa occidental. Esa tecnología tiene más posibilidades de éxito en los sistemas públicos universales, porque tienen mejores condiciones para su pleno desarrollo ⁽¹⁸⁾.

CONCEPTO DE GESTIÓN CLÍNICA EN SALUD

Hay varios conceptos de gestión de la enfermedad. Disease Management Association of America lo define como un sistema de intervenciones y comunicaciones coordinadas de atención de salud para poblaciones que requieren una labor de autocuidado significativa ⁽¹⁰⁷⁶⁾.

La propuesta de gestión de la condición de salud es una nueva lectura de la gestión de la enfermedad y una combinación de la tercera y cuarta generaciones de esa tecnología de gestión de la clínica. La propuesta se beneficia de experiencias internacionales, pero fue concebida como una adaptación al SUS, como sistema público universal, y va más allá de la mera gestión de la enfermedad para adecuarse al concepto de la condición de salud. La gestión de la condición de salud rebasa el de gestión de las enfermedades crónicas e incorpora factores de riesgo proximales y eventos vitales de los ciclos de vida, como gestación, puericultura y atención de los adolescentes y adultos mayores.

La gestión de la condición de salud puede definirse como el proceso de atender un factor de riesgo biopsicológico o una determinada condición de salud ya esta-

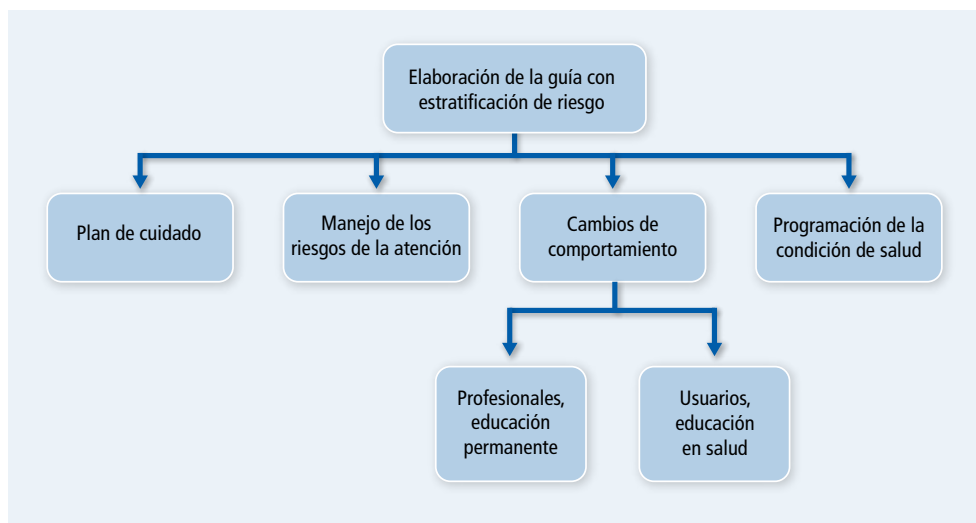
blecida por medio de un conjunto de intervenciones gerenciales, educativas y de cuidado, con el objeto de lograr buenos resultados clínicos, reducir los riesgos para profesionales y usuarios y contribuir a la eficiencia y calidad de la atención de salud.

La gestión de la condición de salud es la tecnología de gestión de la clínica utilizada en el manejo de las condiciones crónicas de las personas atendidas en los niveles 3 y 4 del MACC. La gestión abarca los factores de riesgo biopsicológicos (dislipidemia, hipertensión arterial, depresión, prediabetes y otros) y su relación a las condiciones crónicas establecidas (embarazo, infancia, diabetes, asma, enfermedad coronaria y otras). La división entre las condiciones de salud de los niveles 3 y 4 (véase la figura 12 del MACC), separa las condiciones crónicas de bajo y mediano riesgos de las de riesgo alto y muy alto, en consonancia con el modelo de la pirámide de riesgo. Esto se justifica porque los distintos niveles tienen un manejo clínico diferente y la concentración de trabajo profesional y de autocuidado apoyado es también distinta. En la gestión de una condición de salud de nivel 3 se favorece, relativamente, el autocuidado apoyado prestado por el equipo de la ESF, y en una de nivel 4 se hará más hincapié en la atención profesional, aunque se mantienen los procedimientos de autocuidado, con un trabajo articulado entre generalistas y especialistas.

La gestión de la condición de salud es un proceso de conocimiento intensivo para mejorar continuamente el valor de la atención de salud. Se ha considerado un cambio radical en el abordaje clínico, porque va de un modelo de un profesional de salud individual, que responde a un enfermo con procedimientos curativos y rehabilitadores, a un abordaje basado en una población adscrita, en la que los factores de riesgo biopsicológicos y las condiciones de salud ya establecidas se atienden con estrategias centradas en la estratificación de riesgos y en la atención basada en la población.

La gestión de la condición de salud tiene como premisa el mejoramiento de la atención de salud en toda la RAS, pero puede aplicarse especialmente en la ESF. El proceso se ilustra en la figura 22.

Figura 22: Gestión de la condición de salud

Fuente: Mendes ⁽²¹⁾

INDICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD

La gestión de la condición de salud es una tecnología indicada para las condiciones crónicas que necesitan atención duradera. Su abordaje se dirige a una población determinada y, por lo tanto, tiene como precondition el conocimiento y la relación constante con una población adscrita objeto de las intervenciones para una condición de salud determinada. O sea, presupone que la población es conocida mediante un sistema de registro familiar y un sistema de información con capacidad de registrar a esa población adscrita por su condición de salud y por los riesgos correspondientes. Así, la ESF pasa a ser un espacio privilegiado de gestión de la atención de salud, porque es en ese nivel donde la población se asocia al sistema de atención de salud.

DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD

El instrumento básico de la gestión de la condición de salud es la guía que normaliza la atención de esa condición en la ESF, tanto en cuanto a la promoción de la salud como en relación a su prevención, curación, cuidado, rehabilitación y paliación.

Según se observa en la figura 22, la gestión de la condición de salud se estructura en cuatro grandes componentes: plan de cuidado, manejo de los riesgos de la

atención sanitaria, cambios de comportamiento de los profesionales de salud y los usuarios y programación de la atención.

PLAN DE CUIDADO

Lo esencial de la gestión de la condición de salud está en la elaboración del plan de cuidado de cada usuario del sistema. En algunos casos, abarcará su contexto familiar y red de apoyo social.

Ese plan de cuidado es elaborado, conjuntamente, por el equipo de la ESF y cada usuario, e incluye metas que habrá que cumplir en plazos determinados. Exige un cambio profundo de la relación entre profesionales de salud y usuarios, que se logra con la introducción de la gestión colaborativa y centrada en la persona y en la familia. En esa nueva forma de relación entre equipo de la ESF y usuario ya no están quienes prescriben de un lado y receptores pasivos o pacientes de otro. Ambos trabajan de manera cooperativa y proactiva en la elaboración, monitoreo y evaluación del plan de cuidado a lo largo del proceso. En la atención de las condiciones crónicas, el motivo de la relación entre el equipo de la ESF y los usuarios deja de ser la queja principal y pasa a ser el plan de cuidado.

El plan de cuidado tiene varias fases: el diagnóstico físico, psicológico y social; la explicación de las intervenciones de corto, mediano y largo plazos y la definición de responsabilidades entre los miembros del equipo multidisciplinario; la elaboración conjunta de metas que se propone cumplir con los pasos para lograrlas; la identificación de los obstáculos para lograr las metas, qué hacer para superarlos y el apoyo y los recursos necesarios para ello; el establecimiento del nivel de confianza del usuario para alcanzar las metas, y el monitoreo conjunto de las metas a lo largo del tiempo.

Ese plan de cuidado posiciona, efectivamente, al usuario en el centro de la atención de salud, con la colaboración del equipo de la ESF y el apoyo de un sistema eficaz de información en salud. Es el que reúne los elementos fundamentales de la participación proactiva de los usuarios en su atención, obtiene y acoge su grado de confianza en el cumplimiento de las metas definidas y permite el monitoreo conjunto del plan. Un buen plan de cuidado debe tener tres atributos: trabajo en equipo, participación proactiva de los usuarios y apoyo de un sistema de información en salud eficaz ⁽¹⁰⁷⁷⁾. Además, es parte fundamental de la historia clínica automatizada.

GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Lamentablemente, la atención de salud no se da de acuerdo con estándares de excelencia clínica. En un estudio hecho en los Estados Unidos se mostró que, en

promedio, la calidad de la atención a la población adulta era de solo 54,9% cuando se comparaba con recomendaciones basadas en evidencias, es decir, el promedio del déficit de calidad era de 45,1%. Ese promedio llegó a 54,9% para los cuidados preventivos, 53,5% para la atención de eventos agudos y 56,1% en el caso de las condiciones crónicas. Las variaciones fueron mayores cuando se analizaron condiciones específicas; por ejemplo, la atención de personas con dependencia del alcohol solo fue adecuada en 10,5% de los casos ⁽¹⁰⁷⁸⁾. Los resultados del estudio realizado posteriormente en el mismo país sobre la atención de niños y adolescentes no fueron diferentes. Se vio que, en promedio, la atención recomendada se otorgó solo a 46,5% de los casos: 67,6% de eventos agudos, 53,4% de afecciones crónicas y 40,7% de cuidados preventivos. En los servicios preventivos para adolescentes la atención adecuada solo se dio en 34,5% de los casos ⁽¹⁰⁷⁹⁾.

Uno de los problemas centrales de los sistemas de atención de salud es que pueden causar daño a los usuarios y a los equipos de salud. Esos daños pueden ser consecuencia de errores o eventos adversos. Los errores se definen como fallas en una acción planeada o el uso de una planificación incorrecta; los eventos adversos son los daños causados por la intervención sanitaria y no por las condiciones de la persona que la recibe. Los eventos prevenibles son aquellos atribuibles a un error o falla sistémica de la atención de salud ⁽¹⁰⁸⁰⁾. Por otro lado, los servicios seguros son aquellos cuya prestación no causa daño a los usuarios ni a los profesionales de salud y aumentan la confianza de las personas en la atención de salud ⁽¹⁰⁸¹⁾.

Un trabajo clásico sobre el sistema de atención de salud de los Estados Unidos mostró que los errores y eventos adversos resultantes de la atención de salud constituían la tercera causa de muerte en ese país y ocasionaban entre 48.000 y 98.000 defunciones al año, la mitad de ellas por reacciones adversas a los medicamentos ^(1080, 1082). En parte, esas reacciones adversas resultaron del diagnóstico y tratamiento excesivos ^(666, 667) y muchas fueron consecuencia de una percepción exagerada de los aspectos positivos de los medicamentos y de la prisa por aprobar su ingreso al mercado; ambas situaciones se vinculan al funcionamiento de la gran industria farmacéutica ⁽¹⁰⁸³⁾.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos propuso superar la “calidad abismal” del sistema de atención de salud ese país con reformas profundas, que estructuren un nuevo concepto de calidad, basado en algunos objetivos, entre ellos, la prestación de servicios inocuos que eviten hacer daño a los usuarios. Esa institución recomienda explícitamente que la seguridad sea una propiedad inherente del sistema de salud estadounidense y que los usuarios puedan estar seguros de que no sufrirán daños causados por la atención de salud. Reducir riesgos y garantizar la seguridad requiere mayor atención del sistema para prevenir y mitigar sus errores ⁽³¹⁾. Por lo tanto, se

definió el concepto de seguridad de los usuarios como la capacidad de evitar daños a la salud que son consecuencia de la atención que se supone que debe prestarse para ayudar a mejorarlas ^(31, 1080).

En el Reino Unido, 1 de cada 20 personas que utilizan los servicios de atención secundaria sufren daños a consecuencia de intervenciones sanitarias; es decir, hay 850.000 eventos adversos en los hospitales al año, con un costo adicional de £2 mil millones anuales ⁽¹⁰⁸⁴⁾. La mitad de esos eventos adversos son prevenibles ⁽¹⁰⁸⁵⁾. Asimismo, esos eventos causan unas 40.000 muertes anuales, es decir, la iatrogenia en el Reino Unido, a semejanza de los Estados Unidos, es la tercera causa de muerte, solamente superada por las defunciones por enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Esos problemas relativos a la seguridad de los usuarios se presentan también en la APS. Un caso emblemático es del Dr. Harold Shipman, el médico general más popular de Hyde, Manchester, que tenía una larga lista de pacientes en espera, pero que era en realidad un asesino en serie ⁽¹⁰⁸⁶⁾. El descubrimiento de ese caso, junto con la investigación Allit, acerca de las de muertes causadas por malas prácticas de enfermería y el caso de Bristol, de muertes excesivas por procedimientos realizados por un cirujano cardíaco pediátrico, pusieron en jaque al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y llevaron a proponer la gobernanza clínica, con un fuerte componente de gestión de los riesgos de la atención de salud ⁽¹⁰⁸⁷⁾.

Un estudio realizado en 48 unidades de APS de España, con una muestra de 96.047 usuarios, mostró que del total de episodios de atención de la salud, 7% presentan eventos adversos; de esos 6,7% fueron absolutamente inevitables, 23,1%, difíciles de prevenir y 70,2%, claramente prevenibles. En cuanto a la prevención según la gravedad, 65,3% de los eventos leves eran prevenibles; 75,3% de los eventos moderados y 80,2% de los eventos graves. Del total de eventos adversos, 23,6% no tuvieron consecuencias en la atención de salud; 33,1% generaron intervenciones propepéuticas; 17,1% exigieron tratamiento quirúrgico o clínico adicional en la APS; 29,4% requirieron atención ambulatoria especializada, y 5,8%, internación hospitalaria. Los eventos adversos estuvieron relacionados a: medicamentos, 48,2%; atención prestada, 25,7%, comunicación, 24,6%; diagnóstico, 13,1%; manejo clínico, 8,9%, y otras causas, 14,4% ⁽¹⁰⁸⁸⁾. Esos resultados mostraron que los eventos adversos son relativamente pocos en la APS cuando se comparan con los hospitales; también son menos graves. Sin embargo, cuando los resultados se extrapolaron a toda la población española, se estimó que 7% de los usuarios de la APS pueden ser afectadas por eventos adversos en un año. Esos datos indican la importancia de la seguridad de los usuarios en la APS, porque a pesar de que los la tasa es relativamente baja, en términos absolutos los casos son muchos, por el gran número de personas que utilizan la atención primaria. Por eso que la gestión de riesgos en la APS debe

tener carácter prioritario si ha de mejorar la seguridad de los usuarios, especialmente cuando se observa que 70% de todos los eventos adversos ocurridos y 80% de los eventos graves eran prevenibles.

Datos del Reino Unido producidos por la National Patient Safety Agency mostraron que, de todos los incidentes notificados en la APS, 68,9% no produjeron daños; 22,4% daños leves, 7,9% daños moderados, 0,5% daños graves y 0,3% causaron la muerte. Las causas más comunes de eventos adversos fueron los medicamentos, 15,6%; el acceso o transición, 13,1%; manejo clínico, 8,3%; documentación, 7,4%; comunicación, 5,5%, e infraestructura, 3% ⁽¹⁰⁸⁹⁾.

En vista de los problemas de seguridad en la atención de salud, la Organización Mundial de la Salud está considerando declarar que los servicios de calidad e inocuos para usuarios y profesionales deben ser derechos de las personas ⁽¹⁰⁵⁴⁾.

La gestión de los riesgos de la atención de salud se estructura a partir del principio hipocrático: primero, no causar daños. Reconoce también que los errores y los eventos adversos son resultados acumulativos de problemas que surgen de la forma en que se organizan los procesos y del ambiente físico y social en que se otorga la atención de salud.

Hay un reconocimiento creciente de que la gestión de los riesgos de la atención de salud debe estar integrada en programas de calidad. Un servicio de calidad es el que organiza sus recursos de acuerdo con las necesidades de salud de las poblaciones por medio de intervenciones de promoción, prevención, curación, cuidado, rehabilitación y paliación seguras para los usuarios y los profesionales de salud, sin desperdicio económico y con estándares de excelencia predefinidos ⁽¹⁰⁹⁰⁾. En general, las tareas relacionadas con la seguridad de usuarios y profesionales de salud están contenidas en el nivel 1 de los procesos de acreditación de las unidades de salud.

La gestión de los riesgos conlleva el desarrollo de buenas prácticas clínicas, que permitan disminuir los riesgos clínicos y los incidentes dañinos o adversos para los usuarios de los sistemas de atención de salud ⁽¹⁰⁹¹⁾. Los riesgos clínicos son variaciones en las intervenciones diagnósticas o terapéuticas en relación con estándares definidos intencionalmente.

Esta gestión de los riesgos tiene como propósito aumentar la capacidad de las organizaciones de atención de salud y de sus miembros de llevar a cabo acciones positivas que reduzcan los riesgos de muerte y secuelas para los usuarios, al igual que sus consecuencias económicas, morales o de prestigio para las organizaciones de salud ⁽¹⁰⁹²⁾.

La gestión de los riesgos de la atención presupone la existencia de un sistema de gestión de desempeño que tiene por objeto garantizar que los servicios se presten de forma eficaz, apropiada y oportuna. Ese sistema funciona, de un lado, con variables individuales, como las quejas de los usuarios de la atención de salud y sus repercusiones en la prensa y, de otro, con variables organizacionales, como eventos adversos, indicadores de calidad y evaluación del desempeño. Esas variables se explican porque el mal desempeño puede ser resultado de fallas individuales, procesales o sistémicas o de ambos tipos. La gestión del desempeño procura responder dos preguntas, ¿qué estamos haciendo? y ¿lo estamos haciendo bien? ⁽¹⁰⁹¹⁾.

La Comisión Europea para la Salud y Protección del Consumidor está proponiendo un programa de gestión de los riesgos de la atención de salud con tres grandes componentes: la estructuración de un sistema de vigilancia de los riesgos de la atención de salud; la implantación de mecanismos de compensación financiera para las víctimas de errores médicos o eventos adversos, y el desarrollo y aplicación de conocimientos y la evidencia ⁽¹⁰⁸⁸⁾.

La gestión de los riesgos de la atención de salud puede tener otro componente, el de riesgos para el equipo de salud. Ese tiene por objeto asegurar que los profesionales de salud trabajan con estándares adecuados de bioseguridad, en ambientes saludables y protegidos de las infecciones ⁽¹⁰⁹³⁾.

La implantación de la gestión de los riesgos de la atención de salud en la ESF abarca un conjunto integrado de acciones, a saber: definición de una estrategia de gestión de los riesgos de la atención; identificación, en cada unidad, de un grupo que coordine esas acciones; explicación de los estándares excelentes de atención segura, con base en evidencia clínica; implantación de un sistema de notificación de eventos adversos; montaje de un sistema de vigilancia de los riesgos de la atención, que incluya identificación, monitoreo y evaluación de los riesgos, por ejemplo, un sistema de farmacovigilancia; institución de un mediador que recoja y acoja las manifestaciones de malas prácticas clínicas presentadas por los usuarios del sistema de atención de salud; articulación con el sistema de auditoría clínica; implantación de sistemas de educación permanente de los profesionales de salud en el tema, y provisión de información a los usuarios sobre los riesgos y beneficios de determinadas intervenciones médicas.

Una forma de emplazar la gestión de riesgos en la ESF es un proceso de acreditación de las unidades de atención primaria. El blanco será la acreditación de nivel 1, en que se evaluará la seguridad de los procesos para los pacientes y los profesionales que trabajan en la organización. En ese nivel, la palabra clave es seguridad, con concentración en la gestión de riesgos ⁽¹⁰⁹⁴⁾.

CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO DE PROFESIONALES DE SALUD Y USUARIOS

Los cambios de comportamientos de los profesionales de salud y de los usuarios en relación con la gestión de la condición de salud requieren procesos educativos potentes. En el caso de los profesionales de salud, se usan métodos adecuados de educación permanente. En lo que concierne a los usuarios, se utilizan procesos de educación en salud.

La educación permanente de los profesionales de salud debe evolucionar de la educación tradicional para transformarse en procesos de educación permanente contemporáneos. La educación tradicional de los profesionales de salud está basada en intervenciones aisladas y puntuales; utiliza metodologías centradas en los profesores y con hincapié en la transmisión de conocimientos; desvincula las intervenciones educativas de las prácticas profesionales y las separa de los cambios de desempeño; no se construye con base en análisis de las necesidades de los educandos; produce respuestas uniformes y no individualizadas, y asigna a los individuos la responsabilidad de la adhesión ⁽¹⁰⁹⁵⁾.

La educación continuada en la ESF se ha ofrecido predominantemente de esa forma tradicional, que utiliza cursos cortos, seminarios y talleres; se centra en las necesidades de quienes la formulan, normalmente gerentes de programas de salud que no tienen una buena formación en educación; es de intervenciones cortas y puntuales; no siempre es significativa para los educandos, y no se basa en problemas cotidianos concretos de estos últimos. El resultado es la utilización de un gran volumen de recursos con resultados educativos pobres. A esos costos directos se agregan costos indirectos muy altos, derivados del retiro constante de los profesionales de sus actividades corrientes en la ESF. Ese proceso educativo necesita cambiar radicalmente.

La superación de los procesos tradicionales de educación de los profesionales de salud se hace a partir de grandes tendencias, entre ellas la educación como un proceso permanente, que abarca desde el pregrado, hasta la graduación, la formación para la especialidad y la educación continua; la educación permanente, que evoluciona hacia el desarrollo educativo constante en los campos científico-técnico, gerencial, social y personal; la articulación de la educación permanente con el mejoramiento de las prácticas profesionales; la adopción de fundamentos provenientes de la investigación científica en psicología cognitiva y educación profesional, y el movimiento de la educación basada en evidencia ⁽¹⁰⁹⁵⁾.

Desde hace tiempo los procesos de educación permanente han mostrado ser eficaces para incorporar las prácticas definidas en las directrices clínicas ⁽¹⁰⁹⁶⁾. No obstante, el cambio se orienta hacia estrategias educativas que valoran la ense-

ñanza-aprendizaje con tutores, en los que se utilizan problemas y el aprendizaje significativo y organizado por círculos de pares ⁽¹⁰⁹⁷⁾.

La educación permanente de los profesionales del equipo de la ESF utiliza métodos adecuados para la educación de adultos, que tiene características de aprendizaje bien diferentes de las de la pedagogía, destinadas al aprendizaje de los niños. Las principales características de la educación de los adultos son que el aprendizaje está más centrado en el educando, en la independencia y en la autogestión del aprendizaje; las personas aprenden lo que realmente necesitan saber o lo que van a aplicar en la práctica; la experiencia es una fuente rica de aprendizaje que se transmite mediante la discusión y la solución de problemas en grupo, y el aprendizaje se basa en problemas que exigen una variedad amplia de conocimientos para llegar a la solución. En la educación de los adultos el profesor se transforma en un facilitador eficaz de actividades grupales y debe demostrar la importancia práctica del tema estudiado y transmitir entusiasmo por el aprendizaje y la sensación de que el nuevo conocimiento hará diferencia en la vida de los educandos ⁽¹⁰⁹⁸⁾.

La educación permanente de los profesionales del equipo de la ESF debe referirse a los factores de cambio de las prácticas profesionales, es decir, los factores predisponentes, habilitadores y reforzadores. Los primeros consisten en adquirir conocimientos, habilidades y actitudes mediante la participación en actividades, tales como cursos y conferencias, y de materiales impresos y audiovisuales. Los factores habilitadores son los que facilitan la modificación de la práctica profesional en el ambiente laboral, como las directrices clínicas, las consultas a colegas y materiales de educación en salud. Los factores reforzadores consolidan los cambios de las prácticas profesionales, como las alertas y la retroalimentación. Hay también factores multipotenciales, como las revisiones de las historias clínicas, las opiniones de profesionales-líderes y los incentivos ⁽¹⁰⁹⁹⁾, que pueden ser económicos o de otro tipo. En relación con la adopción de los procedimientos recomendados, los incentivos son fundamentales para cambiar las prácticas clínicas cuando se utilizan conjuntamente con las estrategias educacionales.

Una estrategia importante para la educación permanente de profesionales del equipo de la ESF es el círculo de perfeccionamiento de la práctica profesional, que corresponde a una reflexión crítica de un grupo de profesionales sobre su propio desempeño, con el objeto mejorar continuamente la atención de las personas. Ese círculo es un proceso permanente que abarca la definición de criterios, la evaluación del desempeño y la aplicación de los cambios; la forma de educación permanente que asocia el aumento del conocimiento con el cambio de la práctica profesional, y el método para aprender y cambiar ⁽¹¹⁰⁰⁾.

La educación permanente de los profesionales del equipo de la ESF exige un cambio estructural en las organizaciones de salud, que deben ver la actualización permanente de sus profesionales como la principal inversión en sus activos. Consecuentemente, la institución debe proveer los recursos financieros y los medios educativos necesarios para alcanzar tal objetivo y, por lo tanto, considerar que el tiempo dedicado a la educación es parte de la carga horaria contratada y tiempo protegido.

La educación permanente es una condición de la actualización de los profesionales con respecto al manejo de las condiciones crónicas en la ESF. En consecuencia, habrá que ofrecer programas de educación permanente metodológicamente adecuados, o sea, que contemplen los principios de la educación de los adultos; constantes en el tiempo, es decir, que no caduquen; flexibles, que permitan mantener grupos que cambian dinámicamente en su constitución, y que se ofrezcan en tiempo protegido, durante el horario contratado de los profesionales.

Un caso de educación permanente de profesionales de la ESF que utiliza los principios de la educación de adultos, es constante y flexible y se ofrece en tiempo protegido, es el Programa de Educación Permanente de los Médicos de Familia de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais, descrito en el recuadro 26.

Recuadro 26: Programa de Educación Permanente (PEP) de los Médicos de Familia de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais

Este Programa de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais tiene por objeto desarrollar la educación permanente de los médicos del Programa de Salud de la Familia del estado. Tiene el propósito de inducir una cultura de cambio y renovación de la práctica profesional y crear un sistema de mejoramiento permanente del desempeño, en busca de la excelencia de la atención a los usuarios de la atención primaria del SUS.

El PEP se fundamenta en los principios del aprendizaje de adultos y en la mejor evidencia publicada disponible; es una intervención multifacética, que articula estrategias educativas de aprendizaje individual y en grupos pequeños y grandes y el entrenamiento en servicio. El punto de partida del proceso de aprendizaje es la consulta médica centrada en la persona y en la familia.

Además del aprendizaje del conocimiento científico fáctico, se hace hincapié en el desarrollo de habilidades, especialmente de comunicación, comportamiento y actitudes importantes en el ESF. El aprendizaje colaborativo y la utilización de datos de la realidad de los pares, el hábito de evaluar la práctica y medir los resultados, el aprendizaje autodirigido de largo plazo y la orientación a la calidad de la atención son directrices de las actividades educativas del programa.

El PEP se estructura en torno a grupos de perfeccionamiento de la práctica, constituido por 8 a 10 médicos que trabajan en la ESF de una misma microrregión de salud o ciudad. Sus miembros dedican 16 horas mensuales a las actividades de aprendizaje, en horario de trabajo, con tiempo protegido para ese fin. Las actividades se organizan en cuatro grandes estrategias educativas: círculo de perfeccionamiento de la práctica profesional, plan de desarrollo personal, módulos de capacitación y entrenamiento en servicio para las habilidades clínicas. En la selección de los temas de estudio y en la programación de las actividades educativas, se favorecen los que son prioritarios para la política estatal de salud, especialmente los contenidos en las guías programáticas.

En cada microrregión o municipio en que se llevan a cabo actividades educativas, se establece una sala de educación permanente del PEP, que se dota de mobiliario, equipos, material de consumo, computador con acceso a Internet y acervo bibliográfico necesario para el desarrollo de las actividades previstas. Con las salas se busca montar un espacio privado y tranquilo, es decir, un ambiente físico apropiado para el aprendizaje de adultos.

Las actividades educativas de los grupos de perfeccionamiento de las prácticas son supervisadas de forma presencial por profesores de las facultades de medicina regionales. Estos profesores reciben capacitación previa en los principios, directrices, estrategias e instrumentos propuestos en el PEP. La asociación de la Facultad de Medicina con la Secretaría de Estado de Salud está formalizada mediante un convenio en el que participa la Escuela de Salud Pública de Minas Gerais.

La puesta en marcha del PEP en una microrregión se negocia con los municipios y se somete a la aprobación de la Comisión Intergestores Bipartita Microrregional correspondiente. La adhesión de cada municipio se oficializa con la firma de la declaración de compromiso del gestor con la participación de sus médicos, y garantiza el tiempo protegido para las actividades educativas.

Recuadro 26: Programa de Educación Permanente (PEP) de los Médicos de Familia de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais

La gestión del PEP es compartida por la Coordinación Estatal, la Comisión Regional y el Coordinador Regional, y necesariamente un docente de la facultad de medicina asociada. Se encuentra en fase de implantación el sistema de monitoreo y evaluación del PEP y una asociación con la Sociedad Minera de Medicina de Familia y Comunidad de Minas Gerais. Esa Sociedad deberá asumir la función de acreditar a los grupos de perfeccionamiento de las prácticas, hacer el seguimiento longitudinal de su funcionamiento y validar las actividades de los médicos participantes para fines de recertificación.

Los primeros grupos de médicos se establecieron en las microrregiones de Janaúba/Monte Azul y Montes Claros/Bocaiúva, a partir del 2005. La evaluación de la percepción del programa por los médicos participantes en esos grupos se hizo mediante un cuestionario estructurado respondido por 120 médicos de familia; sus resultados figuran a continuación.

Percepción de los médicos participantes del PEP en las microrregiones de Montes Claros/Bocaiúva y Janaúba/Monte Azul, marzo de 2008

VARIABLE	RESPUESTA	%
Interés en participar en el PEP	Grande y muy grande	97
Satisfacción personal con el PEP	Grande y muy grande	86
Autoevaluación de su participación en el PEP	Buena y excelente	77
Potencial del PEP para cambiar la práctica	Grande y muy grande	95
Interés en la búsqueda de nuevos conocimientos	Aumentó mucho	88
Interés en continuar participando en el PEP	Grande y muy grande	90
Oportunidad de crecimiento personal y profesional	Grande y muy grande	98

En 2011, el PEP funcionaba en 11 macrorregiones y 55 microrregiones de salud, que abarcan 616 municipios mineros; participaban 3.188 médicos de la ESF y 330 supervisores/preceptores o multiplicadores organizados en 330 grupos de perfeccionamiento profesional y 145 salas de educación permanente distribuidas en el estado. Las escuelas médicas asociadas eran: Universidad Estatal de Montes Claros, Universidad Federal de Uberlândia, Universidad Federal do Triângulo Mineiro, Universidad Federal de Juiz de Fora, Universidad Federal de Minas Gerais, Universidad Federal de Ouro Preto, Universidad Federal de São João Del Rei, Universidad Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Facultad de Ciencias Médicas de Minas Gerais, Facultad de Medicina de Barbacena, Facultad de Medicina de la UNIFENAS BH y el Centro Universitario de Patos de Minas. Además de las universidades, hay un contrato con la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte.

Se están aplicando dos estrategias para monitorear la metodología empleada en las actividades educativas del PEP: el informe del supervisor del Grupo de Perfeccionamiento de la Práctica y el seguimiento longitudinal, a cargo de la Asociación Minera de Medicina de Familia y Comunidad.

Recuadro 26: Programa de Educación Permanente (PEP) de los Médicos de Familia de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais

La inversión para establecer las salas de educación permanente y costear el pago de profesores e insumos provienen en su totalidad del tesoro estatal de la SESMG. No hay contrapartida financiera de los municipios, facultades de medicina asociadas ni médicos participantes del programa. El costo aproximado del PEP es de R\$ 400 mensuales por médico, incluida la inversión en salas de educación permanente.

En síntesis, el PEP es una propuesta educacional innovadora. El programa tiene potencial de cambiar la práctica y mejorar el desempeño de los médicos de familia, organizar los servicios y, consecuentemente, dar calidad al cuidado y contribuir a mejorar los índices de salud de los usuarios.

La metodología del PEP fue adaptada por la Secretaría Municipal de Salud de Pará de Minas para un programa pionero de educación permanente de enfermeros.

Fuente: Silvério ⁽¹¹⁰¹⁾; Silvério ⁽¹¹⁰²⁾

En la bibliografía internacional hay evidencia de los efectos positivos de la educación permanente en relación con el cambio de comportamiento de los profesionales de salud y otras dimensiones de la práctica profesional, así como en los resultados sanitarios y en los usuarios de los sistemas de atención de salud.

Un estudio de casos y controles realizado en el Reino Unido mostró que la capacitación de médicos generales y enfermeros con procesos educativos centrados en las personas con diabetes de tipo 2 mejoró las habilidades de comunicación, la satisfacción de los usuarios y sus percepción de bienestar ⁽¹¹⁰³⁾. Una revisión sistemática concluyó que la educación permanente de los profesionales de salud, conjuntamente con una metodología de educación en salud y de autocuidado, reduce el uso de los servicios de salud y los costos de la atención ⁽¹¹⁰⁴⁾. En otro estudio en que se compararon procesos educativos individuales activos y pasivos sobre la prescripción de medicamentos en la APS, se llegó a la conclusión de que los procesos activos son más eficaces que los pasivos cuando se trata de cambiar los comportamientos de los profesionales y que ambos tipos son más eficaces que la ausencia de intervenciones educativas ⁽¹¹⁰⁵⁾. Una investigación encontró que la utilización de farmacéuticos clínicos como educadores de 112 médicos generales ingleses redujo el número de prescripciones de antibióticos y el costo de la asistencia farmacéutica ⁽¹¹⁰⁶⁾. En otro estudio se concluyó que los médicos estaban más satisfechos cuando participaban del aprendizaje basado en problemas que en la educación continuada tradicional ⁽¹¹⁰⁷⁾. Un ensayo clínico aleatorio con 46 médicos de APS, en el que había 1.356 usuarios con depresión, constató que después de dos años de participación de los médicos en procesos educativos, los usuarios presentaban menos días de síntomas depresivos y menos absentismo laboral ⁽¹¹⁰⁸⁾. Una encuesta de 1.236 médicos estadounidenses constató que ellos no consideraban adecuado su entrenamiento para trabajar con las condiciones crónicas; los médicos de familia se sentían mejor preparados que los

clínicos generales, los pediatras, los cirujanos y otros especialistas no cirujanos. Es más, 80% de los entrevistados dijeron que los entrenamientos adicionales habían tenido un efecto positivo en su actitud frente a la atención de personas con condiciones crónicas ⁽¹¹⁰⁹⁾. Una revisión Cochrane sobre la educación centrada en las personas constató que médicos y enfermeros de APS que participaron en actividades educativas sobre ese método de atención lograron aumentar la satisfacción de los usuarios con la atención recibida ⁽¹¹¹⁰⁾. Por último, un estudio de 10 casos en Europa mostró que la educación permanente de los profesionales es fundamental para hacer los cambios que necesita la APS para cumplir los objetivos de la Organización Mundial de la Salud ⁽¹¹¹¹⁾.

Hay también evidencia sobre los efectos positivos en el cambio de comportamiento de los profesionales y en los resultados sanitarios de la utilización de elementos multidimensionales que refuerzan la atención, como los recordatorios, la retroalimentación, la auditoría y los incentivos económicos y de otro tipo que se articulan con programas de educación permanente ^(1112, 1113, 1114, 1115, 1116).

La gestión de la condición de salud, además de cambiar el comportamiento de los profesionales de la ESF, debe cambiar la conducta de los usuarios de los servicios, que se logra mediante actividades de educación en salud.

Los usuarios de la ESF deben apropiarse de las directrices clínicas que normalizan las intervenciones de su condición de salud. Eso exige un proceso de mediación de comunicadores y de educadores y un espacio organizacional para la educación y comunicación. Es el campo de la educación en salud, cuyas variables importantes son el contenido de los mensajes, los medios de difusión y la retroalimentación. Por lo tanto, comunicadores y educadores deben traducir las directrices clínicas a un lenguaje adecuado para los usuarios, y transmitir las por medios apropiados.

La educación en salud utiliza estrategias como encuestas o grupos focales; la búsqueda de los mejores medios para transmitir mensajes específicos (electrónico, impreso, oral o visual), y la evaluación por retroalimentación de la eficacia de los métodos de comunicación utilizados.

Además, hay que contar con un proceso educacional que permita que los usuarios se apropien de las directrices clínicas. Valorizar la educación de los usuarios, de manera que cambien sus comportamientos en relación a la condición de salud y que participen proactivamente del plan de cuidados es un elemento esencial del manejo de la condición de salud y parte de la función educativa.

La educación en salud se vale mucho de teorías de la psicología organizacional aplicadas al cambio de comportamiento, que ya fueron analizadas anteriormente en la sección sobre prevención de las condiciones de salud en relación a los comportamientos y estilos de vida.

Tener buenas directrices clínicas es una condición necesaria, pero no suficiente, para una buena gestión de la clínica. Ponerlas en la internet o imprimirlas, pero no implantarlas mediante procesos educativos potentes para profesionales de salud y usuarios es una pérdida de tiempo y de recursos.

PROGRAMACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD

La programación para atender la condición de salud en la ESF se estructura en tres momentos: elaboración de la programación, contrato de gestión y monitoreo y evaluación.

Programación

La programación local se hace en cada equipo del PSF. Dada la función coordinadora de la ESF en las RAS, la programación de ese nivel de atención merece un cuidado especial, porque la mayoría de las acciones de un sistema de atención de salud como parte de una red se programan en la atención primaria.

La programación de la ESF es de base poblacional, por lo tanto, debe hacerse a partir de la población efectivamente registrada con cada equipo de la ESF. Este tipo de programación no utiliza los parámetros de la oferta, como consultas por habitante por ejemplo, sino parámetros epidemiológicos basados en evidencia científica, que son parte de las directrices clínicas y se incluyen en la planilla de programación. Además, para que los parámetros se adecuen al MACC, se definen por estratos de riesgo.

La ESF es el lugar preferido para programar las intervenciones de todos los puntos de atención secundarios y terciarios y de los sistemas de apoyo de las RAS. En la ESF no se programan solamente las intervenciones de APS, sino también las de la atención secundaria y terciaria, ambulatoria y hospitalaria y de los sistemas de apoyo, como son los servicios de patología clínica y la asistencia farmacéutica. Por ejemplo, se sabe quiénes son las embarazadas de alto riesgo vinculadas a un equipo de la ESF y, de acuerdo con los parámetros, se programan las consultas especializadas necesarias en el centro de referencia (atención secundaria) y el número de camas generales y de cuidados intensivos en la maternidad de alto riesgo (atención terciaria). Por lo tanto, toda la programación de las RAS, en todos sus niveles de atención, se realiza en la ESF, a partir de necesidades reales de personas vinculadas a cada equipo. Es así

que se va construyendo una ESF con capacidad de ser efectivamente una estrategia de organización del SUS y de coordinación de toda la RAS.

La programación debe hacerse por estratos de riesgo, según el modelo de la pirámide de riesgo y de acuerdo con las planillas de programación que hacen parte de las guías de la ESF. O sea, no tiene sentido programar intervenciones únicas para personas con hipertensión arterial, sino para cada estrato por separado, es decir, de bajo, mediano, alto y muy alto riesgo. Esto se justifica por los abordajes clínicos, que son distintos según el estrato de riesgo; la concentración de las acciones de los profesionales de salud varía también según esos estratos. Así, por ejemplo, las consultas médicas son menos frecuentes en los estratos de bajo y mediano riesgo y más frecuentes en los de riesgo alto y muy alto, lo que es muy distinto de un parámetro promedio aplicado a todas las personas con hipertensión arterial.

La experiencia del estado de Minas Gerais con el modelo de programación del Plan Director de la Atención Primaria de la Salud es una propuesta sólida de planificación con base poblacional que se aplica a toda la RAS ⁽²⁸³⁾. En el recuadro 27 se describe esa programación referida a la atención de los adultos mayores.

Recuadro 27: Parámetros para la programación de la atención de los adultos mayores en la ESF en Minas Gerais

Los parámetros están establecidos en una planilla de programación que es parte de la guía de atención de salud del adulto mayor de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais.

El objeto de la atención de salud de los adultos mayores no son las enfermedades, sino la capacidad funcional de esas personas. Al centro de la atención del adulto mayor está el plan de cuidado elaborado a partir de la evaluación multidimensional. Este es un método para describir habilidades y actividades y medir la forma en que el individuo lleva a cabo una serie de tareas, incluidas las necesarias en la vida cotidiana, en los compromisos vocacionales, en las interacciones sociales, de recreación y otros comportamientos del día a día.

Son objeto de la programación todas las personas de más de 60 años de edad registradas por el equipo de la ESF, clasificadas en las categorías de riesgo habitual, alto riesgo o adulto mayor débil. La programación se hace según esos estratos, de conformidad con el modelo de la pirámide de riesgo.

La planilla de programación local es un instrumento que tiene como finalidad habilitar al equipo de salud para hacer la planificación anual centrada en los adultos mayores. Ese instrumento consta de tres ítems: resultado esperado, actividades y parámetros.

Recuadro 27: Parámetros para la programación de la atención de los adultos mayores en la ESF en Minas Gerais

Resultado 1. Seguimiento de los adultos mayores del área de cobertura del equipo de la ESF

ACTIVIDADES	PARÁMETROS
Identificar a todos los adultos mayores del área de cobertura del equipo de la ESF y registrarlos para darles seguimiento.	100% de los adultos mayores identificados y registrados en el equipo de la ESF.
Realizar la primera consulta médica para los adultos mayores y clasificarlos por grado de riesgo: habitual o alto (adulto mayor frágil)	100% de los adultos mayores asisten a la primera consulta médica y son clasificados por grado de riesgo.
Realizar consultas para dar seguimiento a los adultos mayores de riesgo habitual.	100% de los adultos mayores de riesgo habitual asisten a 1 consulta médica y 1 consulta de enfermería anualmente.
Realizar consultas para dar seguimiento a los adultos mayores de alto riesgo.	100% de los adultos mayores de alto riesgo asisten a 3 consultas médicas y 3 consultas de enfermería anualmente.
Realizar actividades educativas para los adultos mayores.	100% de los adultos mayores participan de cuatro actividades educativas por año.
Garantizar la inmunización contra influenza, neumococo y tétanos.	100% de los adultos mayores son inmunizados contra influenza, neumococo y tétanos.
Realizar exámenes complementarios en la primera consulta: hemograma, glucemia en ayuna, vitamina B12, ácido fólico, creatinina, TSH, T4 libre, orina corriente, colesterol fraccionado, triglicéridos, detección de sangre oculta en las heces, electrocardiograma y otros.	100% de los adultos mayores se realizan exámenes de laboratorios en la primera consulta.
Exámenes anuales en consultas subsiguientes: glicemia en ayuna, TSH, colesterol fraccionado, triglicéridos y otros.	100% de los adultos mayores se realizan exámenes de laboratorios en consulta anuales.
En todas las consultas, realizar la evaluación para identificar al adulto mayor que presente los gigantes de la geriatría u otros factores de riesgo.	100% de los adultos mayores asisten a consultas médicas y de enfermería subsiguientes y se realizan los exámenes y procedimientos descritos en la guía para detectar los gigantes de la geriatría u otros factores de riesgo.
Llevar a cabo los planes de cuidados elaborados en la ESF o recibidos del centro de referencia.	100% de los usuarios que fueron evaluados deberán recibir seguimiento de acuerdo con los planes de cuidados.

Resultado 2. Disminución del número de hospitalizaciones por condiciones que se pueden resolver en la atención primaria

Disminución del número de hospitalización por condiciones que se pueden resolver en la atención primaria.	100% de los adultos mayores evaluados deben ser clasificados de acuerdo con el grado de riesgo y recibir acompañamiento en la unidad de salud.
---	--

Fuente: Bandeira, Pimenta, Souza ⁽¹¹¹⁷⁾

La programación local debe abarcar un período de un año y estar a cargo del mismo equipo que la ejecutará.

Otro elemento esencial de la programación local de la ESF es el de las inversiones, que incluye edificios, material recurrente y equipos, que componen un Plan Director de Inversiones (PDI). La programación de la infraestructura física debe hacerse por medio de un Plan Municipal de Infraestructura Física de la ESF con base en normas nacionales o estatales. Deben variar según ciertas características de las unidades, por ejemplo, el número de equipos en la unidad, que podrían ser 1, 2 o 3. La distribución de esas unidades se hará, por un lado, buscando ganancias de escala y, por otro, garantizando el acceso oportuno de los usuarios a esos equipos, para lo cual se requiere un radio óptimo entre los hogares y las unidades. (Un radio promedio adecuado es de 2.000 metros.) Los materiales recurrentes y equipos también deben seguir normas nacionales o estatales y variarán según el número de equipos de cada unidad.

Contratos de gestión

Los objetivos y metas de la programación local deben ser elementos básicos de la elaboración del contrato de gestión entre la autoridad sanitaria (el secretario municipal de salud) y la unidad prestadora de servicios (el equipo de la ESF).

Hay evidencia proveniente de evaluaciones rigurosas realizadas en varios países, incluso en Brasil, de que la introducción de contratos como instrumentos de gestión de la condición de salud contribuye al logro de mejores resultados económicos en la APS y algunos en la ESF ^(197, 266, 283, 1118-1124).

Los contratos deben basarse en el desempeño, por lo cual hay que establecer objetivos claros con sus indicadores respectivos; elaborar un sistema de monitoreo con base en la producción y utilización oportuna de los indicadores, y tener consecuencias para el contratado, ya sea en forma de bonos o de penalidades, conforme el desempeño.

Hay varias razones que justifican la introducción de los contratos en la ESF: estimulan la descentralización de la gestión dando más responsabilidad a los gerentes locales; mejorar el control del desempeño cuantitativo y cualitativo del equipo de la ESF; dan más consecuencia a la planificación de la ESF al exigir un mayor empeño en lograr los productos contratados; incentivan el desarrollo y utilización cotidiana de los sistemas de información gerenciales; mejoran la gestión de la clínica; permiten mayor concentración en las necesidades e intereses de la población, y hacen que la ESF sea más transparente y más permeable al control social ⁽¹¹²⁵⁾.

Para que el contrato de gestión produzca resultados, deben darse algunas condiciones importantes: el diálogo entre los principales actores sociales; la definición de los objetivos del contrato y la selección de los indicadores. Estos últimos no deben ser muy numerosos, en general menos de una decena, y deben medir estructura, procesos y resultados; deben poderse medir de forma independiente, e incluir algunos que midan equidad y calidad, objetivos frecuentemente olvidados en los contratos; el sistema de pago debe estar alineado con los indicadores de desempeño y debe contener incentivos positivos (bonos) y negativos (sanciones) al contratado; el contratado debe tener la mayor autonomía posible para ejecutar el contrato; y el plan de contrato debe definir como ese será monitoreado y evaluado ⁽¹¹¹⁸⁾.

El contrato de gestión lo hace el secretario municipal de salud con cada equipo de la ESF, con base en la programación anual. Como no debe tener muchos indicadores, se seleccionan, del total de indicadores de la programación, un subconjunto de indicadores de procesos y resultados, cuyo referentes son las prioridades de la secretaría municipal de salud expresadas en un plan municipal de salud. A lo largo del tiempo, esos indicadores pueden variar, en función de las prioridades políticas de la SMS. Los contratos tendrán validez de un año.

Aunque se puede hacer contratos de gestión con incentivos morales, es mejor que contengan un sistema de pago por desempeño para los profesionales de la ESF. Eso significa que la mayor parte de los sueldos corresponde a un valor fijo, pero que habrá una parte vinculada al desempeño de cada equipo de la ESF, medido por los indicadores seleccionados. Ese valor variable debe ser calcularse bien para que se perciba como un estímulo al buen desempeño del equipo de la ESF.

La Secretaría Municipal de Salud de Curitiba tiene una experiencia exitosa sobre el uso de contratos de gestión en la APS, que existe hace muchos años y ha sido evaluada rigurosamente ^(197, 1119, 1120, 1122, 1124) (Recuadro 28).

Recuadro 28: Contrato de gestión por desempeño en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba: Programa de Incentivo al Desarrollo de la Calidad de los Servicios (IDQ)

Los contratos de gestión entraron en vigor en 2003 en todas las unidades de APS del municipio. Se componen de dos instrumentos: Término de Compromiso y Plan Operativo Anual. El Término de Compromiso es un documento con vigencia anual sustentado en el Plan Operativo Anual, que establece los indicadores y las metas. Actualmente tiene 79 indicadores. Las metas varían según la realidad local de infraestructura y recursos humanos.

El IDQ es un programa de pago por desempeño que tiene el propósito de promover el espíritu de equipo y estimular el logro de metas prioritarias. Consiste en un bono mensual que se paga a los servidores y varía entre 20% y 50% del sueldo; depende de ciertas circunstancias locales definidas en decretos municipales.

Los indicadores de desempeño miden la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

La evaluación del IDQ consiste en cuatro elementos: evaluación de los servidores por sus supervisores, autoevaluación, evaluación del equipo y una evaluación comunitaria que realiza el consejo local de salud de la unidad.

Se usa la misma planilla para la evaluación que realizan los supervisores y la autoevaluación, que analiza varios factores: conocimiento y competencia, postura profesional, relaciones interpersonales, asiduidad y puntualidad y calidad del trabajo. Esos factores se desagregan en puntos que tienen pesos diferentes.

La evaluación de los equipos tiene un conjunto de indicadores seleccionados de entre los 79 que tiene el Plan Operativo Anual. Son los mismos para todos los equipos, pero las metas son negociadas en función de la propia realidad de los equipos en el municipio. Los indicadores evalúan cinco temas: salud de la mujer, del niño y del adulto, además de salud bucal y epidemiología. En 2010, había 14 indicadores subdivididos en esos cinco temas. El peso de cada indicador varía, pero el puntaje total es 100.

El consejo local de salud, que existe en cada área de cobertura de las unidades de APS, realiza la evaluación comunitaria.

El puntaje final se compone y define por pesos distintos: la evaluación de los servidores por los supervisores vale 45%; la autoevaluación, 5%; la evaluación de los equipos, 35%, y la evaluación comunitaria, 15%.

El bono se paga a todos los servidores que logren un puntaje de 80 o más. El porcentaje de servidores que recibe el bono es alto, aproximadamente 95%. Del 5% restante, una parte corresponde a factores excluyentes, y solamente 1,5%, en promedio, no lo recibe por desempeño deficiente. Eso podría indicar que el sistema ha perdido su función de estímulo. Sin embargo, investigaciones evaluativas han mostrado que el IDQ no ha perdido a lo largo de los años su capacidad de estimular el desempeño. La mayor parte de los servidores considera que ese bono influye positivamente en su práctica. De la misma forma, los gestores consideran que el IDQ es la mejor tecnología de gestión para uso local y para la gestión por resultados (9,76 puntos de 10).

Fuentes: World Bank ⁽²⁶⁶⁾; Marty ⁽¹⁹⁷⁾; Faria ⁽¹¹¹⁹⁾; Shepher ⁽¹¹²⁰⁾; Marty ⁽¹¹²⁴⁾;

Monitoreo y evaluación

La programación y el contrato de gestión deben ser monitoreados y evaluados por medio de un sistema especial a ese efecto, que consiste en dar seguimiento constante a los objetivos y metas predefinidos en la programación e incluidos en el contrato de gestión, con el fin de aumentar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los servicios.

El monitoreo constituye una actividad continua y periódica, es decir, se lleva a cabo a intervalos regulares definidos en el plan de contrato, en función de la naturaleza de cada indicador. La evaluación, a diferencia del monitoreo, es una intervención episódica que, por lo general, requiere una investigación evaluativa.

Los resultados efectivamente alcanzados y comprobados por el sistema de monitoreo y evaluación, deben servir para reajustar la gestión de la condición de salud de la siguiente forma: los resultados se transforman en base de conocimientos; los objetivos pueden ser reajustados a la luz de lo que efectivamente se puede alcanzar; las directrices clínicas pueden ser modificadas, al igual que las estrategias educativas y de comunicación.

EVIDENCIA SOBRE LA GESTIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD

Dado que la propuesta de gestión de la condición de salud corresponde a una nueva lectura de la tecnología utilizada internacionalmente para la gestión de la enfermedad, se utilizó evidencia en relación a cada uno de los componentes principales. Sin embargo, en la bibliografía internacional se puede detectar evidencia de la aplicación global de la gestión de la enfermedad en la APS. Así, encontramos evidencia sobre los efectos positivos de la aplicación de esa tecnología en relación con las condiciones crónicas en la APS, que indica que mejora los resultados sanitarios y económicos ^(1004, 1126-1130).

GESTIÓN DE CASO

CONCEPTO

La gestión de caso es el proceso cooperativo que se desarrolla entre el profesional a cargo del caso y un usuario del servicio de salud con una condición de salud muy compleja y su red de apoyo social para planificar, monitorear y evaluar opciones de atención y de coordinación de la atención de salud, de acuerdo con las necesidades de la persona; tiene por objeto proporcionar una atención de calidad, humanizada, que pueda aumentar la capacidad funcional y de preservar la autonomía individual y familiar.

La gestión de caso cumple varios objetivos: defender las necesidades y expectativas de los usuarios en situación especial; proveer el servicio adecuado a cada persona; mejorar la calidad de la atención, y disminuir la fragmentación de la atención de salud.

La función principal del gestor del caso es la defensa de la persona afectada por una condición crónica muy compleja, su familia y su red de apoyo social. Esa función, en relación a la persona y su familia, trata de: defender sus intereses; empoderarlas para el autocuidado y la autonomía; facilitar la comunicación con los prestadores de servicios, y coordinar el cuidado en toda la RAS ⁽¹¹³¹⁾.

La gestión de caso se deriva, en gran parte, de la Ley de la Concentración de la Gravedad de las Condiciones de Salud y de los Gastos en Servicios de Salud que es sustentada por abundante evidencia empírica. El trabajo original fue el clásico experimento de la Corporación Rand, mediante el cual se constató que 1% de los estadounidenses gastaba 28% de los recursos totales del sistema de atención de salud ⁽¹¹³²⁾. En un trabajo posterior también realizado en los Estados Unidos, se obtuvieron los siguientes resultados: 1% de la población gastó 30% de los recursos totales del sistema de atención de salud; 2% de la población gastó, 41%; 5% de la población, 58%; 20% de la población, 72%, y 30% de la población, 91%. Por otra parte, 50% de la población usó solamente 3% del gasto total en salud, y 25%, nada en el año ⁽³⁸³⁾. Una investigación de la Unimed de Minas Gerais mostró que 10% de sus clientes concentraron 65,7% del gasto total de esa operadora de planes de salud en 2006 ⁽¹¹³³⁾.

Con base en trabajos pioneros, Roos, Shapiro y Tate ⁽¹¹³⁴⁾ formularon la Ley de la Concentración de la Gravedad de las Condiciones de Salud y de los Gastos en Servicios de Salud, de la siguiente forma: “una pequeña minoría de personas con condiciones de salud muy complejas causa la gran mayoría de los gastos de atención de salud. Ese rasgo se ha encontrado en todos los grupos de edad y ha mostrado ser constante a lo largo del tiempo”. En resumen, la ley dice que los enfermos más graves y más costosos son pocos entre la población general. Es más, esas son las personas que más sufren. Consecuentemente, esos individuos con condiciones de salud muy complejas deben recibir una atención especial y específica, no solo por un tema de costos, sino principalmente, por razones sanitarias y humanitarias. La proporción de este tipo de usuario, que es elegible para la gestión de caso, puede variar de 1% a 3% ⁽¹¹³¹⁾ o de 1% a 5% ⁽²⁸⁶⁾.

En el MACC, la gestión de caso corresponde al nivel 5 (véase la figura 12, capítulo 5) de intervenciones sanitarias, es decir, aquellas para personas con condiciones de salud muy complejas, y al nivel 3 del modelo de la pirámide de riesgo.

La gestión de caso está a cargo de un gestor, que normalmente es un enfermero o asistente social. Ese es el formato más común de la propuesta denominada de no intervención, en la que el gestor de caso coordina la atención, se encarga de la movilización de recursos y monitorea los resultados, sin participar directamente en la prestación de servicios. En algunas circunstancias, la gestión de caso puede ser responsabilidad de un pequeño equipo multidisciplinario, también en un formato de no intervención, en que los gestores, además de las funciones de coordinación, movilización de recursos y monitoreo, realizan directamente algunos procedimientos ⁽¹¹³¹⁾.

Un buen gestor de caso debe conocer la naturaleza de los servicios que proporciona toda la red asistencial, debe ser buen negociador y comunicador hábil.

Este profesional se hace responsable de una persona por la duración de la condición crónica de salud y juzga sus necesidades de atención de salud y la calidad de los servicios ofrecidos y recibidos. Asimismo, le incumbe coordinar la atención, para lo cual utiliza todos los servicios y todas las instituciones que componen la RAS, y determinar el nivel adecuado de la prestación de servicios. También debe verificar si el plan de cuidado es apropiado y se cumple. Este abordaje hace de la ESF el lugar de preferencia para la gestión de caso.

Para situaciones catastróficas, hay una forma singular de gestión de caso, en la que se monitorea personas con condiciones de salud de alto riesgo sanitario, económico y social, como el sida, ciertos nacimientos prematuros, trasplantes, terapia renal sustitutiva, lesiones medulares y otras.

OBJETIVOS DE LA GESTIÓN DE CASO

La gestión de caso tiene varios objetivos: defender las necesidades de los usuarios y de sus familias y mejorar su grado de satisfacción; estimular la adhesión a los cuidados recomendados en las directrices clínicas; ajustar los servicios provistos a las necesidades de salud; asegurar la continuidad del cuidado en la RAS; reducir los efectos adversos de las intervenciones médicas; mejorar la comunicación entre profesionales de salud y usuarios de los servicios; mejorar la comunicación y la colaboración en el equipo de profesionales de salud; reducir la permanencia en las unidades de salud, sin afectar la calidad; mejorar la calidad de vida de los usuarios y su autonomía; estimular el autocuidado; monitorear los planes de tratamiento, la rehabilitación y las acciones paliativas; ayudar a los usuarios y a sus familias a acceder al punto de atención de salud adecuado; evaluar las altas de los servicios, y prevenir las hospitalizaciones sociales.

PROCESO DE LA GESTIÓN DE CASO

El proceso de la gestión de caso tiene varias etapas ^(1135, 1136): selección del caso, identificación del problema, elaboración y puesta en marcha del plan de cuidado y monitoreo de ese plan.

Selección del caso

La primera etapa consiste en seleccionar a los usuarios de los sistemas de atención de salud que deben ser objeto de la gestión de caso. En general, las personas que necesitan esta tecnología son las que: presentan condiciones crónicas muy complejas, por ejemplo, enfermedades concomitantes; que toman múltiples fármacos; presentan problemas de alta de los servicios; no cumplen bien con las intervenciones que se les prescribieron; son afectadas por daños catastróficos; son objeto de eventos centinela; tienen problemas familiares o socioeconómicos graves o no tienen redes de apoyo social. Otras personas a tener en cuenta son las que viven solas; los adultos mayores débiles; las que han tenido internaciones hospitalarias recurrentes o tienen disturbios mentales graves; las presentan evidencia de algún tipo de abuso; los mendigos, y las personas en situación de pobreza extrema.

Los criterios de elegibilidad deben definirse en función de las variables de diagnóstico, tipo de tratamiento, número de internaciones domiciliarias, costo, lugar de tratamiento y estándares de cuidado ⁽¹¹³¹⁾, además de la red de apoyo social y la situación socioeconómica.

Las directrices clínicas deben suministrar los elementos fundamentales para la selección de las condiciones de salud elegibles para la gestión de caso. En el recuadro 29 se describe la selección de adultos mayores para la gestión de casos en un centro de salud británico.

Recuadro 29: Selección de adultos mayores para la gestión de caso en el Centro de Salud Castlefields, en Rucorn, Reino Unido

En ese centro de salud, un enfermero que trabaja en conjunto con un asistente social analiza la situación de los adultos de más de 65 años de edad elegibles para la gestión de caso, para lo cual se requieren tres o más de los siguientes criterios: presencia de cuatro o más condiciones crónicas; prescripción de seis o más medicamentos por seis meses o más; dos o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses; dos o más atenciones de urgencias en los últimos 12 meses; dos o más consultas ambulatorias en los últimos 12 meses; adultos mayores que están entre el 3% de los usuarios más frecuentes de los servicios de salud; hospitalización de más de cuatro semanas en los últimos 12 meses; más de cuatro visitas de asistentes sociales en los últimos tres meses, y personas cuyos costos de medicamentos exceden £100 por mes.

La introducción de la gestión de caso para adultos mayores en ese centro de salud permitió reducir las hospitalizaciones entre 7,5% y 16,6%. Con £173.000 utilizadas en su implantación se economizaron £1,15 millones al año.

Fuente: Department of Health ⁽²⁸⁴⁾

Identificación del problema

A la selección del caso sigue la identificación del problema, para lo cual es necesario compilar el máximo de información posible sobre la persona que será objeto de la gestión de caso. Ese momento comienza con la entrevista a la persona. En caso de que ella no esté en capacidad de comunicarse, se utilizan fuentes secundarias, especialmente el sistema de apoyo social: cónyuge o pareja, otros miembros de la familia, cuidadores, amigos, vecinos, miembros de su iglesia y movimientos sociales.

La evaluación de la capacidad para el autocuidado es fundamental. Es importante obtener la historia de salud mediante entrevistas con el equipo de la ESF y otros profesionales involucrados en la atención; analizar las historias clínicas y entrevistar a los responsables de la atención domiciliaria y los cuidadores. También es necesario determinar la salud dental, visual, auditiva, ocupacional y mental y la capacidad funcional y, muy importante, la capacidad de autocuidado.

Las condiciones de vida, especialmente aquellas vinculadas al ambiente familiar, también deben analizarse. La información domiciliaria acerca de la presencia de escaleras, y la disponibilidad de teléfono, equipos de uso doméstico, baños, así como la necesidad de equipos de láser y otros equipos médicos complementarios es importante.

La ficha de identificación del problema deberá contener nombre, edad, grupo étnico, dirección, estado civil, tipo de empleo, situación socioeconómica, grado de escolaridad, grupo cultural y orientación religiosa; toda la historia médica del usuario; presencia de complicaciones, enfermedades crónicas y enfermedades concomitantes;

historia personal sobre la falta de adhesión a los tratamientos y actitudes no colaborativas; los medicamentos tomados y que están siendo utilizados; historia familiar de enfermedades crónicas; alergias; evaluación nutricional y dermatológica; historial de atención en las unidades de salud, y uso de prácticas médicas complementarias e integrales.

Elaboración y aplicación del plan de cuidado

Si al momento de identificar el problema se puede decidir adónde llegar, la elaboración y puesta en práctica del plan de cuidado definen la mejor manera de alcanzar los objetivos propuestos para el manejo del caso. Esta etapa requiere mucha creatividad, porque siempre hay varias maneras de lograr los objetivos planteados.

En la elaboración del plan de cuidado, el gestor del caso deberá decidir lo que se necesita hacer; cómo hacerlo; quién dará los servicios necesarios; cuándo se alcanzarán los objetivos, y dónde se prestará el cuidado. Es fundamental que el usuario y su familia participen en la elaboración del plan de cuidado, ya que este constituye un acto solidario entre ellos, el gestor del caso y el equipo de la ESF. En algunos casos, el plan exigirá la participación de otras personas o instituciones, como el cuidador, la iglesia, algún movimiento social del cual el usuario es miembro y otros.

El plan de cuidado comienza con el establecimiento de los objetivos de la gestión del caso. La mayoría de los objetivos está compuesta por metas menores o actividades que habrá que realizar para lograr objetivos más amplios. Así, un objetivo de un plan de cuidado de un adulto mayor que necesita una prótesis de cadera puede ser caminar algunos metros con independencia. Para lograrlo, habrá que cumplir metas intermedias, como realizar la cirugía, retirar todos los equipos de apoyo vital, estabilizar los resultados de los exámenes de sangre, utilizar una silla de ruedas, etc.

La meta final del manejo de caso es la calidad de la atención de salud y el uso eficiente de los recursos, de modo de dar máxima autonomía e independencia a las personas. Para alcanzar esa meta final, habrá que priorizar las necesidades y los objetivos, lo que puede generar conflicto entre las propuestas del gestor del caso y las expectativas del usuario o su familia.

Una vez priorizadas las necesidades y los objetivos, hay que detallar las intervenciones previstas en el plan de cuidado; para ello se requiere un buen conocimiento de la RAS, con las características específicas de cada punto de atención y de los sistemas de apoyo. Es, aquí, en la puesta en práctica del plan, que el gestor de caso ejercita su función de coordinador de la atención de salud, con el fin de garantizar la prestación de la atención adecuada, en el lugar correcto, con la calidad necesaria,

a un costo apropiado y de forma humanizada. La consulta permanente de guías y protocolos clínicos es fundamental para el trabajo del gestor de caso. Es esencial conocer todos los recursos de la comunidad que puedan ayudar a aplicar el plan de cuidado.

Un ejemplo de la aplicación del plan de cuidado es que el día del alta hospitalaria, el gestor del caso debe monitorear la estabilidad del paciente; dar instrucciones para el alta y para todos los cuidados domiciliarios; obtener el acuerdo del paciente o sus familiares con el alta; preparar la lista de teléfonos de profesionales de referencia; conseguir transporte hasta el hogar, y determinar las condiciones del domicilio a donde llegará y se acomodará el paciente.

Monitoreo del plan de cuidado

El monitoreo del plan de cuidado debe ser constante para determinar si se están cumpliendo los objetivos y si es necesario hacer ajustes a las intervenciones propuestas. El monitoreo puede ser presencial o por teléfono o correo electrónico.

El monitoreo también tiene el propósito de verificar si las necesidades de la persona y su familia han sido satisfechas. Una gestión de caso exitosa debe satisfacer esas necesidades en varios aspectos: crear una atmósfera de esperanza; responder con honestidad todas las consultas; garantizar el cuidado humano con calidad; conocer el pronóstico y la evolución del paciente y reunirse frecuentemente con él o ella; saber qué se está haciendo y qué deberá hacerse por el paciente; hablar frecuentemente con los profesionales que prestan la atención; visitar el hogar cuando sea necesario; instruir sobre los cuidados a ser provistos, y saber abordar la posibilidad de la muerte.

EVIDENCIAS SOBRE LA GESTIÓN DE CASO

Los resultados positivos de la gestión de caso ya son reconocidos: evita problemas potenciales, al adoptar medidas preventivas; evita las urgencias por agudización de la condición crónica; disminuye el número de hospitalizaciones innecesarias y evita las internaciones sociales; provee un contacto duradero y humano con las personas, y controla las intervenciones médicas para reducir los eventos adversos.

La evidencia de buena calidad muestra que la gestión de caso tiene resultados sanitarios y económicos positivos en la APS ^(352, 891, 1126, 1137-1143).

LA GESTIÓN DE CASO EN BRASIL

En Brasil, principalmente son las operadoras de seguros privados de salud que han aplicado la gestión de caso ^(1144, 1145). Como, en general, el sistema de salud suplementario funciona sin APS, la gestión de caso no se realiza en ese nivel de atención de salud. Además, el objeto de la gestión de caso de las aseguradoras privadas es la reducción de costos y no la calidad de la atención de salud, racionalizando la atención prestada a aquella minoría que presiona fuertemente los gastos de esas operadoras.

A pesar de todas las evidencias recolectadas internacionalmente sobre los beneficios de la gestión de caso en la APS, esa tecnología de gestión de la clínica no es utilizada, significativamente, en la ESF.

Ese es uno de los elementos planteados para adecuar la ESF para responder al desafío de las condiciones crónicas ⁽¹¹⁴⁶⁾. Las personas que más sufren y que ocasionan más gastos, sin la gestión de caso, no tendrán un abordaje humanizado y eficiente. Las grandes limitaciones de los profesionales de nivel superior en los equipos de ESF es un factor que debe superarse mediante la contratación de nuevos profesionales. Especialmente, el asistente social en el equipo de la ESF tiene un papel relevante como gestor de caso de las personas elegibles para esa tecnología que, además de su situación grave de salud, conviven con problemas sociales que influyen en su salud y su capacidad de autocuidado.

En el recuadro 30 se describe una experiencia de gestión de caso hecha por un asistente social en la Secretaría Municipal de Salud de Uberlândia, Minas Gerais.

Recuadro 30: Gestión de caso en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Uberlândia, Minas Gerais

En 2007, el municipio de Uberlândia inició la aplicación del Plan Director de Atención Primaria de la Salud (PDAPS), un proyecto de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais. El Plan tiene por objeto fortalecer la APS para que asuma la responsabilidad y se haga cargo de resolver los problemas de salud de la población y de coordinar las RAS.

Uno de los resultados pactados en el PDAPS fue la reducción de la tasa de mortalidad infantil en el Municipio; la meta era de disminuir esa tasa de 13,3 por 1.000 nacidos vivos en 2009 a menos de 10 en 2012.

Para lograrlo, la Secretaría Municipal de Salud organizó la Red "Mãe Uberlândia" que lleva a cabo actividades de promoción, prevención y asistencia para mujeres y niños menores de 1 año de edad. Para la gestión de la RAS adoptó tecnologías de gestión de la clínica: guías que establecen la estratificación de la población objeto por grado de riesgo y gestión de la condición de salud, que define las intervenciones necesarias de acuerdo con el riesgo estratificado. Para aplicar esas tecnologías se realizaron actividades para cualificar a los equipos de la APS.

Recuadro 30: Gestión de caso en la APS de la Secretaría Municipal de Salud de Uberlândia, Minas Gerais

A partir de la puesta en marcha del programa, se constató una reducción de la tasa de mortalidad infantil a 11,3 por 1.000 nacidos vivos en 2010. El análisis de las causas de la mortalidad realizado por el Comité de Mortalidad Maternoinfantil del Municipio puso en evidencia que los factores socioeconómicos, demográficos y culturales contribuían significativamente a la mortalidad en ese grupo de edad; así se suscitó la necesidad de mejorar la integración del equipo multidisciplinario y de contar con un asistente social en la APS.

En 2011, se puso en práctica una nueva tecnología de gestión de la clínica, la gestión de caso, con miras a intensificar el seguimiento de las embarazadas y los niños de muy alto riesgo de parte de los equipos de la APS. Los asistentes sociales asumieron la coordinación de las acciones que constan en los planes de cuidados.

El equipo de la APS, conjuntamente con la embarazada de muy alto riesgo o con la persona responsable del niño de muy alto riesgo, elabora el plan de cuidado. Para ello, se realizan entrevistas individuales y con los familiares, además de visitas domiciliarias.

El asistente social participa junto con el equipo multidisciplinario en la elaboración del plan de cuidado, la evaluación, la discusión de los casos y el análisis de situación y suministra subsidios sociales y datos que puedan contribuir al diagnóstico y al seguimiento de los casos.

Se propuso un conjunto de iniciativas que facilitan la comprensión, aceptación y adhesión al plan de cuidado de la embarazada de muy alto riesgo y la persona responsable del niño de muy alto riesgo. Las evaluaciones, previstas en el plan de cuidado, son constantes y permiten, de ser necesario, buscar alternativas, enriquecer las acciones y mejorar la adhesión al plan.

En el período de mayo de 2011 a febrero de 2012, del total de 4.707 embarazadas, 4000 (85%) fueron clasificadas como riesgo normal y 707, de alto riesgo (15%). En el último grupo se detectaron 120 casos de muy alto riesgo, a los que se asignó la gestión de caso. De ellos, 13 mujeres tuvieron bebés en buenas condiciones y tienen seguimiento del equipo de la APS; los 107 casos restantes permanecen en gestión de caso. Del total de casos en seguimiento, tres culminaron en defunciones infantiles, de los cuales uno fue considerado inevitable y dos evitables; no hubo muertes maternas. Los datos preliminares de la mortalidad infantil en 2011 dan una tasa de 10,54 por 1.000 nacidos vivos.

Todavía no hay condiciones para analizar el impacto de la gestión de caso en la reducción de la mortalidad materna e infantil, pero sí se ha constatado la motivación y el mayor compromiso de los equipos de la APS y la receptividad de las mujeres y familiares a los planes de cuidados.

La motivación de los equipos en relación a esa tecnología puede apreciarse en el interés en aplicarla a otras condiciones crónicas, tales como el seguimiento de adultos mayores débiles, adolescentes en situación de mucha vulnerabilidad y personas con trastornos mentales muy graves.

La gestión de caso ha contribuido a mejorar la atención de personas con condiciones crónicas complejas y ha permitido dar atención personalizada, segura y de calidad.

Fuente: Lima, Araujo, Souza, Lima, Shimazaki ⁽¹¹⁴⁷⁾

CAPÍTULO 8 –IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

CAMBIO CULTURAL

No se puede negar que el cambio es ineludible. Proviene del hecho de que el mundo en que vivimos está en permanente mutación. Frente a ese imperativo hay tres opciones: ignorar el cambio y mantenerse cómodamente en la situación existente, luchar contra él o aceptarlo y adherirse a él.

El MACC es un modelo de gran complejidad que trae muchas innovaciones a la atención primaria de salud. Por eso, su implantación abarca cambios culturales profundos a la ESF.

El concepto de cultura abarca las actitudes, los valores y los comportamientos que caracterizan una organización determinada. De cierta forma, la cultura organizacional responde a la pregunta: ¿Qué es lo realmente importante? La respuesta servirá para entender mejor cómo funcionan, o no, las cosas en una organización y cómo reforzar ciertas actitudes y comportamientos para la lograr los cambios deseados ⁽¹¹⁴⁸⁾.

En el espacio de una organización de salud conviven diferentes culturas y subculturas. Por ejemplo, los médicos se concentran en el diagnóstico y tratamiento; el personal de enfermería, en la atención de los usuarios; el gestor, en el orden burocrático; los asistentes sociales, en la protección social, etc. En cada subcultura hay modalidades tácitas, establecidas y aceptadas de conductas y prácticas que crean un entorno seguro y familiar, que promueve el status quo y la noción de afiliación grupal. El sentido de pertenencia a un grupo social es inherente al ser humano y se nutre por medio de procesos sociales y culturales complejos en los que el principal vehículo es el ritual. Este, a su vez, es una forma de acción simbólica que sirve para comunicar información sobre valores y normas culturales. En momentos de cambio, los rituales que dieron seguridad ya no son adecuados y surgen la amenaza y la inseguridad. En una unidad de la ESF podría hacerse un ejercicio y preguntar a sus miembros: ¿Cuántas culturas diferentes hay en la unidad? ¿Cuáles son los valores personales y profesionales? ¿Cómo reaccionarían los miembros del equipo si se les propusiera un nuevo modelo de atención de las condiciones crónicas? Las respuestas a estas preguntas son importantes porque, en un proceso de cambio cultural, es crucial el respeto y el entendimiento mutuo en el equipo. Por lo tanto, es necesario invertir tiempo y energía para desarrollar una buena comunicación y

para conocer qué piensan y qué función desempeñan en la atención de salud los diferentes miembros del equipo ⁽¹¹⁴⁹⁾.

Las culturas establecidas resisten lo nuevo hasta que llega un momento en que comprenden que el cambio es ineludible. La clave está en entender que lo que alguna vez fue nuevo se convirtió en tradicional y, por lo tanto, hay que renovarlo.

Hay evidencia de que la cultura de una organización no mejora por sí misma, de forma natural; no obstante está abierta a cambios deliberados, bien planificados, que se apliquen con liderazgo adecuado. Handy, en su teoría de la corrección cultural, dice que lo importante es que la organización tenga la cultura apropiada, se encuentre en el lugar adecuado y tenga el propósito que corresponde ⁽¹¹⁵⁰⁾.

Para responder a las demandas de la atención de las condiciones crónicas, la implantación del MACC en la ESF va a exigir cambios deliberados, bien definidos en el modelo y con liderazgo fuerte. Pero eso trae otra pregunta fundamental: ¿Cómo se puede cambiar la cultura de la organización?

Un instrumento interesante es la ecuación del cambio de Beckhard que dice que un cambio solo ocurre cuando $A + B + C > D$, donde: A corresponde a la insatisfacción con la situación actual; B, a la visión de futuro; C, a la claridad de los pasos que hay que dar para lograr el cambio, y D, a la resistencia natural al cambio en la organización ⁽¹¹⁵¹⁾.

Quienes dirigen el cambio deben trabajar de manera constante y simultánea en las tres primeras variables (A, B y C) para superar la resistencia, de modo que, para implantar el MACC, será necesario destacar los problemas y las características de la ESF actual que impiden o dificultan la atención de las condiciones crónicas (A); debatir, identificar y proponer una cultura organizacional que pueda responder eficazmente a las condiciones crónicas de los usuarios de la ESF y que permita construir una visión común, ampliamente aceptada y propicia para avanzar (B), y trabajar con todos los interesados en el diseño y puesta en marcha del MACC para dar los pasos necesarios para consolidar los avances y conseguir, definitivamente, la transformación cultural (C) ⁽¹¹⁴⁸⁾.

La esencia del cambio cultural está en desarrollar capacidad para diagnosticar la situación actual, con el fin de proponer un futuro mejor, en este caso, el MACC. Hay algunos instrumentos que pueden servir para hacer que se tome conciencia de la insatisfacción con el status quo (A) y para difundir la visión de futuro (B). Entre ellos están las tipologías de culturas organizacionales, como la de los dioses de la gestión ⁽¹¹⁵¹⁾ y la de Harrison ⁽¹¹⁵²⁾.

El análisis de las tipologías del cambio cultural afecta los componentes A y B de la ecuación de Beckhard, pero, si no están claros los pasos que hay que dar para implantar el MACC, esos componentes no serán suficientes para superar la resistencia natural al cambio. Es fundamental que, a partir del liderazgo, se den refuerzos positivos mediante mensajes claros de compromiso con el cambio y de que ese cambio es lo que realmente importa.

El cambio cultural tiene dos dimensiones fundamentales: la de las personas y la de los sistemas ⁽¹¹⁴⁸⁾. La primera involucra procesos de selección, de integración, de gestión de competencias, de incentivos y de gestión del desempeño alineados con la misión. Entre los sistemas, son importantes los de información y comunicación y los programas de calidad.

El liderazgo es indispensable para cambiar la cultura organizacional. Kouzes y Posner ⁽¹¹⁵³⁾ identificaron cinco comportamientos clave de los líderes relacionados con la gestión del cambio: crear una visión compartida del futuro (ítem A de la ecuación); afrontar la situación actual, asumiendo los riesgos de experimentar e innovar (ítem B de la ecuación); servir de modelo en el trayecto, colocándose como referentes de los valores que promueven y teniendo claros los pasos que hay que dar para lograr la visión (ítem C de la ecuación); facilitar el trabajo del equipo y crear capacidad para desarrollar un proyecto común, y reconocer los esfuerzos de todo el equipo, estimularlo a avanzar y a celebrar los avances. El líder del cambio cultural debe poder conseguir una respuesta sincrónica y unívoca de los integrantes de la organización, a la pregunta, ¿qué es lo realmente importante? ⁽¹¹⁴⁸⁾.

Una pregunta clave que hay que responderse ante el cambio cultural es: ¿Por qué hay que cambiar la cultura de la organización? Esa pregunta puede ir seguida de otra: ¿Es posible planificar ese cambio? En caso afirmativo: ¿Qué tipo de cambio se hará y con qué finalidad?

Algunas preguntas, cuando se dirigen a un equipo, ayudan a iniciar un proceso de cambio en la ESF: ¿Cómo describen la cultura actual de la ESF? ¿Cómo puede afectar la implantación del MACC la situación actual? ¿Es necesario cambiar la cultura prevaleciente? En caso afirmativo: ¿Qué cambios hay que hacer? ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Una cultura no existe en el vacío; es una entidad viva, establecida en un contexto determinado, y arraigada en personas. Un equipo de la ESF tiene una trayectoria con distintos valores, mitos, rituales y experiencias que habrá que reconocer y aceptar. Por lo tanto, es importante que en los procesos de cambio, se respete el pasado, se viva el presente y se trabaje el futuro ⁽¹¹⁵⁵⁾.

La cultura organizacional debe estar vinculada a la estrategia de cambio, que da contexto y dirección al trabajo. Bates propone cuatro tipos de estrategias de cambio que pueden aplicarse aisladamente o en combinación⁽¹¹⁵⁶⁾: la conformista, que perpetúa o se adapta a la situación existente; la deformadora, que destruye la situación existente; la reformadora, que busca eliminar la situación existente, y la transformadora, que pasa de la situación actual a una diferente⁽¹¹⁵⁴⁾.

Los distintos modelos de cambios son el de la transición, el desarrollo, la transformación y los sistemas adaptativos complejos⁽¹¹⁶⁰⁾. El modelo de transición se aplica por etapas: comprensión de la necesidad de cambio o descongelación; transición, que mueve a los participantes hacia un estado de planificación, e institucionalización de lo nuevo o recongelación. El modelo de cambio del desarrollo, genera un potencial de cambio que puede ser procesado o planificado. El modelo de la transformación implica pasar de la situación actual a algo totalmente nuevo en términos de estructura, procesos, cultura y estrategia y transcurre en fases: nacimiento, crecimiento, inestabilidad estable, caos, muerte y emergencia. El modelo de los sistemas adaptativos complejos consiste en redes de interesados que interactúan y en sistemas interconectados, cuyas características incluyen interdependencia e independencia.

La estrategia y los valores constituyen las principales palancas del proceso de cambio cultural y, por esa razón, deben complementarse⁽¹¹⁵⁷⁾.

A continuación surge otra pregunta: si hay que cambiar, ¿cómo hacerlo? La respuesta lleva a los diferentes abordajes del cambio: agresivo, que conlleva poder coercitivo, se centra en el conflicto, es imperativo, unilateral y termina con vencedores y vencidos; el conciliador, que busca la solución en grupo y tiene una actitud colaborativa e integradora en la que todos ganan; el corrosivo, que es político, busca coaliciones, no es planificado, pero es informal e incrementalista, y el doctrinador, que es normativo, reeducador y dirigido a la formación⁽¹¹⁵⁶⁾. Tales abordajes pueden utilizarse aisladamente o en combinación. Para muchos, la combinación ideal se encuentra en las organizaciones que aprenden y en conjuntos de individuos que luego perfeccionan su capacidad creativa para desarrollar nuevas habilidades, que llevan a nuevas percepciones que, a su vez, revolucionan creencias y opiniones. Una organización que aprende debe funcionar en un ambiente sin culpa, transparente, con buena comunicación entre sus miembros y con una filosofía centrada en las personas, ya sean miembros del equipo o, especialmente, usuarios de los servicios de salud⁽¹¹⁵⁸⁾.

El proceso de cambio lleva a la institución a una tensión creativa entre la situación actual y la que quiere lograr en el futuro, es decir, la visión. El liderazgo ejercido mediante la tensión creativa es diferente del estilo de resolución de problemas. En la

última, la energía para el cambio proviene de la intención de modificar un aspecto de la realidad actual que es indeseable. En la tensión creativa, la energía surge de la fuerza de la visión del futuro, de lo que se quiere crear yuxtapuesto con la realidad actual ⁽¹¹⁵⁵⁾.

El liderazgo es uno de los elementos más importantes en el proceso de cambio de una organización, ya que establece la visión, da la dirección e influye en el crecimiento del personal de manera que se pueda aprender a aprender, a crear, a innovar y a asumir riesgos para mejorar. Un buen liderazgo está basado en lo que se hace, más que en lo que se dice; trata a las personas como adultos responsables; celebra y comparte los éxitos, y considera que los errores son oportunidades de aprendizaje. El liderazgo tiene doble dirección y transformador ⁽¹¹⁴⁹⁾. Más aún, debe desempeñar un conjunto de funciones: la de diseñador, que significa anticipar la visión y los valores y comprender como las personas desean ser; la de maestro, que debe estimular al equipo, incluido el propio líder, y desarrollar una visión más profunda de la realidad actual, y la de gestor. Ese tipo de liderazgo puede suscitar algunas preguntas para el equipo de la ESF: ¿Dónde estamos ahora en relación a la atención de las condiciones crónicas? ¿Dónde deberíamos estar? ¿Cómo podremos llegar al MACC? ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Si no hay trabajo en equipo, no habrá cambio cultural. Aquí son válidas las consideraciones de capítulos anteriores acerca del trabajo de los equipos multidisciplinarios en la ESF.

Hay evidencia de que el mejor lugar para producir el cambio cultural es local. Esa afirmación se fundamenta en la creencia de que las personas y los grupos – por ejemplo, los equipos de la ESF – son, de hecho, los agentes reales del cambio, porque conocen las necesidades de los usuarios, entienden el contexto en que se desempeñan y, por lo tanto, tienen la riqueza de entendimiento que se requiere para cambiar ⁽¹¹⁶¹⁾. Una investigación realizada en 86 centros de salud del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido mostró que los programas de gestión de la clínica eran más eficaces cuando se aplicaban localmente, con base en proyectos ⁽¹¹⁶²⁾.

La implantación del MACC en la ESF es un cambio cultural que se producirá en un microcosmo social, aunque las organizaciones que participan son complejas. Para concretar la puesta en marcha del MACC será necesario tener una gestión eficaz del cambio, porque la función homeostática intensa dentro de las organizaciones de salud tiende a mantenerlas estables y a conservar el status quo ⁽¹¹⁵⁴⁾.

La gestión del cambio consta de procesos, instrumentos y técnicas para manejar los diversos aspectos del proceso, con el fin de lograr los resultados positivos previstos de la forma más eficaz posible. La gestión del cambio tiene por objeto hacer

un abordaje equilibrado de los aspectos técnicos y organizacionales, tratando de minimizar las resistencias potenciales para obtener una transformación más eficaz, completa y en menos tiempo ⁽¹¹⁶³⁾.

A pesar de que hay mucha bibliografía sobre la gestión del cambio, predomina entre los teóricos la opinión de que no existe una fórmula mágica para llevarla a cabo. La clave del cambio eficaz está en comprender que los programas de cambio no tienen un fin en sí mismos y que deben tomar en cuenta tanto a los interesados organizacionales como el contexto en que funcionan ⁽¹¹⁴⁹⁾. Kisil ⁽¹¹⁶⁴⁾, en un manual sobre cambios organizacionales en la salud dirigido a las secretarías municipales de salud, define un modelo de cambio organizacional que contiene seis elementos: saber las razones del cambio, administrar el proceso de cambio, realizar un diagnóstico organizacional, establecer la dirección del cambio, elaborar un plan estratégico y monitorear y evaluar el proceso de cambio. Todo cambio es un proceso que necesita gestión que, en general, hace necesario montar un equipo que tenga la capacidad de hacer un uso eficiente de su conocimiento y su información, ser creativo, trabajar en equipo, proyectar el futuro, ser flexible y adaptarse fácilmente a nuevos procesos, motivar a las personas involucradas, comunicarse muy bien, asumir riesgos y resolver conflictos ⁽¹¹⁶⁴⁾.

El equipo que lidere el cambio debe comenzar con un diagnóstico organizacional, en este caso, de la situación de la atención de las condiciones crónicas en la ESF, con el fin de conocer la situación actual. Para realizarlo se parte de la base de que su objetivo está claro; los recursos necesarios están definidos; el conjunto de variables que se estudiarán es conocido; la profundidad y duración del estudio están determinadas; el grupo de conducción tiene conocimientos técnicos, y se cuenta con la aprobación del nivel estratégico de la organización ⁽¹¹⁶⁴⁾.

En el caso de la implantación del MACC, el diagnóstico organizacional puede utilizar ciertos instrumentos para caracterizar la capacidad de atender las condiciones crónicas en las organizaciones de salud que ya se han utilizado en la APS. Entre ellos se destacan los propuestos por el CCM, el diagnóstico en la perspectiva del equipo, Evaluación de la Atención de las Enfermedades Crónicas (Assessment of Chronic Illness Care o ACIC) y Evaluación de la Atención de las Enfermedades Crónicas por el Paciente (Patient Assessment of Chronic Illness Care o PACIC) ⁽²⁸⁸⁾.

ACIC fue desarrollado por el Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos para aplicarlo al equipo de salud; en el caso del equipo de la ESF se podría usar para seleccionar lo que requiere mejorarse en la atención de las condiciones crónicas antes de iniciar la implantación del MACC y para monitorear y evaluar la naturaleza de las mejoras alcanzadas en función de la implantación del modelo. El instrumento

consiste en un cuestionario de siete partes definidas por el CCM: organización de la atención de salud; recursos de la comunidad; apoyo a las decisiones; diseño del sistema de prestación de servicios; sistema de información clínica, e integración de los componentes del CCM. La aplicación de ACIC permite obtener un puntaje final que refleja la capacidad del equipo de salud de atender las condiciones crónicas; se interpreta así: de 0 a 2, capacidad limitada; de 3 a 5, capacidad básica; de 6 a 8, capacidad razonablemente buena y de 9 a 11, capacidad excelente.

El PACIC mide la calidad de la atención de las condiciones crónicas, desde el punto de vista de los usuarios. Se trata de un cuestionario de 25 preguntas, que deben responder los usuarios para evaluar la dimensión de la atención que reciben en relación con sus condiciones crónicas y los presupuestos del CCM. Las preguntas se refieren a temas como el plan de cuidado, carácter proactivo del cuidado propio, intervenciones sobre factores de riesgo vinculados a comportamientos y estilos de vida, respeto a los valores de los usuarios, autocuidado, acceso a especialistas y monitoreo del cuidado. Cada pregunta se responde en una escala, como sigue: casi nunca, generalmente, algunas veces, la mayor parte de las veces y casi siempre.

Esos instrumentos fueron validados en los Estados Unidos y en varios otros países (Alemania, Dinamarca, España, Francia, Holanda, Japón y Tailandia) y hay evidencia de que permiten medir la calidad de la atención de las condiciones crónicas ^(1166, 1167, 1168, 1169, 1170).

La versión brasileña de esos instrumentos está en fase de validación transcultural en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, como parte del Laboratorio de Cuidados de las Condiciones Crónicas en la APS de ese municipio ⁽¹¹⁷¹⁾.

Una vez se termina el diagnóstico organizacional, se debe definir la dirección del cambio, es decir, hay que tener claro por qué hay que cambiar y el rumbo del cambio. En este caso, es la implantación del MACC en la ESF, centrado en la cultura organizacional que, de modo general, está orientada a la atención de condiciones y eventos agudos y a los procesos clínicos.

El próximo paso es definir la estrategia de cambio, de la cual hay varias que se utilizan en el cambio organizacional y son: de concentración, de estabilidad, de crecimiento y de reducción de gastos ⁽¹¹⁶⁴⁾. En el caso de la implantación del MACC en la ESF, se debe adoptar la primera estrategia, que se refiere a la concentración del quehacer institucional en la prestación de la atención primaria por medio de la ESF.

El proceso de cambio debe ser monitoreado y evaluado. En el caso de la implantación del MACC en la ESF, se pueden utilizar ACIC y PACIC en ambos procedimientos.

Para realizar una evaluación más rigurosa habrá que diseñar una investigación evaluativa, para lo cual es fundamental contar con indicadores de condiciones crónicas cuya evidencia indique que efectivamente evalúan los cambios que pretendía la aplicación del MACC. Los indicadores deben ser de estructura, procesos y resultados, pero habrá que tener cuidado de que esos indicadores estén en equilibrio, o sea, que los cambios en una parte del sistema de atención de salud no causen problemas en otras partes del mismo ⁽¹¹⁷²⁾.

La implantación del MACC en la ESF es un cambio significativo, pero no se trata de un cambio organizacional amplio. Es específico e identificable y se produce en el ámbito local de una secretaría municipal de salud para dar atención primaria de salud.

En el recuadro 31 se describen los indicadores de evaluación de la implantación del MACC en relación a la diabetes.

Recuadro 31: Indicadores de evaluación de la implantación del MACC relacionados con la condición crónica de diabetes

Para un programa de control de la diabetes, de conformidad con el MACC, se deben seleccionar los indicadores que se usarán periódicamente para evaluar el programa. La selección se hará a partir del subgrupo de población con esa condición registrado con un equipo de la ESF,

Se define como usuario o persona con diabetes aquella a quien se le diagnosticó diabetes tipo 1 o tipo 2, según la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Los indicadores de resultado pueden medir los resultados finales, por ejemplo, reducción de la mortalidad por diabetes, o los productos (que corresponden a resultados intermedios), como la reducción de la hemoglobina glucosilada.

Con el fin de lograr los resultados propuestos, habrá que organizar varios procesos clave en relación con los elementos del MACC. El monitoreo de los indicadores de proceso dirán si los cambios condujeron a una atención de salud de mejor calidad y si agregaron valor para las personas.

Algunos indicadores para evaluar la implantación del MACC en diabetes son:

- Promedio de hemoglobina glucosilada: $\leq 7\%$;
- Personas con diabetes con dos exámenes de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses: $> 90\%$;
- Plan de autocuidado elaborado en los últimos 12 meses: $> 70\%$;
- Uso de aspirina u otro agente trombolítico: $> 80\%$;
- Personas con diabetes con presión arterial $< 130/80$: $> 40\%$;
- Personas con diabetes con LDL < 100 : $> 70\%$;
- Personas tabaquistas con diabetes: $> 12\%$;
- Personas con diabetes con examen oftalmológico anual: $> 90\%$;
- Persona con diabetes con examen de los pies anual: $> 90\%$.

Fuente: Improving Chronic Illness Care ⁽¹¹⁷²⁾. Programa apoyado por la Fundación Robert Wood Johnson, con asistencia técnica de Group Health Cooperatives MacColl Institute for Healthcare Innovation.

El Laboratorio Innovaciones en Atención de las Condiciones Crónicas en la APS tiene un ejemplo de evaluación de la implantación del MACC en la ESF conducido

por la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, con apoyo del Departamento de Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Paraná. En esa investigación, de diseño cuasi-experimental, se seleccionaron 12 unidades de la ESF, 6 experimentales y 6 de control para hacer una evaluación longitudinal. También existe una unidad de la ESF piloto en la que se están probando varios instrumentos de intervención del MACC.

Hay diferentes técnicas que ayudan en la gestión del cambio en las organizaciones: la reingeniería de procesos, la gestión de la calidad total, la mejora continua de la calidad, la metodología de sistemas leves y el modelo de excelencia de los negocios ⁽¹¹⁴⁹⁾. Aquí se considerará el modelo de mejora, aplicado como proyecto colaborativo.

PROYECTO COLABORATIVO

La implantación del MACC en la ESF puede hacerse de varias maneras, pero se sugiere que sea por medio de procesos de cambio deliberados, respaldados por tecnologías de educación potentes.

Una buena propuesta de implantación de modelos para condiciones crónicas es la de la Serie de Avances Innovadores, desarrollada a partir de 1995, por el Institute for Healthcare Improvement, con base en un proceso de cambio ⁽¹¹⁷⁴⁾. Ese modelo, que está en continuo perfeccionamiento, se fundamenta en que la mejor manera de introducir cambios en los sistemas de atención de salud es mediante el aprendizaje colaborativo entre equipos de distintas organizaciones de salud. Este modelo puede aplicarse a la implantación del MACC en la ESF. La Serie de Avances Innovadores consta de cinco elementos esenciales: la selección del tema, el reclutamiento de facilitadores, la selección de las organizaciones participantes y de sus miembros, los talleres presenciales y los períodos de dispersión.

Una serie completa de aprendizaje puede durar de 6 a 15 meses e incorporar a muchos equipos de la ESF, de una misma o de varias secretarías municipales de salud, con miras a mejorar en temas de interés común. Cada uno de los proyectos se denomina de proyecto colaborativo.

El proceso requiere una combinación de expertos en temas clínicos y gestión, con el fin de hacer cambios significativos y parte de la base de que los procesos educacionales convencionales no generan cambios. Por lo tanto, para que puedan darse los cambios, es necesario que el proceso de aprendizaje, más o menos largo, articule talleres presenciales estructurados por principios educacionales sólidos de capacitación de adultos, con períodos de dispersión a continuación de los talleres.

En los períodos presenciales, los diferentes equipos de la ESF – que pueden ser de 10 a más de 100 –, se reúnen para aprender en conjunto y colaborativamente sobre el tema en cuestión y para planificar el período de dispersión, en el cual los miembros de cada equipo regresan a sus organizaciones para poner en práctica los cambios acordados en la planificación hecha durante el taller.

Una evaluación en la que participaron líderes del sector sanitario en los campos clínico, político y de gestión permitió seleccionar los factores clave para determinar qué habría que cambiar: la práctica clínica actual no está alineada con el conocimiento científico; algunas mejoras podrían producir resultados claramente positivos al aumentar la calidad de los servicios y reducir los costos de la atención de salud, y la eficacia de una mejora importante debe haber sido constatada por lo menos en una organización centinela. La aplicación de esos criterios llevó a la identificación de áreas prioritarias de cambio: la atención primaria, por ejemplo, del asma, del dolor lumbar, de los eventos adversos de los medicamentos, las prácticas de prescripción de los médicos, la reducción de los tiempos de espera y otras.

Los temas se seleccionan de entre los que ya estén maduros para mejorar; es el caso de la atención de las condiciones crónicas en la ESF. Luego, se recluta de 5 a 15 profesionales con capacidad de facilitar el proceso educacional, entre los que habrá especialistas en educación y en clínica, además de profesionales con experiencias exitosas; uno de esos facilitadores coordinará el proyecto colaborativo. A continuación se seleccionan las organizaciones participantes, que deben nombrar un equipo multidisciplinario con capacidad de aprender, de implantar un proyecto-piloto y de ampliar ese proyecto. Los talleres presenciales son intervenciones educacionales en los que participan facilitadores y equipos de la ESF de las diferentes organizaciones integradas al proyecto. Los períodos de dispersión son aquellos en que deben llevarse a cabo las intervenciones planificadas en los talleres presenciales; en esta fase es obligatorio trabajar con indicadores que midan los cambios esperados. Durante todo el trabajo se emiten informes mensuales sobre el impacto de los cambios, que se comparten con todos los participantes de todas las organizaciones, idealmente por la Web.

MODELO DE MEJORA

Los participantes de un proyecto colaborativo funcionan con un modelo de mejora (MM) para poner en marcha los cambios (Figura 23). Ese modelo está asociado a un concepto importante de microsistemas clínicos, definidos como pequeños grupos de personas que trabajan juntas de forma cotidiana para proporcionar atención y los individuos que reciben esa atención y que son reconocidos como un subgrupo de

población definido. Ese microsistema clínico es el lugar de encuentro de profesionales de salud, usuarios y familias ⁽¹¹⁷⁵⁾.

El concepto de microsistema clínico se deriva del conocimiento empírico de que las organizaciones exitosas consisten en pequeñas unidades replicables que se conectan por su competencia central en beneficio de los clientes ⁽¹¹⁷⁶⁾.

Un microsistema clínico consta de una población con necesidades, procesos interconectados y un ambiente en el que se comparte la información y se otorgan servicios que deben medirse en función de los resultados del desempeño. Los microsistemas evolucionan a lo largo del tiempo y son parte de una organización más grande. Como cualquier sistema vivo y adaptativo, el microsistema clínico debe hacer su trabajo, satisfacer las necesidades de los profesionales de salud y de su población y mantener una unidad clínica ⁽⁸⁵⁵⁾.

En un microsistema clínico los insumos son las personas con necesidades, que son atendidas por un equipo de salud por medio de procesos clínicos; los resultados intermedios son las personas con sus necesidades atendidas. Aplicado a la atención de las condiciones crónicas en la ESF, el microsistema clínico tiene un subgrupo de población adscrita constituido por individuos con condiciones crónicas que recibe atención de un equipo multidisciplinario con base en una estructura y procesos definidos en el MACC; así se atienden sus necesidades.

El microsistema clínico es parte de una macroorganización que lo contiene. Un equipo de la ESF constituye un microsistema clínico de la macroorganización que es la secretaría municipal de salud.

En un microsistema clínico, es fundamental concentrarse en prestar atención de forma eficaz, eficiente y dirigida a las necesidades de la población adscrita. Hay investigaciones en las que se demostró que debe construirse la capacidad de trabajar con los microsistemas clínicos, para lo cual se necesita: reconocer la unidad de trabajo como microsistema; establecer prioridades que den equilibrio a las necesidades de la macroorganización y de los microsistemas; gestionar los cambios; involucrar a todo el equipo, y ejercer la coordinación dentro del microsistema y entre diversos microsistemas. El modelo de mejora puede facilitar todo lo anterior ⁽¹¹⁷⁷⁾.

El MM se basa en el supuesto de que los cambios organizacionales no se dan a menos que alguien tome la iniciativa y que tengan impacto positivo y significativo a lo largo del tiempo. Es importante saber que toda mejora requiere cambio, pero que no todo cambio resulta en mejora ⁽¹¹⁷⁸⁾. Este método es útil por su rapidez, facilidad de uso, eficiencia, eficacia, costo más bajo, seguridad, etc. Así, los cambios resultan

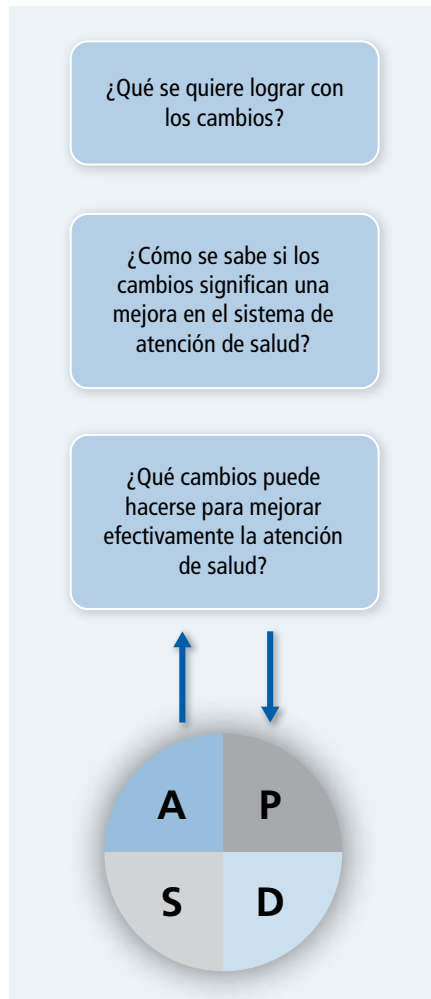
en mejoras cuando alteran la manera de realizar el trabajo o la actividad o la composición de un producto; producen diferencias visibles y positivas en los resultados comparados con los patrones históricos, y su impacto es duradero ⁽¹¹⁷⁸⁾.

El MM tiene como fundamento cinco principios centrales. Los dos primeros son entender porque se necesita cambiar y disponer de un sistema que muestre que la mejora está ocurriendo. Muchos cambios resultan ser simplemente más de lo mismo. El tercer principio es que el cambio culmine en una mejora, para lo cual hay que saber si la propuesta efectivamente llevará a algo mejor. El cuarto principio es poner a prueba el cambio antes de aplicarlo en mayor escala, planificar esa prueba, ponerla en marcha, analizar los resultados, resumir lo aprendido y decidir qué medidas se justifican con base en lo aprendido. Este último es difícil en el sistema público de salud brasileño, porque, en general, hay una resistencia enorme a los proyectos piloto, especialmente por parte de gestores políticos. El quinto principio se trata de poner en marcha el cambio, cuyo gran riesgo es que no sea sostenible.

La estructura del MM se presta para operacionalizar sus cinco principios centrales; tres puntos fundamentales que dirigen las mejoras y el ciclo PDSA* (del inglés plan, do, study, act, es decir, planificar, hacer, estudiar y actuar). Las tres preguntas, aplicadas al campo de la salud, son: ¿Qué se quiere lograr con los cambios? ¿Cómo se sabe si los cambios significan una mejora para la atención de salud? ¿Qué cambios puede hacerse para mejorar efectivamente la atención de salud? Esas tres preguntas se refieren a los tres primeros principios centrales del MM y pueden responderse en cualquier orden.

* El ciclo PDSA fue desarrollado por Walter A. Shewart en la década de 1920, pero se dio conocer como ciclo de Deming en la de 1950, por haber sido ampliamente difundido por ese autor. Es una técnica sencilla para el control de los procesos y puede usarse de forma continua para la gestión de las actividades de una organización. Se compone de un conjunto de medidas cuya secuencia está dada por el orden de las letras que componen la sigla en inglés: P (plan: planificar: ¿Qué? ¿Por qué? ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo obtener los datos?), D (do: hacer, llevar a cabo el plan, documentar problemas y soluciones e iniciar el análisis de los datos), S (study: estudiar, completar el análisis de los datos, comparar los datos con las predicciones, sintetizar el aprendizaje), y A (act: actuar, actuar correctivamente: ¿Qué cambios hay que hacer? ¿Cuál es el próximo ciclo?).

Figura 23: Modelo de Mejora



Fuente: Associates in Process Improvement ⁽¹¹⁷⁹⁾

La pregunta acerca de qué se quiere lograr con los cambios requiere que se definan, por escrito, los objetivos que se desea alcanzar en relación a una determinada población; que se establezcan indicadores medibles para esos objetivos, y se monte un sistema de monitoreo de esos indicadores para determinar si los cambios realizados efectivamente llevan a los resultados deseados. Para responder la pregunta sobre cómo se sabe si los cambios significan una mejora de la atención de salud, la respuesta debe mostrar que los objetivos e indicadores definidos son componentes

clave de la atención de salud y que hay un monitoreo adecuado de esos indicadores, por lo menos, para cinco mediciones. Con respecto a la pregunta acerca de qué cambio puede hacerse para mejorar efectivamente la atención de salud, la respuesta debe incluir el análisis de su coherencia con los elementos del MACC y con cuatro criterios: ¿Contribuyen a mejorar la atención de las condiciones crónicas en la ESF? ¿Abarcan intervenciones eficaces de cambios de comportamiento en la ESF? ¿Incluyen el autocuidado apoyado en la ESF? ¿Monitorean las metas definidas en los planes de cuidado en la ESF?

Una vez respondidas esas cuatro preguntas, se utiliza el ciclo PDSA para facilitar la implantación de los cambios identificados.

El ciclo PDSA es un instrumento para obtener conocimiento y actuar. En el MM se usa en para juntar conocimiento que ayude a responder cualquiera de las tres preguntas esenciales del modelo, probar y poner en práctica un cambio. El MM es un abordaje interactivo, que consiste en probar y aprender para mejorar, es decir, es un ciclo interactivo de aprendizaje. Puede haber mejoras sin el PDSA, pero los cambios intencionales y complejos, como la implantación del MACC en la ESF, en general, requieren más de un ciclo de ese instrumento. Es deseable pasar por ciclos secuenciales del PDSA, primero en pequeña escala para reducir los riesgos y luego mediante una ampliación gradual. En el caso de la implantación del MACC en la ESF, por cierto, se utilizaran ciclos secuenciales.

En el MM, la finalización de cada ciclo del PDSA inmediatamente lleva al equipo que está conduciendo los cambios a iniciar un nuevo ciclo, que debe responder a las siguientes preguntas: ¿Qué funcionó y qué no funcionó? ¿Qué elementos habrá que introducir, qué deberá modificarse y qué habrá que descartar? Frecuentemente, un equipo pone a prueba más de un cambio al mismo tiempo, lo que exige la implantación simultánea de varios ciclos. En el recuadro 32 se muestra una planilla que facilita la utilización del MM.

Recuadro 32: Planilla del Modelo de Mejora

Nombre del equipo: _____

Miembros del equipo: _____

1. Líder: _____ 5. _____

2. Facilitador: _____ 6. _____

3. _____ 7. _____

4. _____ 8. _____

Conductor: _____ Día y horario de la reunión: _____

Lugar: _____

Planificación del cambio

Las preguntas 1 a 3 son de carácter macro y las 4 a 9 son más específicas.

1. OBJETIVO: ¿Qué queremos lograr?
2. INDICADORES: ¿Cómo sabemos que un cambio significa una mejora?
3. CAMBIOS POSIBLES: ¿Qué cambios debemos hacer para lograr las mejoras?
4. PLANIFICAR: ¿Cómo planificamos el proyecto piloto? ¿Quién hace qué y cuándo? ¿Qué recursos, instrumentos y capacitaciones son importantes? ¿Cuáles son los datos de línea de base que habrá que obtener? ¿Cómo sabemos que el cambio constituirá efectivamente una mejora?

Tareas a desempeñar para provocar el cambio	Quién	Cuándo	Recursos, instrumentos y capacitaciones necesarias	Indicadores

5. HACER: ¿Qué estamos aprendiendo del proyecto piloto? ¿Qué ocurrió durante la marcha del proyecto piloto? ¿Qué problemas surgieron? ¿Qué sorpresas se detectaron?

6. CONTROLAR: ¿Qué ocurrió en nuestro estudio? ¿Qué aprendimos? ¿Qué muestran los indicadores?

7. ACTUAR: en función de los resultados obtenidos, ¿qué necesitamos hacer? Los cambios, ¿requieren ser modificados? Hagamos un plan para el próximo ciclo de cambio.

Recuadro 32: Planilla del Modelo de Mejora

8. **ESTANDARIZAR:** una vez que el resultado del PDSA llevó a una buena práctica, habrá que estandarizarla. Eso significa que la nueva práctica se introducirá en el trabajo cotidiano de la organización, hasta que surja la necesidad de volver a cambiarla.

9. **COMPENSACIÓN:** ¿Qué ayudó al equipo en el pasado a cambiar comportamientos y hacer lo correcto? ¿Qué tipo de ambiente organizacional ha apoyado la estandarización de los cambios? En la introducción de la nueva práctica, ¿se tomaron en cuenta los comportamientos, actitudes y valores de los profesionales de salud?

Fuente: Adaptado de Dartmouth Medical School/Center for the Evaluative Clinical Sciences/Institute for Healthcare Improvement⁽⁸⁵⁵⁾.

Hay algunos instrumentos que sirven de apoyo al PDSA. En la planificación (P) pueden ser útiles los mapas estratégicos, los diagramas de causa y efecto, de espina de pescado y de Pareto, además del grado de viabilidad, la matriz 5W2H y el mapeo de procesos. En el hacer (D), los diagramas de flujo y la matriz de operacionalización del proceso crítico. En el estudiar (S), las planillas de verificación, las cartas de control y la matriz para monitoreo de procesos. En el actuar (A), la matriz para evaluar los resultados.

Las mejoras alcanzadas deben difundirse, es decir, habrá que ponerlas en práctica en otras organizaciones, para lo cual hay que disponer de una estructura de difusión con: liderazgo fuerte; descripción de las ideas que serán difundidas y de la evidencia que respalda su superioridad; un plan de difusión que abarque planes de comunicación, medición y trabajo; un sistema social, fundamentado en la comunicación, que atraiga adeptos y comparta los contenidos técnicos necesarios para realizar las mejoras; un sistema de medición, retroalimentación y gestión del conocimiento para monitorear el trabajo de diseminación y para facilitar a otras organizaciones la adopción de los cambios.

Para el funcionamiento del MM, es imprescindible que las personas que participan en el proceso tengan algunas habilidades; esto es especialmente cierto sobre el equipo de conducción. Es fundamental tener conocimiento específico sobre el tema del cambio. En este caso, es esencial que las personas involucradas dominen el MACC y los principios de la ESF, aunque hay otros conocimientos que también son indispensables: para respaldar el cambio con datos, habrá que saber cómo utilizarlos para orientar la mejora; respecto al desarrollo de los cambios, es necesario saber qué se debe tener en cuenta para realizar un cambio con impacto positivo de largo plazo; para poner a prueba el cambio, habrá que saber por qué tal paso es necesario; en la implementación de los cambios, qué se puede hacer para tener un impacto positivo de largo plazo; en la diseminación de mejoras, cómo ampliar el

impacto de un cambio exitoso. Finalmente, en el aspecto humano, cómo afectaron los cambios a las personas.

El conocimiento acerca de cómo realizar los cambios es importante. Deming propuso el sistema de conocimiento profundo, en que interactúan la visión sistémica, el conocimiento de la variación, la teoría del conocimiento y la psicología relacionada a los aspectos humanos del cambio

La implantación del MM en la ESF puede hacerse en tres talleres presenciales, seguidos de períodos de dispersión para implantar los cambios propuestos en el mundo real de la ESF. En el primer taller, el objetivo será discutir el MM, presentar el MACC y preparar los ciclos de implantación de los cambios que se harán efectivos en el período de dispersión. En el segundo taller, los objetivos son profundizar el conocimiento de los niveles del MACC, con hincapié en los niveles 2 a 5 y algunos de los elementos del CCM incorporados al MACC: diseño del sistema de prestación de servicios, apoyo a las decisiones, sistema de información clínica y autocuidado apoyado, sistema de monitoreo y evaluación de los cambios, detalles de los recursos de la comunidad, introducción del concepto de diseminación de la información sobre los cambios y preparación de los ciclos de implantación de cambios que tendrán lugar en el período de dispersión. En el tercer taller se redefinen los planes de mejora de la atención de las condiciones crónicas, se ponen en marcha las estrategias de difusión de los cambios, se eligen y trabajan los temas clínicos clave que sustentan los cambios y se preparan los ciclos de implantación para el período de dispersión. Las acciones planificadas en los talleres presenciales se aplican por medio de los ciclos del PDSA.

Los resultados de la aplicación del modelo de mejora, en conjunto con una filosofía educativa de “todos enseñan, todos aprenden”, en centenas de proyectos colaborativos en marcha en varios países son muy favorables a la reducción de efectos adversos de medicamentos, control de la hipertensión, control de embarazadas de alto riesgo, control de glucemia en personas con diabetes, reducción del tiempo de espera en la APS, tratamiento del cáncer, control de la tuberculosis, cuidados intensivos y reducción de los costos de la atención de salud.

El método de avances innovadores, en combinación con la misma filosofía “todos enseñan, todos aprenden”, tuvo resultados impresionantes en muchos sistemas de atención de salud en los Estados Unidos, Canadá y Europa. En la organización OSF Healthcare se redujeron las reacciones adversas a los medicamentos en 75%. El Bureau of Primary Care de los Estados Unidos puso en práctica un proyecto colaborativo para 12 millones de estadounidenses, que resultó en un aumento de la meta nacional de las pruebas de hemoglobina glucosilada de 300% en esa población. El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido lanzó un proyecto de mejora que abarcó aproximadamente 1.000 centros

de salud, con cobertura de 18,2 millones de usuarios, y pudo reducir las listas de espera en 60%. La metodología fue aplicada por Partners in Health en el Perú donde se logró aumentar la tasa de cura de la tuberculosis a 80%, muy superior al promedio nacional.

En el recuadro 33 se muestra la utilización de un ciclo PDSA en la implantación del modelo de atención crónica que utilizó el modelo de mejora.

Recuadro 33: Ejemplo de utilización de un ciclo de PDSA en el Centro de Salud Rocky Road

P: El equipo de salud del centro de salud entendió que la introducción de un registro de personas con diabetes podría aumentar el porcentaje de personas que se hacían la prueba de hemoglobina glucosilada corrientemente. Se elaboraron protocolos clínicos para monitorear la glicemia por medio de la hemoglobina glucosilada y para el autocuidado mediante el monitoreo de la glucemia.

D: Se elaboró el registro de personas con diabetes y se puso a prueba por dos semanas con la participación de personal de enfermería y personas con la condición de salud que aceptaron participar. Fue necesario revisar el sistema de información clínica sobre diabetes.

S: El tiempo para completar la información de las personas con diabetes aumentó de 1 a 2 minutos y el tiempo para entrar esos datos al sistema de información clínica, 3 minutos más. Con el nuevo sistema, el tiempo de espera de las personas con diabetes aumentó en 8 minutos. Originalmente, solo la mitad de las personas con diabetes tenían buenos niveles de hemoglobina glucosilada; después de la introducción de los cambios, todas las personas tuvieron buenos resultados.

A: Después de una reunión con el director del centro, se introdujeron cambios en el sistema de registro de las personas con diabetes, mediante una solución desarrollada por una red de centros de salud de otro estado. Se hizo también una revisión del registro de las personas con diabetes para disminuir el tiempo que requería el nuevo sistema.

Fuente: Health Disparities Collaboratives

DISEÑO DEL PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DEL MACC EN LA ESF

El proceso de implantación del MACC en la ESF deberá tener, en una organización en particular, la estructura de un proyecto de duración finita.

Es fundamental organizar a los equipos que van a trabajar en el proyecto. Habrá que seleccionar a las personas idóneas, que representan diferentes partes de la organización.

Los equipos eficaces tienen tres tipos de pericia: liderazgo de alto rango, pericia técnica y liderazgo cotidiano. En la figura 24 se ilustra un proyecto potencial.

1 . Grupo de conducción del proyecto

Será constituido por personal de alto rango de la SMS con responsabilidades políticas o conocimiento de los programas de atención de las condiciones crónicas o ambos.

2 . Grupos programáticos

Serán constituidos por funcionarios de la SMS, de diferente grado jerárquico, que tengan responsabilidad o conocimiento o ambos, de cada uno de los programas relativos a las condiciones crónicas seleccionadas en los diversos ámbitos institucionales (por ejemplo, central, distrital y local). Además, los funcionarios deberán tener algo de conocimiento o experiencia en medicina basada en evidencia y elaboración de directrices clínicas. Esos grupos podrán organizarse según grandes temas, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades renales crónicas, enfermedades respiratorias crónicas, atención del adulto mayor, etc.

Los grupos programáticos componen la estructura vertical del proyecto y tienen la función principal de revisar las directrices clínicas de las condiciones de salud seleccionadas, con base en evidencia científica, y adaptarlas a las demandas singulares del modelo de atención de las condiciones crónicas. A partir de las directrices clínicas revisadas, el grupo deberá diseñar el programa y sus indicadores y definir los modelos de monitoreo y evaluación. Además, deberán establecer parámetros de base poblacional para orientar la programación.

3 . Grupos temáticos

Estos son grupos constituidos por funcionarios de la SMS que tengan responsabilidad o conocimientos de cada uno de los elementos fundamentales del MACC en los diversos ámbitos institucionales (central, distrital y local).

En función del modelo teórico que se aplique, podrían constituirse los siguientes grupos temáticos:

- promoción de la salud, que trabajará el nivel 1 del MACC
- prevención de las condiciones de salud, que trabajará el nivel 2 del MACC
- tecnologías psicológicas relativas a cambios de comportamientos, que son fundamentales para el manejo de las condiciones crónicas en el MACC
- diseño del sistema de prestación de servicios para trabajar ese elemento específico del CCM
- autocuidado apoyado, trabajará ese elemento específico del CCM
- sistema de información clínica, trabajará ese elemento específico del CCM

- educación permanente y educación en salud, trabajará el elemento de apoyo a las decisiones del CCM y podrá dividirse en dos, si se considera más apropiado para su funcionamiento
- relaciones con la comunidad, trabajará ese elemento específico del CCM

Los grupos temáticos deberán desarrollar, a partir de trabajos ya en marcha en la organización o de modelos de otras organizaciones, las propuestas de intervenciones en esos elementos del modelo de atención de las condiciones crónicas, adaptados a la situación local de la SMS.

4 . Consultores externos

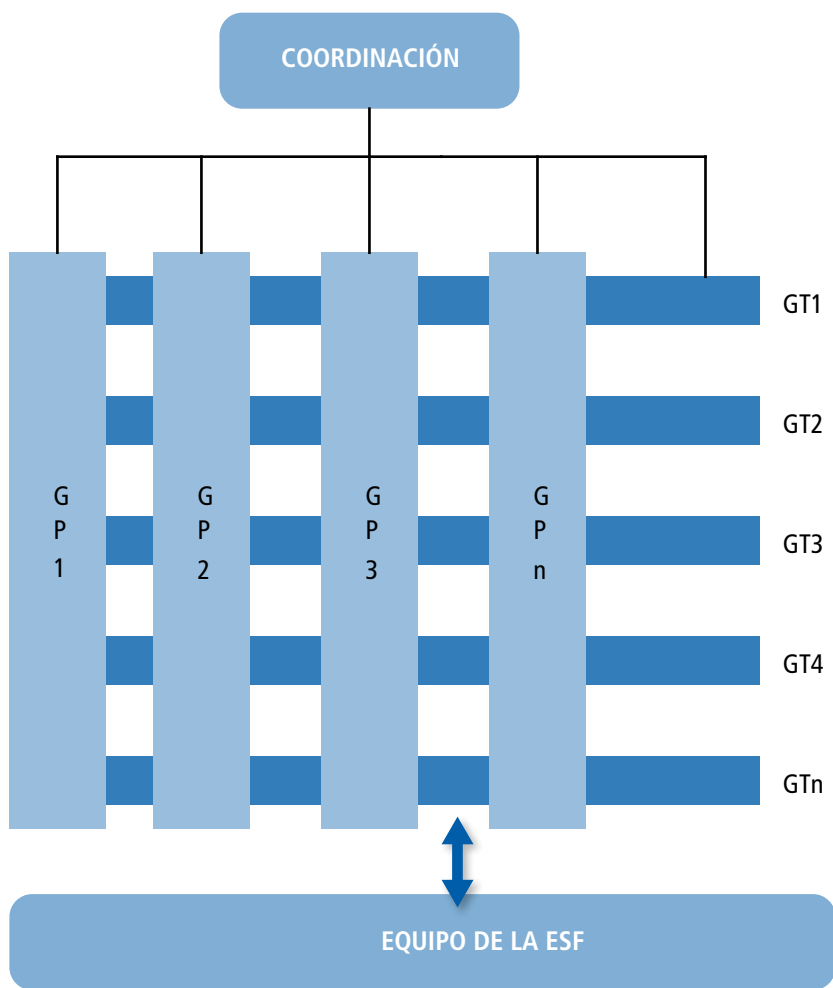
Como algunas intervenciones propuestas por el MACC conllevan cambios fuertes a los modelos en funcionamiento, y tales propuestas aún no forman parte del SUS ni han sido evaluadas en ese ámbito, podría ser útil contar con el apoyo de consultores externos en ciertos elementos del MACC, que puedan aportar su pericia en temas específicos.

La organización deberá evaluar la necesidad del aporte de consultores externos frente a los gastos adicionales que la consultoría ocasione.

5 . Equipos locales

Los equipos locales son los de la ESF, que son responsables – con el apoyo de los grupos de conducción, programáticos y temáticos y consultores externos – de la implantación del MACC. Esos equipos deben ser multidisciplinarios e incorporar técnicos de las áreas clínica, de apoyo y administrativa.

Figura 24: Estructura del proyecto de desarrollo e implantación del MACC



GP, grupo programático; GT, grupo temático

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL MACC EN LA ESF

Esta lista de verificación puede ser útil para determinar si un proyecto es adecuado para implantar el MACC en la ESF, ya que se elaboró a partir de los elementos fundamentales del modelo.

1. DIRECTRICES CLÍNICAS

- 1.1. Elaboración o revisión de la directriz clínica de la condición crónica, con estratificación de riesgos
- 1.2. Elaboración del plan de implantación de la directriz clínica en la ESF
- 1.3. Elaboración de la planilla de programación con base en parámetros epidemiológicos y su introducción en la directriz clínica
- 1.4. Selección de eventos centinela relativos a la condición crónica
- 1.5. Diseño del sistema de monitoreo y evaluación del programa de control de la condición crónica

2. PREVENCIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD

- 2.1. Elaboración o actualización e implantación del programa antitabaco en la ESF
- 2.2. Elaboración o actualización e implantación del programa de reeducación alimentaria en la ESF
- 2.3. Elaboración o actualización e implantación del programa de actividad física en la ESF
- 2.4. Elaboración o actualización e implantación del programa de control del consumo de alcohol en la ESF
- 2.5. Elaboración o actualización e implantación del programa de manejo del estrés en la ESF

3. GRUPO DE TECNOLOGÍAS DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

- 3.1. Elaboración y publicación de manual sobre tecnologías de cambio de comportamiento
- 3.2. Implantación del manual sobre tecnologías de cambio de comportamiento en la ESF

4. DISEÑO DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- 4.1. Elaboración, a partir de la directriz clínica, de la planta de personal del equipo de la ESF para el trabajo multidisciplinario
- 4.2. Elaboración e implantación de la propuesta de atención en grupo en la ESF
- 4.3. Elaboración e implantación de la propuesta de atención continua en la ESF
- 4.4. Elaboración e implantación de la propuesta de atención por pares en la ESF
- 4.5. Elaboración e implantación de la propuesta de trabajo conjunto de generalistas y especialistas

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA

- 5.1. Diseño e implantación de una historia clínica familiar automatizada en la ESF
- 5.2. Incorporación en la historia clínica del registro de personas con condiciones crónicas, por riesgo
- 5.3. Incorporación en la historia clínica del registro de personas que fuman, con sobrepeso u obesidad, que no realizan actividad física, consumen alcohol en exceso y tiene alimentación inadecuada
- 5.4. Incorporación en la historia clínica del sistema de monitoreo de la condición crónica

- 5.5. Incorporación en la historia clínica de espacio para registrar la elaboración y monitoreo del plan de cuidado
- 5.6. Incorporación en la historia clínica de espacio para registrar la elaboración y monitoreo del plan de autocuidado
- 5.7. Incluir en la historia clínica la capacidad de generar alertas, recordatorios y retroalimentación relacionados con la condición crónica
- 5.8. Estudio de viabilidad de un sistema de atención electrónica (de acceso en línea para resultados de exámenes, prescripción de medicamentos de uso continuo y acceso a materiales educativos relacionados con la condición crónica)
- 5.9. Elaboración o actualización del registro de las familias adscritas a los equipos de la ESF
- 5.10. Incorporación en la historia clínica de los instrumentos de abordaje familiar (clasificación de riesgo familiar, genograma y otros)

6. EDUCACIÓN PERMANENTE

- 6.1. Elaboración de una propuesta de educación permanente para los equipos de la ESF, que sea específica para adultos y se lleve a cabo en tiempo protegido
- 6.2. Capacitación de los equipos de la ESF en la directriz clínica de la condición crónica
- 6.3. Elaboración de material educativo para los usuarios con condiciones crónicas con base en la directriz clínica

7. TELEASISTENCIA

- 7.1. Definición del modelo de segunda opinión a distancia para generalistas y especialistas
- 7.2. Definición del modelo de atención a distancia (por ejemplo, electrocardiogramas)

8. AUTOCUIDADO APOYADO

- 8.1. Definición del modelo de plan de autocuidado
- 8.2. Elaboración de un sistema de apoyo material dado por el equipo de la ESF para el autocuidado de la condición crónica (medicamentos, equipos, recursos de la comunidad, etc.)
- 8.3. Elaboración de un sistema de monitoreo del plan de autocuidado apoyado para el usuario afectado y el equipo de la ESF
- 8.4. Elaboración de carpetas tipo semáforo (con señales verde, amarilla y rojo) para el autocuidado de la condición crónica
- 8.5. Utilización rutinaria del instrumento de evaluación de la capacidad de las personas para el autocuidado de la condición crónica
- 8.6. Utilización rutinaria del instrumento de autoevaluación del equipo de la ESF en el autocuidado apoyado

9. RELACIONES CON LA COMUNIDAD

- 9.1. Elaboración de un sistema de identificación de recursos comunitarios en la zona de cobertura de la unidad de la ESF para dar apoyo al programa de control de la condición crónica
- 9.2. Elaboración de un sistema de institucionalización de alianzas entre la unidad de la ESF y las instituciones comunitarias para dar apoyo local al programa de control de la condición crónica
- 9.3. Participación conjunta en proyectos intersectoriales en el área de cobertura de la unidad de ESF

10. GESTIÓN DE LA CLÍNICA

- 10.1. Garantía de un gerente de nivel superior a tiempo completo en la unidad de la ESF
- 10.2. Elaboración e implantación de un sistema de gestión de los riesgos de la atención en la ESF

- 10.3. Elaboración e implantación en la ESF de un sistema de programación local con base en los parámetros de la directriz clínica de la condición crónica
- 10.4. Elaboración e implantación de un sistema de monitoreo y evaluación de la programación en la ESF
- 10.5. Elaboración e implantación de contratos de gestión con los equipos de la ESF con pago por desempeño
- 10.6. Definición de criterios para la gestión de caso de la condición crónica
- 10.7. Elaboración de un modelo de gestión de caso para la condición crónica
- 10.8. Capacitación del equipo de la ESF para la gestión de caso

11. INFRAESTRUCTURA

- 11.1. Garantía de consultorios individuales para el equipo multiprofesional de la ESF
- 11.2. Garantía de una sala adecuada para reunión de grupos
- 11.3. Garantía de todos los materiales y equipos indicados en la directriz clínica de la condición crónica
- 11.4. Garantía de ambientes adecuados para los servicios previstos en la directriz clínica de la condición crónica (sala de vacunas, sala de toma de muestras y otros)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2007.
2. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997; 127:1097-1102.
3. Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract.* 1998; 1: 2-4.
4. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
5. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
6. Lorig K, Holman HR, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3rded. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
8. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318; 2007.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE; 2010.
10. Malta DC. Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; 2011.
11. Schramm JMA, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004; 9: 897-908.
12. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Vigitel 2007. Brasília: SVS/Ministério da Saúde; 2009.
13. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO/ Public Health Agency of Canada; 2005.
14. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 2^a ed; 1999.
15. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.
16. Frenk J. La transición epidemiologica en America Latina. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 1991; 111: 458-496.

17. Coleman CF, Wagner E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: Bengoa, R, Nuño, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
18. Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: Conference of Bonn; 2007.
19. Edwards N, Hensher M, Werneke U. Changing hospital systems. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. (Editors). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
20. Bengoa, R. Curar y cuidar. In: Bengoa, R, Nuño, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
22. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. National Diabetes Statistics. 2007 [acceso em 10 nov 2010]. Disponível em <http://www.diabetes.niddk.nih.gov/>.
23. Barr CE, Bouwman MD, Lobeck F. Disease state considerations. In: Todd WE, Nash D. Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc; 1996.
24. Dominguez, BC. Controle ainda é baixo no Brasil. RADIS. 2007; 59:11.
25. Chaves, SR, Costa, RT, Dias, RB, Nonato, SM, Abrão N.J. Modelo de implantação e operação do modelo cuidador da Unimed Federação Minas em núcleos de atenção à saúde. In: Campos, EF, Gontijo MCF, Chaves SR, Dias RB, Costa RT. Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.
26. World Health Organization. Health Statistics 2010 [acceso em 22 de novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.who.org/>.
27. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman; 2009.
28. Pricewaterhouse Coopers Health Research Institute. The price of excess: identifying waste in healthcare spending. 2009 [acceso em 12 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml/>
29. NRHI Health Payment Reform Summit. From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh: Network for Regional Healthcare Improvement; 2008.
30. Health Council of Canada. Value for money: making Canadian health care stronger. 2009 [acceso em 12 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.canadavalueshealth.ca/>.
31. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington: The National Academies Press; 2001.
32. Nunes FA, Balaciano MI, Arruda MAN, Silva JCQ, Nunan BA, Alves MLR et al. Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal: melhorando a atenção à saúde e a gestão

- da rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Documento não publicado. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2010.
33. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiència, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2009 [acesso em 14 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 2, Article 2. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/2/>
 34. Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennat CC. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 1999; 319: 676-682.
 35. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag. Care Q*. 1999; 7:56-66.
 36. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt. Comm. J. Qual. Improv*. 2001; 27: 63-80.
 37. Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA, et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur. Heart J*. 2002; 23:139-146, 2002.
 38. Unutzer J, Katon W, Calahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2002; 288: 2836-2845.
 39. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289: 3145-3151.
 40. Polonsky WH, Earles J, Smith S, Pease DJ, MacMillan M, Christensen R et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized controlled trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care*. 2003; 26: 3048-3053.
 41. Katon WJ, Von Korff M, Lin EHB, Simon G, Lindman E, Russo J et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004; 61: 1042-1049.
 42. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, Thomson C. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam. Pract*. 2004; 21: 39-45.
 43. Singh D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2005.
 44. Nuño RS. Exploración conceptual de la atención integrada. In: Bengoa R, Nuño RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
 45. Tufts Managed Care Institute. Population-based health care: definitions and applications. 2000 [acesso em 16 de setembro de 2008]. Disponível em http://www.thci.org/downloads/topic11_00.pdf
 46. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

47. Mills A. Vertical VS horizontal programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Sciences & Medicine*. 1983; 17:1971-1981.
48. World Health Organization. Integration of health care delivery: report of a WHO study group. Geneva: WHO/Technical Report Series nº 861; 1996.
49. Cruz VKO, Kurowski C, Mills A. Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*. 2003; 15: 67-86.
50. Atun RA. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network. 2004 [acesso em 16 de setembro de 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>
51. Ooms G, Damme WV, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. The diagonal approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? *Globalization and Health*. 2008; 4:6.
52. Marques AJS, Cordeiro Junior W, Santos Junior R, Colares YF, Alves L. Rede de urgência e emergência. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HOL (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
53. Penn D, Bond CJ, Bennett NG, Bolam RA, Bonney V, Dain HG, et al. Interim report on the future provision of medical and allied services. London: Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services. 1920 [acesso em 28 de novembro de 2008]. Disponível em <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>
54. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bethesda: Science and Health Publications; 1910.
55. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP; 1985.
56. Lakhani M, Bauer M, Field S. The future of general practice: a roadmap. London: Royal College of General Practitioners; 2007.
57. Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; 2:101-108.
58. Organização Mundial da Saúde/Unicef. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef; 1979.
59. Vuori H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*. 1984; 6:221-231.
60. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
61. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Sciences and Medicine*. 1986; 22:1001-1013.
62. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N.Engl.J.Med*. 1979; 301: 967-974.

63. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim Report. Washington: The National Academies Press; 1994.
64. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007
65. Saltman RS, Rico A, Boerma W (Editors). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies/ Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2006.
66. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas n° 4. Washington: HSS/ Organización Panamericana de la Salud; 2010.
67. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
68. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the adult primary care assessment tool. Journal of Family Practice. 2001; 2:161-175.
69. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil. Série A: Normas técnicas e manuais. Brasília: DAB/SAS, Ministério da Saúde; 2010.
70. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. JAMA. 1991; 266: 2268-2271.
71. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research. 2003; 38: 819-853, 2003.
72. Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Minister of Health, Welfare and Sports. Publication n° 2004/20E; 2004.
73. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. Int. J. Health Serv. 1994; 24: 431- 458.
74. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994; 344:1129-1133.
75. Paganini JM, Capote RM (Editores). Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 519; 1990.
76. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. Int.J. Health Serv. 1995; 25:283-294.
77. Casanova C, Colomer C. Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). Int. J. Qual. Health Care. 1996; 8:51-59.
78. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J. (Editor) The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995. London: Office of Health Economics; 1996.
79. 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. Am. J. Public Health. 1996; 86:1742-1747.

80. Bojalil R, Guiscafré H, Espinosa P, Martínez H, Palajox M, Guillermina R et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan.* 1998; 13:323-331.
81. Forrest C, Starfield B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditure. *Journal of Family Practice.* 1996; 43:40-48.
82. Rajmil L, Borrel, Starfield B, Fernandez E, Serra A, Schiaffino A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int. J. Health Serv.* 1998; 28:777-791.
83. Raddish M, Horn SD, Sharkey P. Continuity of care: is it cost effective? *Am. J. Manag. Care.* 1999; 5:727-734.
84. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Gitoni G, Di Biase R et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics.* 1999; 18:291-313.
85. Gill JM, Maisnous III AG, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch. Fam. Med.* 2000; 9:333-338.
86. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen F, Hart LG. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am. J. Public Health.* 2000; 90:97-102.
87. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Affairs.* 2002; 21:155-157.
88. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002; 60:201-216.
89. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderón S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla LE, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Atención primaria.* 2004; 33:305-311.
90. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur. J. Public Health.* 2004; 14: 246-251.
91. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet.* 2004; 364:1273-1280.
92. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Haines A. Health financing to promote access in low income settings: how much do we know? *Lancet.* 2004; 364:1365-1370.
93. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 2004; 15:994-1003.
94. Organização Mundial da Saúde. *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008.* Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.
95. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Sciences & Medicine.* 1982; 51:1087-1110.
96. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal.* 1997; 314:1014-1018.

97. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centred behaviour of primary care physicians? *Medical Care*. 2004; 42:1049-1055.
98. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 142:691-699.
99. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*. 2007; 8:14.
100. Kovess-Masféty V, Sagousci D, Sevilla-Dedier C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, 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.
101. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expending children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1996; 150:703-706.
102. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizak K, Stewart AL. Primary care and receipt of preventive services. *J. Gen. Intern. Med*. 1996; 11:269-276.
103. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner city minority population. *New England Journal of Medicine*. 1992; 327:776-781.
104. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell M, Serran M, Cireva E. Evaluacion del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Atención Primaria*. 1999; 24:468-474.
105. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physician: health care expenditure and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998; 47:105-109.
106. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. 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.
107. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*. 2000; 90:1771-1774.
108. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1330-1336.
109. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For the Veteran Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*. 1996; 334:1441-1447.
110. Woodward CA, Abelson J, Tedford S, Hutchison B. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science & Medicine*. 2004; 58:177-192.
111. 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.
112. Rothwell P. Subgroup analysis in randomized controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*. 2005; 365:176-186.
113. Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin LM, Leighton C, Schneeweiss R. The general role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*. 1998; 279:1364-1370.
114. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*. 1997; 314:1870-1873.

115. Miller MR, Forrest CB, Kan JS. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*. 2000; 106:264-269.
116. Mainous III AG, Gill JM. The importance of continuity of care in likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1539-1541.
117. Parschman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*. 1994; 39:123-128.
118. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four Medicaid demonstration program. *American Journal of Public Health*. 1989; 79:834-836.
119. Martin DP, Diehr P, Price KG, Richardson WC. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*. 1989; 79:1628-1632.
120. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners's knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*. 1991; 303:1181-1184.
121. 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.
122. Ryan S, Riley AW, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need in medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2001; 155:184-190.
123. Schoen C, Osborn R, Doty MN, Bishop M, Peugh J, Murukluta N. Towards higher-performance systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs*. 2007; 26:w717-w734.
124. Provenzale D, Ofman J, Gralnek I, Rabeneck C, Koff R, McCroty D. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists: an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*. 2003; 98:21-28.
125. Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J, Rich EC. 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.
126. Beck CH, Lanzon C, Eisenberg MJ, Huynh T, Dion D, Roux R, et al. Discharge prescription following admissions for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*. 2001; 17:33-40.
127. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physician regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*. 1996; 91:1544-1548.
128. Zoorob R, Jones GN, Mainous III AG, Hagen MD. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*. 1999; 4:243-248.
129. Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Thomas C, Connors AF, Wenger N, et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. *Medical Care*. 2000; 38:1103-1118.

130. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric intervention and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*. 1989; 140:637-643.
131. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians and obstetricians's intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*. 1993; 37:457-462.
132. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*. 1993; 25:465-470.
133. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. 2010; 29: 766-772.
134. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J 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.
135. Scott IA, Heath K, Harper C Clough A. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15:155-161.
136. Regueiro CR, Hamel MB, Davis RB, Desbiens N, Connors Jr AF, Phillips RS. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. *American Journal of Medicine*. 1998; 105:366-372.
137. McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. 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.
138. Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. *JAMA*. 1995; 274:1436-1444.
139. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatients departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Sciences*. 2005; 14:3.
140. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*. 2004 (Suppl. Web exclusive); W4:184-197.
141. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary care health services on middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 2:CD003318.
142. 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.
143. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. European Series n° 72; 1997.
144. World Health Organization. The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
145. Doescher MP, Franks P, Saver BG. Is family medicine associated with reduced health care expenditures? *Journal of Family Practice*. 49:608-614.

146. Relnoij DMJ, Van Merode G, Paulus A, Groeneweger PP. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditures? *Journal of Health Services Research and Policy*. 2000; 5:22-26.
147. Brown L, Tucker C, Domokos T. *Health and Social Care in the Community*. 2003; 11:85-94.
148. Faulkner A, Mills N, Baiton D, Baxter K, Kinnessley P, Peters TJ, Sharps D. A systematic review of the effect of primary care-based services on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *British Journal of General Practice*. 2003; 53:878-884.
149. Murchie P, Campbell NC, Ritchie CD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326:84-90.
150. Oakeshott P, Kerry S, Austin A, Cappuccio F. Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care? *Family Practice*. 2003; 20:469-473.
151. Vlek JFM, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JF, Winter J, Wesseling-Megens HMK, Crebolder HFJM. A randomized controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *British Journal of General Practice*. 2003; 53: 108-112.
152. Campbell NC. Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome. *Heart (Supplement 4)*. 2004; 90:29-32.
153. Rat AC, Henegariu V, Boissier MC. Do primary care physicians have a place in management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*. 2004; 71: 190-197.
154. Wolters R, Wensing M, Klomp M, Grol R. Shared care and the management of lower urinary tract symptoms. *BJU International*. 2004; 94: 1287-1290.
155. Bodenheimer T, Grumbach K. *Improving chronic care: strategies and tools for a better practice*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. 2007.
156. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C, Truman A, Uratsu C. Resolving the gatekeeper conundrum. *JAMA*. 1999; 282:261-266.
157. Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Hitchcock L, Anne C. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Medical Care*. 2002; 40:137-144.
158. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 159-166.
159. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*. 1998; 47: 213-220.
160. Stewart AL, Grumbach K, Osmond DH, Vranizan K, Komaromy M, Bindman AB. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*. 1998; 279: 1364-1370.
161. Starfield B. Deconstructing primary care. In: Showstack J, Rothman AA, Hassmiller (Editors). *The future of primary care*. San Francisco: CA Jossey-Bass; 2004.
162. De Maeseneer JH, Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*. 2003; 1:144-148.

163. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA*. 1992; 267:1624-1630.
164. Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physician's services in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1993; 328:621-627.
165. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138:273-287.
166. Fisher ES. Medical care: is more always better? *New England Journal of Medicine*. 2003; 349:1665-1667.
167. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas aos riscos de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010; 19: 61-75.
168. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van der Zee J, Peter P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* [periódico na internet]. 2010; 10:65 [acesso em 2 de fevereiro de 2011]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>
169. Moore GT. Primary care in crisis. In: Showstack J, Rothman AA, Hassmiller (Editors). *The future of primary care*. San Francisco: CA Jossey-Bass; 2004.
170. Saltman RB. Drawing the strands together: primary care in perspectives. In: Saltman RS, Rico A, Boerma W (Editors). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2006.
171. Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans: putting the house in order. *JAMA*. 2002; 288: 889-893.
172. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*. 2003; 289:442-449.
173. Morrison I, Smith R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. *British Medical Journal*. 2000; 321: 1541-1542.
174. Whitcomb ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351:710-712.
175. St. Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *New England Journal of Medicine*. 1999; 341:1980-1985.
176. Safran DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138:248-255.
177. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by U.S. medical students. *JAMA*. 2003; 290: 1173-1178.
178. Rafaw S. *Family medicine: the UK experience, solid undergraduated learning, strong postgraduate training, equitable community-based infrastructures*. London: Wandsworth Public Health; 2007.

179. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Sistema de indicadores de percepção social, saúde. Brasília: IPEA; 2011.
180. Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Ed. Hucitec; 1992.
181. Abath GM. Medicina familiar no Brasil. *Educación Médica y Salud*. 1985; 19:48-73.
182. Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber JB, Nemes MIB, Gonçalves RBM (Organizadores). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Ed. Hucitec; 1996.
183. Motta MC. O programa médico de família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. *Revista APS*. 2005; 8:118-122.
184. Campos GWS. Desafios para novos modelos de gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. *Temas*. 1997; 15:23.
185. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 1997.
186. Statistics Canada. *Health in Canada*. 2009 [acesso em 12 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca>.
187. Ministério da Saúde/Diretoria de Atenção Básica. *Números da saúde da família*. 2011. [acesso em 10 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.
188. Bodenheimer T, Laing, BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*. 2007; 5: 457-461, 2007.
189. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante/ Departamento de Salud Pública; 2004.
190. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19: 303-317.
191. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 11: 633-641.
192. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 669-681.
193. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 683-704.
194. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60: 13-19.
195. Van Stralen C, Belisario SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com

- e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24: s148-s158.
196. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
 197. Marty IK. O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
 198. Reis MC. Public primary care and child health in Brazil: evidence from siblings. Foz do Iguaçu: Trabalho apresentado no 31º Congresso Brasileiro de Econometria, 8 a 11 de dezembro de 2009.
 199. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2006.
 200. Rocha R. Três ensaios de intervenções sociais com foco comunitário e familiar. 2009 [acesso em 10 de setembro de 2010]. Disponível em: www.econ.puc-rio.br.
 201. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14:783-794.
 202. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização de serviços, padrões de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde; 2010.
 203. Silva VHMC, Sales R, Aragão K, Cavalcante AL. Uma avaliação econômica do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, Texto para Discussão nº 86; 2010.
 204. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health*. 2009; 99: 87-93.
 205. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended death in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 12 de fevereiro de 2011]; 10: 388. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/380>.
 206. Szwarcwald CL. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. *International Journal of Epidemiology*. 2008; 37: 738-744.
 207. Barreto IC, Pontes LK, Correa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2000; 7: 303-312.
 208. Frias PG, Vidal SA, Pereira PMH, Lira PIC, Vanderlei LC. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5: s43-51.

209. Rasella D, Aquino A, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 14 de fevereiro de 2011]; 126: e000. Disponível em <http://www.pediatrics.org>.
210. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais. Belo Horizonte: Departamento de Demografia/Cedeplar/FACE/UFMG; 2006.
211. Junqueira MG. Regulamentação da Emenda 29: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais; 2011.
212. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*. 2010; 12:2149-2160.
213. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Munies LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning* [periódico na internet]. 2011; 1-8. doi:10.1093/heapol/czr043.
214. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
215. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMCO, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2009; 4: 270-276.
216. Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Monitoramento de resultados, desempenho e satisfação dos usuários da Estratégia de Saúde da Família, um estudo de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Saúde da família: desafios e perspectivas a partir da experiência de Belo Horizonte; 2011 [acesso em 17 de maio de 2011]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/estudoBh.pdf>
217. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
218. Guanais FC. Health equity in Brazil. *British Medical Journal* [periódico na internet]. 2010; 341: c6542.
219. Wehrmeister FC, Peres KGA. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2010; 26: 1839-1852.
220. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiró AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J. Nutr*. 2004; 134: 2336-2341.
221. Travassos C. Medição e monitoramento das iniquidades em saúde: PNAD 2008. Rio de Janeiro: Seminário preparatório da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, ENSP/Fiocruz; 2011.

222. Andrade MV, Noronha K, Menezes R, Barros C, Nepomuceno M, Martins D, Gomes L. Equidade em saúde no estado de Minas Gerais 1998-2008: um estudo comparativo das Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2011.
223. Harrys M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *British Medical Journal*. Editorial [periódico na internet]. 2010 [acesso em 10 de janeiro de 2011]; 341:c4945. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.extract>.
224. Macinko J. Estratégia de Saúde da Família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília: Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS; 2011.
225. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2011.
226. Barbosa ACQ. Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas, estudo amostral 2008. Belo Horizonte: FACE/UFMG; 2010.
227. Comitê de Assuntos Estratégicos da SESMG. As redes de atenção à saúde em Minas Gerais e o sistema de apoio diagnóstico. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.
228. Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde. A patologia clínica na microrregião do Alto Rio Grande. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 1998.
229. Departamento de Propedêutica Complementar. Assistência em patologia clínica. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2007.
230. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Política Estadual de Apoio Diagnóstico. Belo Horizonte: Diretoria de Sistema Logístico e Apoio às Redes/SRAS/SPAS/SESMG; 2011.
231. Barbosa ACQ (Coordenador). Gestores de unidades básicas de saúde e práticas de gestão: retrato censitário de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG; 2009.
232. Barbosa ACQ, Rodrigues JM (Organizadores). 1º Censo de recursos humanos da atenção primária do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG; 2006.
233. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
234. Raupp B. Estudo da cultura organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho: relatório de pesquisa. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa/Serviço de Saúde Comunitária; 2006.
235. Loch S. Tornar-se gerente: a experiência vivida por médicos de família e da comunidade ao assumirem a gerência de unidades básicas de saúde [tese de doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
236. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.
237. Mamede S. Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados. Fortaleza: Instituto Innovare; 2005.
238. World Health Organization. World Health Statistics, 2011. Geneva: WHO; 2011.

239. Luiz VR. Os gastos do Ministério da Saúde, 2008 e 2009. Brasília: Nota técnica do CONASS; 2010.
240. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. A atenção primária à saúde no Brasil: panorama histórico e perspectivas. Águas de Lindóia: III Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade; 2010.
241. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A atenção básica que queremos. Brasília: CONASEMS; 2011.
242. Schincariol I. Redes de saúde são apontadas como eficiente arranjo organizacional. Informativo ENSP. 22 de março de 2011 [acesso em 30 de março de 2011]. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?origem=1&matid=24437>
243. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011.
244. Prometheus Payment. Waste in US health care spending: potentially avoidable complications, chronic condition care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2009.
245. Minich-Pourshadi K. Process improvements cur fat, beef up quality. Health Leaders Media [periódico na internet]. 2011 [acesso em 28 de junho de 2011]; April 26; Disponível em <http://www.healthleadersmedia.com>
246. Gérvas J, Fernández MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011.
247. Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais, Brasil: el caso de la red Viva Vida. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2009 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 2, Article 7. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss2/7/>
248. Leles FAG, Lima HO, Lima, MF, Alkmim MBM. O projeto TeleMinas Saúde: ampliando o acesso aos serviços e à rede de atenção à saúde. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
249. Freez LF. Rede de assistência laboratorial no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2008.
250. Ito TS, Schneider AL. O sistema de patologia clínica de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2008.
251. Gomes CAP, Fonseca AL, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF, Silva RMC. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Ed. FUNED; 2010.
252. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
253. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programação das ações estratégicas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011/2014. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
254. Greco, C. Regulação do sistema de saúde na Região do Lazio na Itália. Brasília; Seminário sobre regulação pela atenção primária à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

255. Dudley RA. Pay for performance: a decision guide for purchasers. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006.
256. Savas S, Sheiman I, Tragakes E, Maarse H. Contracting models and provider competition. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C (Editors). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
257. Harzheim E. A atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
258. Lemos, N. Sugestões para gestores municipais agirem ativamente no processo de implementação da atenção primária em saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
259. Campos VF. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. 8ª edição. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda; 2004.
260. Lima HO, Queiroga RM, Utsch MQ. Gestão por processos. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
261. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
262. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina. Acreditação. 2010 [acesso em 16 de março de 2011]. Disponível em <http://www.aps.santamarcelina.org/aps/acreditacao-certificados.asp>
263. Frenk J, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P et al. The professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010; 376: 1923-1958.
264. Schimpff SC. The future of medicine: megatrends in health care that will improve your quality of life. Nashville: Thomas Nelson; 2007.
265. Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo/Residência Médica. Estado financia residência, mas regula pouco a oferta de profissionais. s/data [acesso em 20 de março de 2011]. Disponível em http://www.obervarhsp.org.br/Residencia_Medica.pdf
266. World Bank. Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Brasília: Brazil Country Management Unit, World Bank, Report nº 35691-BR; 2006.
267. Fundação Estatal Saúde da Família. Gestão do trabalho. 2011 [acesso em 23 de março de 2011]. Disponível em <http://fefssus.ba.gov.br>
268. Barbosa ACQ, Perpétuo IHO, Andrade J, Rodrigues JM, Silva NC, Rodrigues RB et al. Consórcio público de carreira profissional em saúde para estratégia saúde da família: simulação técnico-financeira. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2009.
269. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.

270. Cordeiro Júnior W. A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008.
271. Windle J, Mackway-Jones K. Validity of triage systems: use a correct outcome measure. *Emergency Internal Medicine*. 2003; 20: 119-120.
272. Lyons M, Brown R, Wears R. Factors that affect the flow of patients through triage. *Emergency Medicine Journal*. 2007; 24: 78-85.
273. Subbe CP, Slater A, Menon D, Gemell L. Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23: 841-845.
274. Matias C, Oliveira R, Duarte R, Bico P, Mendonça C, Nuno L et al. Triage de Manchester nas síndromes coronarianas agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2008; 27: 205-216.
275. Roukema J, Steyerberg EW, van Meurs A, Ruige M, van der Lei J, Moll HA. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23: 906-910.
276. Lima HO, Oliveira BR, Campos LI, Cunha TL. O Pro-Hosp no contexto do choque de gestão na saúde em Minas Gerais: resultados e desafios. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
277. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. Washington: World Bank, Technical Department for the Latin America and Caribbean Region, s/ data.
278. Emanuel E. Political problems. *Boston Review*. 2000; 3: 2414- 2515.
279. Iturriaga MV. Chile. In: Ramos S, Vinocur P. Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. Buenos Aires: CEDES/FLACSO; 2000.
280. Carvalho G. Ponto Zero. Campinas: IDISA/Domingueira de 27 de novembro de 2011; 2011.
281. Savassi L. Financiar é diferente de incentivar. 2011 [acesso em 21 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/06/06/financiar-e-diferente-de-incentivar>
282. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2011.
283. Schneider FS, Lima HO, Leles FAG, Matos MAB, Elias WF. Saúde em Casa: atenção primária à saúde. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HOL. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
284. Department of Health. Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: COI/Department of Health; 2005.
285. Strong L. A strategy for long term conditions in Mid Sussex. Sussex: NHS; 2005.
286. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* [periódicos na Internet]. 2008 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 1, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/5/>
287. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier; 2007.

288. Improving Chronic Illness Care. The chronic care model; 2010 [acceso em 24 de abril de 2010]. Disponível em www.improvingchroniccare.org.
289. Rand Health. Improving chronic illness care evaluation: Rand Health Project; 2008 [acceso em 26 de setembro de 2009]. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>.
290. Nelson K, Garcia RE, Brown J, Mangione CM, Louis TA, Keller E, Cretin S. Do patient consent provisions affect participation rates in quality improvement studies: data from the improving chronic illness care evaluation. *Medical Care*. 2002; 40: 283-288.
291. Cretin S, Shortell SM, Keeler EB. An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*. 2004; 28: 28-51.
292. Asch SM, Baker DW, Keesey JW, Broder M, Schonlau M, Rosen M. et al. Does the collaborative model improve care for chronic heart failure? *Medical Care*. 2005; 43: 667-675.
293. Baker DW, Asch SM, Keesey JW, Brown JA, Chan KS, Joyce G, Keeler EB. Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. *J. Card. Fail.* 2005; 11: 405-413.
294. Chan KS, Mangione-Smith R, Burwinkle TM, Rosen M, Varni JW. The PedsQL: Reliability and validity of the short-form generic core scales and asthma module. *Medical Care*. 2005; 43: 256-265.
295. Lin M, Marsteller JA, Shortell S, Mendel P, Pearson ML, Rosen M, Wu S. Motivation to improve chronic disease care in three quality improvement collaboratives. *Health Care Manage Rev*. 2005; 30: 139-156.
296. Schonlau M, Mangione-Smith R, Rosen M, Louis TM, Cretin S, Keeler E. An evaluation of an adult asthma BTS collaborative and the effect of patient self-management. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 200-208.
297. Mangione-Smith R, Schonlau M, Chan KS, Keesey JW, Rosen M, Louis TA, Keeler ED. Measuring the effectiveness of a collaborative for quality improvement in pediatric asthma care: does implementing the chronic care model improve processes and outcomes of care? *Ambulatory Pediatrics*. 2005; 5: 75-82.
298. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, Pearson ML, Wu SY, Mendel P et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Medical Care*. 2004; 42: 1040-1048.
299. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve chronic illness care. *American Journal of Managed Care*. 2005; 11: 478-488.
300. Meredith LS, Mendel P, Pearson L, Wu SY, Joyce GF, Straus JB et al. Implementation and maintenance of quality improvement for treating depression in primary care. *Psychiatric Services*. 2006; 57: 48-55.
301. Vargas RB, Mangione CM, Asch S, Keesey J, Rosen M, Schonlau M, Keeler EB. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *J. Gen. Intern. Med*. 2007; 22: 215-222.
302. McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner E. A population-based approach to diabetes management in a primary care setting : early results and lessons learned. *Eff. Clin. Pract*. 1998; 1: 12-22.

303. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002; 288: 1775-1779.
304. Endicott L, Corselo P, Prinzi M, Tinkelman DG, Schwartz A. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Manag*. 2003; 8: 252-262.
305. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney CD, Reid RJ, Greene MS. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Med. Care*. 2005; 43: 436-444.
306. Dorr DA, Wilcox A, Burns C, Bruncker CP, Narus SP, Calyton PD. Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Dis. Manag*. 2006; 9:1-15.
307. Harris MF & Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med. J. Aust.* 2007; 16: 104-107.
308. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL et al. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. 2004; 158:875-883.
309. Battersby MW and SA Health Plus Team. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *British Medical Journal*. 2005; 330:662-665.
310. Bauer MS, McBride L, Williford WD, Glick H, Kinosian B, Altshuler L. et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II, Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr. Serv*. 2006; 57:937-945.
311. Harwell TS, McDowall JM, Gohdes H, Hengerson SD. Measuring and improving preventive care for patients with diabetes in primary health centers. *Am. J. Med. Qual*. 2002; 17:179-184.
312. Chin MH, Cook S, Drum ML, Jin L, Guillen M, Humikowsky CA et al. Improving diabetes care in Midwest Community health centers with the Health Disparities Collaborative. *Diabetes Care*. 2004; 27:2-8.
313. Daniel DM, Norman J, Davis C, Lee H, Hindmarsh MF, McCulloch DK et al. A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. *Jt.Comm.J.Qual.Saf*. 2004; 30:69-79.
314. Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn L, Marsden PV et al. Effects of quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: the EQHIV study. *Ann.Intern. Med*. 2004; 140:887-896.
315. Sperl-Hillen JM, Solberg LI, Hroschikoski MC, Crain AL, Engebretson KI, O'Connor PJ. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30:303-309.
316. Wang A, Wolf M, Carlyle R, Wilkerson J, Porterfield D, Reaves J. The North Carolina experience with diabetes health disparities collaboratives. *Jt.Comm.J.Qual.Saf*. 2004; 30:396-404.
317. Stroebel RJ, Gloor B., Freytag S., Riegert-Johnson D., Smith SA, Huschka T et al. Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16, 286-296.

318. Landis S, Schwarz M, Curran D. North Carolina family medicine residency programs' diabetes learning collaborative. *Fam Med*. 2006; 38:190-195.
319. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Candace CC, King DK, Crabtree BF, Glasgow RE. Use of Chronic Care Model Elements Is Associated With Higher-Quality Care for Diabetes. *Annals of Family Medicine*. 2007; 5:14-20.
320. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289:3145-3152.
321. Lieu TA, Finkelstein JA, Lozano P, Capra AM, Chi FW, Jensvold N et al. Cultural competence policies and other predictors of asthma care quality for Medicaid-insured children. *Pediatrics*. 2004; 114:102-110.
322. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17:141-146.
323. Fleming B, Silver A, Ocepek-Welikson K, Keller D. The relationship between organizational systems and clinical quality in diabetes care. *Am. J. Manag. Care*. 2004; 10:934-944.
324. Li R, Simon J, Bodenheimer T, Gillies RR, Casalino L, Schmittiel J, Shortell SM. Organizational factors affecting the adoption of diabetes care management processes in physician organizations. *Diabetes Care*. 2004; 27:2312-2316.
325. Hung DY, Rundall TG, Crabtree BF, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA. Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am J Prev Med*. 2006; 30:413-422.
326. Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann. Fam. Med*. 2006; 4:117-123.
327. Gilmer TP & O'Connor PJ. Cost effectiveness of diabetes mellitus management programs: a health plan perspective. *Disease Management & Health Outcomes*. 2003; 11:439-453.
328. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: a review. *Health Care Finance Rev*. 2005; 26:1-19.
329. Gilmer TP, O'Connor PJ, Rush WA, Crain AL, Whitebird RR, Hanson AM, Solberg LI. Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29:1242-1248.
330. Vanderbilt Medical Center. Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: Schoeni PQ. *Curing the system: stories of change in chronic illness care*. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
331. Ministry of Health. A framework for a provincial chronic disease prevention initiative. British Columbia, Population health and wellness. Victoria: Ministry of Health Planning; 2003.
332. Government of British Columbia. British Columbia expanded chronic care model; 2008 [acceso em 13 de outubro de 2009]. Disponível em: <http://www.health.gov.bc.ca>.
333. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J et al. Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model. *Med. Clin*. 1999; 112:97-105.

334. Ministry of Health. Value for money in the health system. Wellington: Ministry of Health; 2005.
335. Frohlich A, Jorgesen J. Improving care in patients with chronic conditions. 2007 [acesso em 27 de junho de 2007]. Disponível em <http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045.htm>
336. Temmink D, Hutten JBF, Francke AL, Rasker JJ, Abu-Saad HH, van der Zee J. Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis Rheum*. 2001; 45: 280-286.
337. Chea J. Chronic disease management: a Singapore perspective. *British Medical Journal*. 2001; 323: 990-993.
338. Singh D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute of Innovation and Improvement of University of Birmingham; 2006.
339. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas na APS. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2010.
340. Centro de Pesquisas em Avaliação em Atenção Primária à Saúde. Educação permanente em hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Gerência de ensino e pesquisa e gerência de saúde comunitária/Grupo Hospitalar Conceição; 2011.
341. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
342. Ministério da Saúde. Educação em Saúde para o Auto-cuidado, Avaliação contínua da Qualidade da Atenção ao Diabetes. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.qualidia.com.br>.
343. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
344. Schoeni PQ (Editor). Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
345. Wagner EH. The changing face of chronic disease care. In: Schoeni PQ (Editor). Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
346. Health Disparities Collaboratives. Training manual, changing practice, changing lives. Alabama: Institute for Healthcare Improvement; 2004.
347. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
348. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999; 77: 77-110.
349. Brock C. Self care: a real choice; 2005 [acesso em 15 de janeiro de 2009]. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/SelfCare>
350. Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*. 2004; 23: 63-75.

351. United Healthcare. NHS Modernization Agency; 2004 [acceso em 17 de junho de 2009]. Disponível em: <http://www.natpact.nhs.uk/cms/4.php>.
352. Wallace PJ. Physician involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financ. Rev.* 2005; 27:19-31.
353. Porter M. *Population care and chronic condition: management at Kaiser Permanente*. Oakland: Kaiser Permanente; 2007.
354. Parker H. *Making the shift: review of NHS experience*. Coventry: Institute for Innovation and Improvement; 2006.
355. Ham C. *Learning from Kaiser Permanente: a progress report*. London: Department of Health; 2003.
356. Kellogg MA. *Kaiser Permanente: mechanisms for promoting integration and primary care*. Ouro Preto: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2007.
357. Feachem GA, Sekhri NK, White KL, Dixon J, Berwick DM, Enthoven AC. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal.* 2002; 324:135-143.
358. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal.* 2003; 327:1257-1259.
359. Frolich A, Schiotz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnic A, Diderichsen F. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research.* 2008; 8: 252, 2008.
360. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete*. Belo Horizonte: SAS/SAPS/SESMG; 2007.
361. Carl-Arty D, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2008.
362. Stanley E. *Managing chronic disease: what can we learn from US experience?* London: King Fund; 2004.
363. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993; 342: 1032-1036.
364. Fagerberg B, Claesson L, Gosman-Hedström G, Blomstrand C. Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: a randomized 1 year study of elderly patients. The Goteborg 70+ Stroke Study. *Stroke.* 2000; 31: 2578-2584.
365. Conn VC, Valentine JC, Cooper HM. Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. *Ann.Behav.Med.* 2002; 24:190-200.
366. Parker H. *Making a shift: a review of NHS experience*. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham; 2006.
367. Mukamel D, Chou C, Zimmer JG, Rothenberg BM. The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of case management programs. *Gerontologist.* 1997; 37: 777-784.

368. Rich MW, Nease, RF. Cost-effectiveness analysis in clinical practice: the case of heart failure. *Arch. Inter. Med.* 1999; 159:1690-1700.
369. Hickey ML, Cook EF, Rossi LP, Connor J, Dutkiewicz SM, Hassan SM et al. Effect of case managers with a general medical patient population. *J. Eval. Clinical Practice.* 2000; 6: 23-29.
370. Birmingham and Black County Strategic Health Authority. Reducing unplanned hospital admissions: what does the literature tell us? Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
371. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva: WHO, Discussion paper, Draft; 2007.
372. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
373. Marmor M. Health in an unequal world. *Lancet.* 2006; 368: 2081-2094.
374. Viacava F, Laguardia J, Ugá MA, Porto SM, Moreira RS, Barros HS, Silva HS. PROADESS Avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento, relatório final. Rio de Janeiro: LIS/CICT/Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
375. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
376. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41: 139-149.
377. Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. Investir em saúde. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2003.
378. Norwegian Directorate of Health. Health creates welfare: the role of the health system in Norwegian society. Oslo: Directorate of Health; 2008.
379. Surhcke M, Rocco L, McKee M. Health a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
380. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health. Ottawa: Minister of Health; 2007.
381. Rojas E (Editor). Construir ciudades: mejoramiento de barrios y calidad de vida urbana. Washington: Fondo de Cultura Económica/Inter-American Development Bank; 2009.
382. Harris A, Hastings N. Working the system: creating a state of wellbeing. Edinburgh: Scottish Council Foundation; 2006.
383. Berk ML, Monheit AC. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs.* 1992; 11: 145-149.
384. The Dartmouth Institute. Clinical microsystem action guide: improving health care by improving your microsystem. 2011 [acceso em 23 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.clinical-microsystem.org/toolkit>
385. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1994.
386. Hopenhayn M. Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración. Ciudad de Panamá: Cepal/Seminário Internacional Cohesión Social en América Latina y Caribe; 2006.

387. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *Am.J.Sociol.* 1988; 94: S95-S120.
388. Baquero M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev.Sociol.Polít.* 2003; 21: 83-108.
389. Mladovcki P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: London School of Economics and Political Science; 2006.
390. Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary care reform. *Health Research Policy and Systems.* 2007; 5: 9.
391. Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: assessing the case for inverting in health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
392. Health Nexus and Ontario Chronic Disease Prevention Alliance. Primer to action: social determinants of health. Toronto: Health Nexus/OCDPA; 2008.
393. Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil, Relatório nº 32576-BR; 2005.
394. Sichieri R, Siqueira KS, Pereira RS, Ascherio A. Short stature and hypertension in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal of Public Health.* 2000; 89: 845-850.
395. Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MT et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2007; 88: 59-65.
396. Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2006; 87: 747-756.
397. Neri MC. Trata Brasil: saneamento e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 2007.
398. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem.* 2005; 13: 364-373.
399. Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araujo TM, Reis EJFB, Delcor NS. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 40: 818-826.
400. Farhat SCL, Paulo RLP, Shimoda TM, Conceição GMS, Lin J, Braga ALF et al. Effects of air pollution on pediatric respiratory emergency room visits and hospital admissions. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 2005; 227-235.
401. Martins LC, Pereira LAA, Lin CA, Prioli G, Luiz OC, Saldiva PHN et al. The effects of air pollution on cardiovascular diseases: lag structures. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 677-683.
402. Almeida AC. A cabeça dos brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2005.
403. Jackson N, Waters E. Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions taskforce: the challenges of systematically reviewing public health interventions. *J.Public Health.* 2004; 26: 303-307.

404. Armstrong R, Waters E, Jackson N, Oliver J, Popay J, Shepherd J. Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. Version 2. Melbourne: Melbourne University; 2007.
405. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V. Constructing the evidence base of social determinants of health: a guide. Universidad del Desarrollo/National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
406. Ministry of Social Affairs and Health. National action plan to reduce health inequalities, 2008/2011. Helsinki: Helsinki University Print; 2008.
407. Haque N, Moriarty E, Anderson E. Communities voices: through a community based initiative on social determinants of health. St. James: Esley Institute; 2008.
408. Ministério da Saúde. Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: SVS/SAS/SE/INCA, ANS/MS; 2008.
409. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: SVS/SAS/MS. Série Pactos pela Saúde, Volume 7; 2006.
410. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
411. Novotny TE. Preventing chronic disease: everybody's business. In: Nolte E & McKee M (Editors). Caring People with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2008.
412. European Commission. Eurodiet core report. Heraklion: European Commission and the University of Crete School of Medicine; 2000.
413. World Health Organization and World Economic Forum. Preventing noncommunicable diseases in workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva: World Health Organization; 2008.
414. McGinnis J, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1993; 270: 2207-2212.
415. Instituto Nacional do Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA/Ministério da Saúde; 2006.
416. Bengoa R. Empatanados. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]* 2008 [acesso em 31 de julio de 2010]; Vol.1, Iss 1, Artículo 8. Disponível em <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/8>.
417. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291: 1238-1245.
418. Mismetti D. Médicos do INCOR estudam criar centro de prevenção do infarto. Entrevista com o Dr. Roberto Kalil. *Folha de São Paulo*, 27 de setembro de 2011 [acesso em 29 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br>
419. Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks, and cumulative disability. *N. Engl. J. Med*. 1998; 338: 1035-1041.
420. Fries JF, Koop CE, Soklov J, Beadle CE, Wright D. Beyond health promotion: reducing need and demand for medical care. *Health Affairs*. 1998; 17: 70-84.

421. Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Salomaa J, Nissinen A. Changes in premature deaths in Finland: successful long term prevention of cardiovascular diseases. *Bul. of World Health Organization*. 2002; 76: 419-425.
422. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
423. Kaiser Permanente. Cultivating health: everyday fitness kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2005.
424. Kaiser Permanente. Cultivating health: managing stress kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2007.
425. Kaiser Permanente. Cultivating health: freedom from tobacco kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2008.
426. Kaiser Permanente. Cultivating health: weight management kit. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2008.
427. Barker DJP, Forsen T, Uutela A, Osmond C, Eriksson JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. *British Medical Journal*. 2001; 323:1273-1276.
428. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization; 2003.
429. van Dam HA, van der Horst F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes, a systematic review. *Patient Educ. Couns*. 2003; 51: 17-28.
430. Hoffman I, Groeneveld MJ, Boeing H, Koebnick C, Golf S, Katz N, Leitzmann C. Giessen wholesome nutrition study: relation between a health-conscious diet and blood lipids. *Eur. J. Clin. Nutr*. 2001; 55: 887-895.
431. Frankel S, Gunnell DJ, Peters TJ, Maynard M, Smith GD. Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the boyd or cohort study. *British Medical Journal*. 1998; 316: 499-504.
432. Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yanick CS, Kuh D, Yach D. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research. Geneva: World Health Organization; 2002.
433. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: SGEP/SVS/Ministério da Saúde; 2011.
434. Mendonça DRB. A importância da educação nutricional. 2006 [acesso em 16 de janeiro de 2011] Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/alimentos/181-a-importancia-da-educacao-nutricional>.
435. Castro IRR, Souza TSN, Maldonado LA, Canindé ES, Rotenberg S, Gugelmin SA. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e profissionais das redes de saúde e de educação. *Rev. Nutr*. 2007; 20: 571-588.
436. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr*. 1999; 12: 261-272.

437. Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18: 1367-1377.
438. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutr.* 2006; 19: 413-424.
439. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. 2008; 1: 33-42.
440. Vasconcelos ACCP, Pereira IDF, Cruz PJSC. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa, Paraíba. *Rev. APS*. 2008; 11: 334-340.
441. Malta MB, Mayer LS, Fukuju MM, Dias LCGD. Educação nutricional na atenção básica de saúde: relato de experiência. *Rev. Simbio-Logias*. 2008; 1: 1-8.
442. Lima MR, Bittencourt LJ. A educação alimentar e nutricional como estratégia de empoderamento de uma comunidade em Salvador, BA. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
443. Rangel ACS, Gomes L, Araujo R. Educação nutricional nas escolas como estratégia de fortalecimento da intersetorialidade. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
444. Galati GC, Garcia RWD. Groen: Programa de educação nutricional como técnica de grupo operativo para rever valores e práticas alimentares para mulheres hipertensas assistidas em um programa de saúde da família da cidade de Ribeirão Preto, SP. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
445. Borges FM, Lima LA, Escobar RS. Grupo de educação nutricional em crianças de 5-10 anos. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
446. Araujo LM, Oliveira KAR, Souza EL, Brasil ECL. Inserindo crianças numa atividade lúdica de educação nutricional: criando vínculos afetivos e intercâmbios culturais numa unidade integrada de saúde da família. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
447. Alcântara LBC, Mendonça C, Rotenberg S, Sally E, Ayres K, Coelho N et al. Metodologia educativa em saúde e nutrição na atenção básica de saúde do município de Niterói com vistas à promoção da alimentação e modos de vida saudáveis. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
448. Oliveira PM, Santos TCS, Machado NMV, Garbelloto APD, Kerpel R. O trabalho interdisciplinar como promotor da integralidade na atenção em saúde: relato da experiência de um grupo de emagrecimento no município de Florianópolis/SC. In: Ministério da Saúde. II Mostra de

- Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
449. Ribeiro KDS, Pio I, Deuza M, Delane S. Oficina culinária: ingrediente na promoção à saúde no Centro de Saúde Bela Vista. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
450. Nascimento CR. Programa emagrecimento saudável. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
451. Secretaria Municipal de Curitiba. Manual de abordagem para mudança de comportamento. Curitiba: CIS/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2011.
452. Office of the Surgeon General. Overweight and obesity: health consequences. 2007 [acesso em 16 de setembro de 2008]. Disponível em: http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/fact_consequences.htm
453. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO Region and the strategies for response. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.
454. Caspersen C, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985; 100: 126-131.
455. Wareham NJ, van Sluijs EMF, Ekelund U. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2005; 64: 229-247.
456. Sturm R. The economics of physical activity: societal trends and rationale for interventions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 27: 126-135.
457. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2006; 16: 3-63.
458. Halvorson G. *Walking our way to better health*. Washington: Institute of Medicine; 2012.
459. Centers for Disease Control and Prevention. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
460. World Health Organization and International Federation of Sports Medicine. *Exercises for health*. *Bulletin of the World Health Organization*. 1995; 73: 135-136.
461. Murphy MH, Hardman AE. Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1998; 30: 152-157.
462. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Rastreamento do sedentarismo em adultos e promoção da atividade física na atenção primária à saúde: Projetos Diretrizes Clínicas*. Brasília: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina; 2009.
463. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011.
464. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011.

465. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W et al. Effects of a community-based supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am. J. Public Health.* 2009; 99: 68-75.
466. Carvalho FPB. Academia da Cidade em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Coordenação das Academias da Cidade/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2011.
467. Institute of Medicine. State of health indicators: letter report. Washington: The National Academies Press; 2008.
468. Adeyi O, Smith O, Robles S. Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. Washington: World Bank; 2007.
469. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
470. Feenstra TL, Reenen HHH, Hoogveen RT, Molken MPMHR. Cost effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health.* 2005; 8: 178-190.
471. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research.* 2006; 41: 2114-2135.
472. West R, Sohal T. Catastrophic pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal.* 2006; 332: 458-460.
473. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain: a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal college of Physicians. 2000 [acesso em 29 de julho de 2007]. Disponível em: <http://www.rcplondon.ac.uk>
474. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.035/GM, de 31 de maio de 2004.
475. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 442, de 13 de agosto de 2004.
476. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
477. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER. Treating tobacco use and dependency: clinical practice guideline. Washington: US Department of Health and Human Services, Public Health Services; 2000.
478. Sidorov J, Christianson M, Girolami S, Wydra C. A successful tobacco cessation program led by primary care nurses in a managed care setting. *Am. J. Manag. Care.* 1997; 3: 207-214.
479. Smillie C, Coffin K, Porter K, Ryan B. Primary health care through a community based smoking-cessation program. *Journal of Community Health.* 1988; 13: 156-170.
480. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2004; 4: CD000165.
481. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br. J. Gen.Pract.* 2000; 50: 803-807.
482. McEwen A, Preston A, West R. Effect of a GP desktop resource on smoking cessation activities of general practitioners. *Addiction.* 2002; 97: 595-597.

483. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB. AHRQ smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. *J. Natl. Cancer Inst.* 2004; 96:594-603.
484. Becoña E. Tratamiento del tabaquismo. In: Caballo VE (Organizador). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos. México: Siglo Veintiuno de España; 1998.
485. Gavazzoni JA, Marinho-Casanova ML. Avaliação do efeito de um programa de intervenção comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros. *Temas psicol.* 2008; 16: 83-95.
486. World Health Organization. WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption: second report. Copenhagen: World Health Organization, WHO Technical Reports nº 944; 2007.
487. Corrao G, Rubbiati L, Zambon A, Arico S. Alcohol attributable and alcohol preventable mortality in Italia: a balance in 1983 and 1996. *European J. Public Health.* 2002; 12: 214-223.
488. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev. Med.* 2004; 38: 613-619.
489. Castaneda R, Sussman N, Westreich L, Levy R, O'Malley M. A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1996; 57: 207-212.
490. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol related morbidity and mortality. *Alcohol Health.* 2003; 27: 39-51.
491. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi F, Bouvard V et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007; 8: 292-293.
492. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. Hyasttsville: National Center for Health Statistics; 2005.
493. Soldera M, Dalgalarrrondo P, Correea Filho HR, Silva CAM. Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2004; 26: 174-179.
494. Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede pública de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública.* 2005; 39: 1-8.
495. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 40: 1-8.
496. Whitlock EP, Polen MR, Green CA. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Forces. *Annals of Internal Medicine.* 2004; 140: 557-568.
497. Babor TF, Biddle JCH. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction.* 2000; 95: 677-686.
498. Heather N (Editor). WHO Project on identification and management of alcohol-related problems: report on phase IV. Geneva: World Health Organization; 2006.
499. Timko C, Moos RH, Finney JW, Moos BS, Kaplowitz MS. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol.* 1999; 60: 437-447.

500. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, alcoholism screening test in brazilian psychiatric inpatient setting. *Brazilian Journal Medical Biology*. 1999; 16: 215-218.
501. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski SY, Takata CCC, Ranzi SY, Saruhasi SY, Spadoni B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Ass. Med. Brasil*. 2001; 47: 65-69.
502. Rios PAA, Matos AM, Fernandes MH, Barbosa AR. Consumo e uso abusivo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários do município de Jequié/BA. *Rev.Saúde.Com*. 2008; 4: 105-116.
503. Amaral RA, Malgebier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004; 26: 156-163.
504. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. *Audit, The Alcohol use disorders identification test: guidelines for the use in primary care*. Geneva: World Health Organization, WHO/MSD/MSB/01.6, 2nd. ed; 2001.
505. Babor JB, Higgins-Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization/Department of Mental Health and Substance Dependence/WHO/MSD/MSB/01.6b; 2001.
506. Méndez EB. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol use disorders identification test). Pelotas: Dissertação de Mestrado em Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1999.
507. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigioni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21: 852-861.
508. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigioni LOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004; 50: 199-206.
509. Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002; 97: 1183-1194.
510. Chick J, Lloyd C, Crombie E. Counseling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British Medical Journal*. 1985; 290: 965-967.
511. Anderson O, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Brit.J. Addict*. 1992; 87: 1498-1508.
512. Nielsen P, Kaner E, Babor TF. Brief intervention, three decades on. *Nordical Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 453-467.
513. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993; 88: 315-336.
514. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*. 1979; 2: 231-235.
515. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

516. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the Emergency Department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 2002; 9: 627-638.
517. Salaspuro M. Intervention against hazardous alcohol consumption: secondary prevention of alcohol problems. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (Editors). *Treating alcohol and drug abuse*. Weinheim: Wiley-VCH; 2003.
518. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo do álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16: 207-220.
519. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*. 2000; 38: 7-18.
520. Gonçalves AMS, Ferreira PS, Abreu AMM, Pillon SC, Jesus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 18 de julho de 2011] Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a23.htm>.
521. Fleming MF, Mundt MP, Manwell LB, Stauffacher EA, Berry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2002; 26: 36-43.
522. Minto EC. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16: 207-220.
523. Aasland OG, Nygaard P, Nilsen P. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 469-476.
524. Oliveira RJ. Avaliação da eficácia da intervenção breve aplicada conjuntamente ao questionário ASSIST para álcool na atenção primária à saúde em Curitiba e Palmas. Curitiba: Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Farmacologia do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná; 2006.
525. Moretti-Pires RO. A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2009; 1: 1984-2147.
526. Ronzani TM, Amaral MB, Formigioni MLOS, Babor TF. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 529-538.
527. Furtado EF, Corradi-Webster CM, Laprega MR. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 539-551.
528. Formigioni MLOS, Lacerda RB, Vianna VPT. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 553-564.
529. Seale JP, Monteiro MG. The dissemination of screening and brief intervention for alcohol problems in developing countries: lessons from Brazil and South Africa. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 564-577.
530. Dias RB, Nonato SM, Chaves SR. Mudança comportamental e de hábitos de vida dos clientes participantes nos programas de gerenciamento de condições crônicas. In: Campos EF, Gontijo

- MCF, Chaves SR, Dias RB, Costa RT (Organizadores). Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.
531. Buttriss JL. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 65: 1895S-1995S.
532. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA. Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: até aonde nos levam as teorias? Genebra: ONUSIDA; 2001.
533. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
534. Petrie KJ, Broadbent E. Assessing illness behavior: what condition is my condition in? *J. Psychosom. Res.* 2003; 54: 415-416.
535. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1997.
536. Deci E, Ryan R. Intrinsic motivation and self determination in human behavior. New York: Plenum; 1985.
537. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
538. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51: 390-395.
539. Pichon-Reviere E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes Editora, 8ª Ed; 2009.
540. Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press; 1983.
541. Howard M, McCabe J. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning*. 1990; 22: 21-26.
542. Morris M. Sexual networks and HIV. *Aids*. 1997; 11: 209S-216S.
543. Connell R. Gender and power. Stanford: Stanford University Press; 1987.
544. Parker R. Empowerment, community mobilization and social change in face of HIV/Aids. 1996; 10: 27S-31S.
545. Choi K, Yep G, Kumekawa E. HIV prevention among Asian and Pacific Islander American men who have sex with men: a critical review of the theoretical models and directions of future research. *Aids Education and Prevention*. 1998; 10: 19-30.
546. Rijken M, Jones M, Heijmans M, Dixon A. Supporting self management. In: Nolte E, McKee M (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2008.
547. Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follic MJ, Abrams DB. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of changes as process and prediction variables. *Addictive Behaviors*. 1992; 17: 35-45.
548. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist*. 1992; 1102-1114.
549. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteorético no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]*. 2007; 12: 1641-1650.

550. DiClemente CC, Schlundt BS, Gemmel L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 2004; 13: 103-119.
551. Szupszynski KPR, Oliveira MS. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2008; 10: 162-173.
552. Szupszynski KPR, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*. 2008; 13: 31-39.
553. Figlie NBI, Dunn B, Laranjeira R. Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26: 91-99.
554. Lozano P, Schmalig K. PACI self-management support treatment manual pediatric asthma care study. Seattle: Center for Health Studies/Group Health Cooperatives; 1998.
555. Chapman-Novakofski K. Improvement in knowledge, social cognitive theory variables, and movement through states of change after a community-based diabetes education program. *J. Am. Diet. Assoc.* 2005; 105: 1613-1616.
556. Dijkstra A. The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain. *Clin. J. Pain*. 2005; 21: 27-37.
557. Miranda VM. Estilo de vida e estágios de mudança de comportamento para atividade física em mulheres de diferentes etnias em Santa Catarina. Florianópolis: Dissertação de Mestrado no Centro de Desporto da Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
558. Reis RS, Petroski EL. Aplicação da teoria cognitiva social para previsão das mudanças de comportamento em adolescentes brasileiros. *Rev. Bras. Cineantropom. Hum.* 2005; 7: 62-68.
559. Souza GS, Duarte MFS. Estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física em adolescentes. *Rev. Bras. Med. Esporte*. 2005; 11: 104-108.
560. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa Ação e Saúde em Floripa, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2008; 13: 44-56.
561. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr*; 12: 33-41.
562. Oliveira MCT, Duarte GR. O modelo transteórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr*. 2006; 19: 57-64.
563. Murta SG, Troccoli BJ. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. *Estud. Psicol.* 2005; 22: 157-166.
564. Guedes DP, Santos CA, Lopes CC. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. *Rev. Bras. Cineantropom. Hum.* 2006; 8: 5-15.
565. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr*. 1999; 12: 33-41.
566. Oliveira MCT, Duarte GR. O modelo transteórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr*. 2006; 19: 57-64.
567. Moreira RAM. Aplicação do modelo transteórico para consumo de óleos e gorduras e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional em um serviço de promoção da saúde.

- Belo Horizonte: Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
568. Toral N. Estágio de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes. São Paulo: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
569. Toral N, Slater B. Perception of eating practices and stages of change among Brazilian adolescents. *Preventive Medicine*. 2009; 48: 279-283.
570. Murta SG, Troccoli BJ. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoólistas. *Estud. Psicol*. 2005; 22: 157-166.
571. Laranjeira R, Oliveira RA, Nobre MRC, Bernardo WM. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Brasileira de Medicina, 2ª Ed; 2003.
572. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003; 16: 265-270.
573. Silva CAB. A educação nos tratamentos das doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*. 2006; 9: 195-196.
574. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell Ke et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002; 22: 73-107.
575. Spencer L, Adams TB, Malones S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*. 2007; 7: 428-443.
576. Marshall SJ, Biddle SJ. The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of application to physical activity and exercise. *Ann. Behav. Med*. 2001; 23: 229-246.
577. Littell JH, Girvin H. Stages of change: a critique. *Behav. Modif*. 2002; 26: 223-273.
578. Riemsmas RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *British Medical Journal*. 2003; 326: 1175-1177.
579. Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, Griffin C. The effect of transtheoretical model based interventions on smoking cessation. *Soc. Sci. Med*. 2009; 68: 397-403.
580. Salmela S, Poskiparta M, Kasila K, Vahasarja K, Vanhala M. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Educ. Res*. 2009; 24: 237-252.
581. Adams J, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ. Res*. 2004; 20: 237-243.
582. Sutton S. Back to the drawing board? A review of application of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*. 2001; 96: 175-186.
583. Brug J, Conner M, Harre N, Kremers S, McKellar S, Whitelaw S. The transtheoretical model and stages of change, a critique. Observations by five commentators on the paper by Adams, J. and White, M. Why don't stage-based activity promotion intervention work? *Health Educ. Res*. 2005; 20: 244-258.

584. Adams J, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ. Res.* 2004; 20: 237-243.
585. Prochaska JO. Moving beyond the transtheoretical model. *Addiction.* 2006; 101: 768-774.
586. Noar SM, Benac CN, Harris MS. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol. Bull.* 2007; 133: 673-693.
587. Hutchinson AJ, Breckon JD, Johnston LH. Physical activity behavior change based on the transtheoretical model: a systematic review. *Health Educ. Behav.* 2008; 36: 829-845.
588. Spencer L, Pagell F, Hallion ME, Adams TB. Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *Am. J. Health Promot.* 2002; 17: 7-71.
589. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavior Psychotherapy.* 1983; 11: 147-172.
590. Butler C, Rollnick S, Cohen D, Bachman M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smoker in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice.* 1999; 49: 611-616.
591. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health.* 1992; 1: 26-37.
592. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004; 72: 1050-1062.
593. Miller WR, Benefield RG, Tonign JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled study of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993; 61: 455-461.
594. Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse.* 1997; 2: 8-16.
595. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change: a guide for practitioners.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
596. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachman M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized controlled trial. *Br. J. General Practice.* 1999; 49: 611-616.
597. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005; 1: 91-111.
598. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. General Practice.* 2005; 55: 305-312.
599. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br. J. Health Psychol.* 2006; 11: 319-332.
600. Britt E, Hudson SM, Neville M, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling.* 2004; 53: 147-155.
601. Woollard J, Beilin L, Lord T, Puddey I, MacAdam D, Rouse I. A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Patient Education and Counselling.* 2004; 53: 147-155.

602. Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G, Abrams D. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Prev. Med.* 2005; 41: 815-821.
603. McNab C, Purcell R. The effectiveness of motivational interviewing for young people with substance use and mental health disorders. Canberra: National Youth Mental Health Foundation; 2009.
604. Moyers TB, Yahne CE. Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse.* 1998; 3: 30-33.
605. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2003; 16: 265-270.
606. Albernaz ALG, Passos SRL. Uso de substâncias psicoativas. In: Coutinho MFG, Barros, RR (Organizadores). *Adolescência: uma abordagem prática.* São Paulo: Liv. Atheneu; 2001.
607. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso do álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev. AMB.* 2004; 50: 305-313.
608. Oliveira MS, Andretta I, Rigoni MS, Szupszynski KPR. A entrevista motivacional com alcoolistas: um estudo longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2008; 21: 261-266.
609. Jaeger A, Oliveira MS, Freire SD. Entrevista motivacional em grupo com alcoolistas. *Temas em Psicologia.* 2008; 16: 97-106.
610. Sales CMB. Revisão da literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. *Psicol. Estud.* 2009; 14: 333-340.
611. Andretta I. A efetividade da entrevista motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
612. Andretta I, Oliveira MS. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia.* 2008; 25: 45-53.
613. Ramos SS. Princípios de mudanças de comportamentais e manejo dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul.* 2010; 20: 1-5.
614. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia.* 2006; 10: 91-99.
615. Abduch C. Grupos operativos com adolescentes. In: Ministério da Saúde. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.* Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Área do Adolescente e do Jovem; 1999.
616. Pichon-Rivière E. Historia de la técnica de los grupos operativos. *Temas de Psicología Social.* 1984; 6: 21-33.
617. Pichon-Rivière E. Una teoría del abordage de la prevención en el ambito del grupo familiar. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.
618. Bastos ABBI. A técnica de grupos operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo inFormação.* 2010; 14: 160-169.

619. Ritter T, Olschowsky BRL, Kohlrausch E. Grupos Operativos, Pichon Riviere (1907-1977). 2009 [acesso em 12 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf03008/material/pichon.ppt>.
620. Portarrieu ML, Tubert-Oklander J. Grupos operativos. In: Osório LC (Organizador). Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
621. Zimmerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
622. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2007; 11: 52-57.
623. Echevarrieta AB. El grupo operativo de Enrique Pichon-Rivière: análisis y crítica. Madrid: Memoria para optar al grado de doctor en el Departamento de Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid; 1999.
624. Freire M. O que é um grupo? In: Grossi E, Bordin J (Organizadores). A paixão de aprender. Petrópolis: Ed. Vozes, 12ª Ed; 2011.
625. Visca J. Clínica psicopedagógica: epistemologia convergente. Porto Alegre: Artes Médicas; 1978.
626. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad. Saúde Pública. 2003; 19: 1039-1047.
627. Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. Ciências & Saúde Coletiva. 2010; 15: 1123-1132.
628. Pereira FRL, Torres HC, Cândido NA, Alexandre LR. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. Cienc. Cuid. Saúde. 2009; 8: 594-599.
629. Santos MA, Peres DS, Zanetti ML, Otero LM. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. Rev. Enferm. UERJ. 2007; 15: 242-247.
630. Bueno D, Siebertz M. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da atenção primária à saúde. Rev. APS. 2008; 11: 468-473.
631. Moreira AC, Oliveira AAF, Costa LVF. A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
632. Sartori GS, van der Sand ICP. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de rocas e de vínculos entre os participantes. Rev. Eletr.Enf [periódico na internet] 2004 [acesso em 25 de maio de 2009] Disponível em <http://www.fe.ufg.br/revista/v06/n2>.
633. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Interface, Comunicação Saúde Educação. 2009; 13: 7-18.
634. Spadini LS, Souza MCBM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2006; 10: 132-138.
635. Samea M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em Terapia Ocupacional. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008; 19: 85-90.
636. Menezes JC. Atenção primária à saúde e puericultura: uma proposta de intervenção. Belo Horizonte: NESCON/Faculdade de Medicina da UFMG; 2010.
637. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. Rev. APS. 2009; 12: 293-301.

638. New Health Partnerships. Problem solving. 2008 [acesso em 21 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.newhealthpartnerships.org>.
639. Bodenheimer T, Lorig K, Holnick H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002; 288: 2469-2475.
640. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control in risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004; 291: 335-342.
641. Afonso NM, Nassif G, Aranha AN, Delor B, Cardozo LJ. Low-density lipoprotein cholesterol goal attainment among high-risk patients: does a combined intervention targeting patients and providers work? *Am. J. Manag. Care*. 2006; 12: 589-594.
642. Roumie CL, Elasy TA, Greevy R, Griffin MR, Liu X, Stone W et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. *Ann. Intern. Med.* 2006; 145: 165-175.
643. Ferris TG, Saglam D, Stafford RS, Cousino N, Starfield B, Culpepper L, Blumenthal D. Changes in daily practice of primary care for children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998; 152: 227-233.
644. Stafford RS, Saglam D, Causino N, Starfield B, Culpepper L, Marder WD, Blumenthal D. Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. *Arch. Fam. Med.* 1999; 8:26-32.
645. Mechanic D, McAlpine MA, Rosenthal M. Are patients' office visit with physician getting shorter? *N. Engl. J. Med.* 2001; 344:198-204.
646. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. *British Medical Journal*. 1999; 319: 738-743.
647. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med. Care*. 1990; 28:19-28.
648. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware Jr JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann. Intern. Med.* 1996; 124:497-504.
649. Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers WH, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. *Med. Care*. 1995; 33:1176-1187.
650. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, Brink-Muinen AVD, Bensing J, Maeseneer JD. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ. Couns.* 2004; 54:227-233.
651. Yarnall KSH, Pollack KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am. J. Public Health*. 2003; 93: 635-641.
652. Ostbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollack KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann. Fam. Med.* 2005; 3: 209-214.
653. Bodenheimer T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA*. 2007; 298: 2048-2055.
654. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74: 511-544.

655. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliot M et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? *Ann. Fam. Med.* 2004; 2: 405-410.
656. Bodenheimer T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine.* 2008; 359: 2086-2089.
657. Center for Studying Health System Change. Physician survey. 2008 [acesso em 11 de novembro de 2009]. Disponível em <http://www.hschange.com>.
658. Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA.* 1984; 252: 2441-2446.
659. O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med. Care Rev.* 1992; 49: 435-454.
660. Morris LA, Tabak ER, Gondek K. Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. *Med. Care.* 1997; 35: 996-1007.
661. Dugdale DC. Time and the physician-patient relationship. *J. Gen. Intern. Med.* 1999; 14:34-40.
662. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health.* 1989; 10: 163-180.
663. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163: 83-90.
664. Schillinger D, Machinger F, Wang F, Rodriguez M, Bindman A. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Healthcare Research and Quality. *Advances in patient safety: from research to implementation.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
665. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.* Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 3ª edição; 1977.
666. Welch HG, Schwartz LM, Wolosin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health.* Boston: Bacon Press; 2011.
667. Brownlee S. *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer.* New York: Bloomsbury USA; 2008.
668. Gusso G. *Os rumos da atenção primária e da estratégia de saúde da família no Brasil.* Brasília: Simpósio de Política e Saúde do CEBES; 2011.
669. Gérvás J, Fernández MP. Los daños provocados por la promoción y por las actividades preventivas: dañar por prevenir. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada (periódicos na internet)* 2009 [acesso em 12 de março de 2011]; Vol. 1: ISS 4, Article 6. Disponível em <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/6>.
670. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal.* 2002; 324: 886-891.
671. Teixeira C. *O futuro da prevenção.* Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
672. Napoli M. PSA screening test for prostate cancer: an interview with Otis Brawley. Center for Medical Consumers. 2003 [acesso em 6 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://medicalconsumers.org/2003/05/01/psa-screening-test-for-prostate-cancer>.

673. Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh: Churchill Livingstone, Third edition; 2009.
674. Vennemann M, Fischer D, Bajamowski T. Prevention of sudden infant death syndrome (SIDS) due to an active health monitoring system 20 years prior to the public "Back to Sleep" campaigns. *Arch. Dis. Child.* 2006; 91: 144-146.
675. Gérvas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac. Sanit. Bilbao.* 2007; 104: 93-96.
676. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann. Intern. Med.* 2002; 136: 701-703.
677. Charap MH. The periodic health examination: genesis of myth. *Ann. Intern. Med.* 1981; 95: 733-735.
678. Birnbaum S. CT scanning: to much of a good thing. *British Medical Journal.* 2007; 334-1106.
679. Jimeno J, Molist N, Serrano V, Serrano L, Gracia R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en diabetes mellitus 2. *Aten. Primaria.* 2005; 35: 30-36.
680. Jamouille M, Roland M, Bentsen N, Klinkman M, Falkoe E, Bernstein B et al. Working fields and prevention domains in general practices/Family medicine. 2002 [acesso em 23 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://docpatient.net/mj/prev.html>
681. Lippman H. Practice in the twenty-first century. *Hippocrates.* 2000; 1: 38-43.
682. Johnson BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2008.
683. National Health Service. Equity and excellence: liberating the NHS. London: The Stationery Office; 2010.
684. Heath I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care.* 2010; 10: 10-11.
685. Gusso G. Necessidades do SUS e processos de geração de educadores. Brasília: Departamento de Gestão e de Educação em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde/Ministério da Saúde; 2007.
686. Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM (Organizador). *A saúde nas palavras e nos gestos.* São Paulo: Hucitec; 2001.
687. Meador CK. The art and science of nondisease. *New England Journal of Medicine.* 1965; 14: 92-95.
688. Pilowsky I. Abnormal illness behavior. *Br. J. Med. Psychol.* 1969; 42: 347-351.
689. McWhinney I, Freeman T. Manual de medicina da família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 3ª edição; 2010.
690. Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor; 2005.
691. McWhinney I. The importance of being different. *British Journal of General Practice.* 1996; 46: 433-436.
692. Gawande A. Complications: a surgeon's notes on an imperfect science. London: Profile Books; 2002.

693. Groopman J. Second opinions: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine. New York: Penguin; 2001.
694. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev. APS. 2008; 11: 285-294.
695. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br. J. Gen. Pract. 2000; 50: 882-887.
696. Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice. JAMA. 1999; 282: 2313-2320.
697. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. J. Gen. Intern. Med. 2005; 20: 531-535.
698. Street RL, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. Med. Care. 2005; 43: 960-969.
699. Coulter A, Magee H. The European patient of the future. Maidenhead: Open University Press; 2003.
700. Finset A. Emotions, narratives and empathy in clinical communication. International Journal of Integrated Care. 2010; 10: 53-55.
701. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. British Journal of Cancer. 2003; 88: 658-665.
702. Graugaard PK, Holgersen K, Finset A. Communicating with alexithymic and non-alexithymic patients: an experimental study of the effect of psychosocial communication and empathy on patient satisfaction. Psychotherapy and Psychosomatics. 2004; 73: 92-100.
703. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br. J. Gen. Pract. 2002; 52: S9-12.
704. Kim SS, Koploviz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Evaluation and the Health Professions. 2004; 27: 237-251.
705. Adler HM. Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: an emerging dialogue. Journal of General Internal Medicine. 2007; 22: 280-285.
706. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda : have we improved ? JAMA. 1999; 281: 283-287.
707. Folha de São Paulo. Consulta a jato. Editorial de 14 de outubro de 2011.
708. Leader D, Corfield D. Por que as pessoas ficam doentes? Como a mente interfere no bem-estar físico. Rio de Janeiro: BestSeller; 2009.
709. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. British Medical Journal. 2000; 320: 526-527.
710. New Health Partnerships. Supporting self-management: emphasizing patient role. 2008 [acesso em 21 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.newhealthpartnerships.org>.
711. Picker Institute. Principles of patient-centered care. 2011 [acesso em 7 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>

712. Johnson BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2008.
713. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann. Intern. Med.* 1984; 101: 692-696.
714. Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine.* 1986; 11: 28-30.
715. Svarstad B. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In: Mechanic D (Editor). *The growth of bureaucratic medicine.* New York: Wiley; 1976.
716. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Mayo F. Doctor-patient communication and outcomes among diabetes patients. *J. Health Commun.* 1975; 1: 15-27.
717. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health.* 1989; 10: 163-180.
718. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, Fernandez A, Somkin CP, Wilson CC. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann. Fam. Med.* 2006; 4: 54-62.
719. Morrison S. Self management support: helping clients set goals to improve their health. Nashville: National Health Care for Homeless Council; 2007.
720. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
721. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. 1999 [acesso em 18 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsFTito.htm>.
722. Bastiaens H, von Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling.* 2007; 68:33-42.
723. Bieber C, Muller KG, Blumentiel K, Schneider A, Richter A, Wilkie S et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia: a qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling.* 2006; 63: 357-366.
724. Stevenson FA, Cox K, Britten N, Dundar Y. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations.* 2004; 7: 235-245.
725. Griffin S, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine.* 2004; 2:595-608.
726. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *British Medical Journal.* 2006; 333:417-419.
727. Ottawa Health Research Institute. Patient decision Aids. 2008 [acesso em 28 de abril de 2009]. Disponível em: <http://www.ohri.ca>.
728. Maly RC, Abrahamse AF, Hirsch SH, Frank JC, Reuben DB. What influences physician practice behavior? An interview study of physicians who received consultative geriatric assessment recommendations. *Arch. Family Med.* 1996; 5: 448-454.

729. Kennedy AP, Rogers AE. Improving patient involvement in chronic disease management: the views of patients, GPs and specialists on a guidebook for ulcerative colitis. *Patient Educ. Couns.* 2002; 47: 257-263.
730. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.* 2003; 29: 563-574.
731. Wetzels R, Geest TA, Wensing M, Ferreira PL, Grol R, Baker R. GP's views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Educ. Couns.* 2004; 53: 183-188.
732. Australian Government. Towards a national primary health care strategy: a discussion paper from the Australian Government. Canberra: Department of Health and Ageing; 2008.
733. Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann. Fam. Med.* 2005; 3: 415-421.
734. Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
735. Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Smith SB, Stone S. Patient-centered care: improvement guide. Camden: Picker Institute; 2008.
736. Hornberger J, Thom D, Macurdy T. Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patient's concern in primary care. *J. Gen. Intern. Med.* 1997; 12: 597-606.
737. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.* 2000; 15: 259-267.
738. Lasater L. Patient literacy, adherence, and coagulation therapy outcomes: a preliminary report. *Journal of General Internal Medicine.* 2003; 18: 179.
739. Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. Washington: The National Academies Press; 2003.
740. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: The National Academies Press; 2004.
741. Von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine.* 2006; 63:1344-1351.
742. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parish NS, Coates W, Imara M. The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine.* 1996; 5: 329-334.
743. Barrett SE, Puryear JS, Westpheling K. Health literacy practices in primary care settings: examples from the field. New York: The Commonwealth Fund; 2008.
744. Eakin EG, Bull SS, Glasgow RE, Mason M. Reaching those most in need: a review of diabetes selfmanagement interventions in disadvantaged populations. *Diabetes Metabolism Research and Reviews.* 2002;18: 26-35.
745. Gustafson DH, Hawkins RP, Boberg EW, McTavish F, Owens B, Wise M et al. CHESS: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *International Journal of Medical Informatics.* 2002; 65: 169-177.

746. Munhoz FJS, Baggio MS, Sizenando KMC, Scutato R. Alfabetizando com saúde: uma inovação social baseada no trabalho voluntário. *Revista Gestão Pública em Curitiba*. 2011; 2: 3-7.
747. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da atenção primária à saúde nos estados*. Brasília: CONASS; 2011.
748. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; 2001.
749. Cervený CMO, Berthoud CM. *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
750. Souza RA. Tipos de família. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://medicinadefamiliabr.blogspot.com/2011/01/tipos-de-familia.html>
751. Ministerio de Salud de Chile. *Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria*. Santiago: Departamento de Diseño e Gestión de APS/División de Atención Primaria/ Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2008.
752. Ditterich RG. *O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do Programa de Saúde da Família (PSF) de Curitiba, PR [monografia de especialização]*. Curitiba: Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2005.
753. Mendes EV. *O processo social de distritalização da saúde*. In: Mendes EV (Organizador). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, Terceira Edição; 1995.
754. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina 6, Abordagem familiar*. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
755. Velschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de saúde da família. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2002; 59: 314-316.
756. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família em Curitiba, PR. *Saúde Soc*. 2009; 18: 515-524.
757. Moysés SJ, Silveira Filho AD. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.
758. Rakel RE. *Tratado de medicina da família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 5ª edição; 1997.
759. Duvall EM. *Family development*. Philadelphia: Lippincott, 5th edition; 1977.
760. Schutz WC. *FIRO: a three dimensional theory of interpersonal behavior*. New York; Holt, Rinehart & Wilson; 1958.
761. Doherty WJ, Colangelo N. The family FIRO model: a modest proposal for organizing family treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1984; 10: 19-29.
762. Librach SL, Talbot Y. Understanding dying patients and their families: using the family FIRO model. *Canadian Family Physician*. 1991; 37: 404-409.

763. Walters I. P.R.A.C.T.I.C.E. Ferramenta de acesso à família. In: Wilson L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 1996.
764. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6: 1231-1239.
765. Martini AM, Sousa FGM, Gonçalves APF, Lopes MLH. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. *Rev. Eletr.Enf.* [periódico na internet] 2007 [acesso em 18 de julho de 2009]. Vol.9, Nº 2. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>.
766. Rocha M, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2002; 10: 709-714.
767. Duarte YAO. Família, rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
768. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1994.
769. Mladovski P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: London School of Economics and Political Science; 2006.
770. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. *Rev. Saude Pública.* 2007; 41: 139-149.
771. Scott C, Hofmeyer A. Network and social capital: a relational approach to primary care reform. *Health Research Policy and Systems.* 2007; 5: 9.
772. Schaefer J, Miler D, Goldstein M, Simmons L. Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
773. Department of Health. Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London: Department of Health; 2005.
774. Colin-Thome D. O princípio da integralidade. São Paulo: Seminário Internacional 20 anos do SUS; 2008.
775. Ham CA, Parker H, Singh D, Wade E. Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick: Institute for Innovation and Improvement; 2007.
776. Kaiser Permanente. La salud em casa: guia práctica de Healthwise y Kaiser Permanente. Boise: Kaiser Permanente; 2004.
777. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot. Pract.* 2005; 6: 37-43.
778. Horner SD. Using the Open Airways curriculum to improve self-care for third grade children with asthma. *J. Sch. Health,* 68: 329-33, 1998.
779. LeFort SM. A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. *J. Nursing Scholarship.* 2000; 32:153-160.

780. Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomized, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioral therapy in primary care. *Br. J. Gen. Pract.* 2003; 53: 764-770.
781. Steinweg KK, Killingsworth RE, Nannini RJ, Spayde J. The impact on a health care system of a program to facilitate self-care. 1998; *Mil. Med.*, 163: 139-144.
782. Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ.* 2005; 31: 225-234.
783. Mesters I, Meertens R, Kok G, Parcel GS. Effectiveness of a multidisciplinary education protocol in children with asthma (0-4 years) in primary health care. *J. Asthma.* 1994; 31: 347-359.
784. Tschopp JM, Frey JG, Pernet R, Burrus C, Jordan B, Morin A et al. Bronchial asthma and self-management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary programme in health network. *Swiss Med. Wkly.* 2002; 132: 92-97.
785. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown Jr B, Bandura A. Chronic disease self-management program: 2 year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care.* 2001; 39: 1217-1223.
786. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Ed. Couns.* 2002; 48: 177-187.
787. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub. Health Nurs.* 2002; 19:11-20.
788. Fu D, Hua F, McGowan P, Yei S, Lizhen Z. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003; 81: 174-182.
789. Lorig KR, Ritter PL, González VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs. Res.* 2003; 52: 361-369.
790. Hainworth J, Barlow J. Volunteers' experiences of becoming arthritis self-management lay leaders: it's almost as if I've stopped aging and started to get younger! *Arthritis Rheum.* 2001; 45: 378-383.
791. Struthers R, Hodge FS, De Cora L, Cantrell BG. The experience of native peer facilitators in the campaign against type 2 diabetes. *J. Rural Health.* 2003; 19: 174-180.
792. Barlow JH, Bancroft GV, Turner AP. Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed. Res.* 2005; 20: 128-136.
793. Singh D. *Wich staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature.* Birmingham: Health Services Management Centre; 2005.
794. Department of Health. *The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century.* London: Department of Health; 2001.
795. Stanford Patient Education Research Center. *Patient education in Department of Medicine* [acesso em 13 de maio de 2009]. Disponível em <http://www.patienteducation.stanford.edu>.
796. Osborne RH, Wilson T, Lorig KR, McColl GJ. Does self-management lead to sustainable health benefit in people with arthritis?: a 2-year transition study of 452 australians. *J. Rheumatol.* 2007; 34: 1-6.

797. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163:585-591.
798. Lorig K, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: a randomized trial. *Medical Care.* 1999; 37: 5-14.
799. Generalitat de Catalunya. Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona: Departament de Salut; 2007.
800. González AM, Fabrellas NP, Agramunt MP, Rodríguez EP, Grifell EM. De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódico na internet]* 2008 [acceso em 21 de outubro de 2009]. Vol. 1: ISS 1, Article 3. Disponível em: <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/3>.
801. Shames RS, Share KP, Mayer M, Robinson TN, Hoyle EG, Hensley FG et al. Effectiveness of a multicomponent self-management program in at-risk, school-aged children with asthma. *Ann. Allergy Asthma.* 2004; 92: 611-618.
802. Choy DK, Tong M, Ko F, Li ST, Ho A, Chan J et al. Evaluation of the efficacy of a hospital-based asthma education programme in patients of low socio-economic status in Hong Kong. *Clin. Exp. Allergy.* 1999; 29: 84-90.
803. Ghosh CS, Ravindran P, Joshi M, Stearns SC. Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. *Soc. Sci. Med.* 1998; 46: 1087-1093.
804. Gallefoss F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. *Patient Educ. Couns.* 2004; 52: 259-266.
805. Wright SP, Walsh H, Ingley KM, Muncaster PA, Gamble GD, Pearl A. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur. J. Heart Fail.* 2003; 5: 371-380.
806. Chiang LC, Huang JL, Lu CM. Effects of a self-management asthma educational program in Taiwan based on PRECEDE-PROCEED model for parents with asthmatic children. *J. Asthma.* 2004; 41: 205-215.
807. Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am. J. Health Prom.* 2004; 19: 81-93.
808. Clement S. Diabetes self-management education. *Diabetes Care.* 1995; 18: 1204-1214.
809. Bodenheimer T, MacGregor K, Sharifi C. Helping patients manage their chronic conditions. Oakland: California Healthcare Foundation; 2005.
810. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2001; 24: 561-587.
811. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot. Pract.* 2005; 6: 37-43.
812. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *Am. Psychol.* 2002; 57: 705-717.
813. van Dam HA, van der Hort F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care. *Patient Educ. Couns.* 2003; 51: 17-28.

814. Boulware LE, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Laurence RS, Powe NR. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am. J. Prev. Med.* 2001; 21: 221-232.
815. Marti M, Fabrellas N, Chicote S, Escribano V, Raventos A, Padilla N. Llamada al autocuidado: seguimiento telefónico a enfermedades crónicas. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódico na internet]*. 2009 [acesso em 11 de abril de 2010]. Vol 1, ISS 3, Article 6. Disponível em <http://pub.bsaut.net/risai/vol1/iss3/6>.
816. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care.* 2002; 25: 1159-1171.
817. Griffin S, Kinmonth AI. Systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000; 2, CD000541.
818. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 1, CD005182.
819. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am. J. Prev. Med.* 2002; 22: 267-284.
820. Kanaan SB. Promoting effective self-management approaches to improve chronic disease care: lessons learned. Oakland: California Healthcare Foundation; 2008.
821. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur. J. Heart Fail.* 2003; 5: 363-370.
822. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca de España. *Rev. Esp. Cardiol.* 2006; 59: 166-170.
823. Handley M, MacGregor K, Schillinger D, Sharifi C, Wong S, Bodenheimer T. Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors. *J. Am. Board Fam. Med.* 2006; 19:224-231.
824. Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J. The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Prev. Med.* 2002; 35:25-41.
825. Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am. J. Health Promot.* 2004; 19:81-93.
826. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública.* 2005; 21: 379-386.
827. Sobel D. Patient as partners: improving health and cost outcomes with selfcare and chronic disease self-management. 2003 [acesso de 23 setembro de 2009]. Disponível em <http://www.natpact.nhs.uk/uploads/DavidSobel.ppt>
828. Kaiser Permanente. La salud en casa: guia práctica de Healthwise y Kaiser Permanente. Boise: Kaiser Permanente; 2004.
829. Barlow JH, Williams B, Wright CC. Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. *Patient Ed. Couns.* 2001; 44: 205-214.

830. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. *British Medical Journal*. 1990; 301: 1355-1359.
831. Kabcenell AI, Langley J, Hupke C. *Innovations in planned care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovations Series; 2006.
832. Moore LG. Escaping the tyranny of the urgent by delivering planned care. *Fam.Pract.Manag*. 2006; 13: 37-40.
833. Irani M, Dixon M, Dean JD. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal of Royal Society of Medicine*. 2007; 100: 75-77.
834. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. 2004; 14: 246-251.
835. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N. Engl. J. Med*. 1995; 333:1190-1195.
836. Philbin EF. Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure. *J. Gen. Int. Med*. 1999; 14:130-135.
837. Rich MW. Heart failure disease management: a critical review. *J. Card. Fail*. 1999; 5: 64-75.
838. Philbin EF, Rocco TA, Lindenmuth NW, Ulrich K, McCall M, Jenkins PL. The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure: the MISCHF Study Investigators. *Am. J. Med*. 2000; 109: 43-449.
839. Gonseth J, Castellón PG, Banejas JR, Artajelo ER. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur. Heart J*. 2004; 25: 1570-1595.
840. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008.
841. Arruda JR. Lançamento das UPASs. *Correio Braziliense*, 20 de dezembro de 2008.
842. Pestana M. Devagar com a UPA. *O Globo*, 11 de novembro de 2008.
843. Bodenheimer T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine*. 2008; 359: 2086-2089.
844. Campbell SM, Hacker J, Hann M, Burns C, Oliver D, Thapar A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice. *British Medical Journal*. 2001; 323:784-787.
845. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. *Br. J. Gen. Pract*. 2002; 52:1012-1020.
846. Clements D, Dault M, Priest A. Effective teamwork in health care: research and reality. 2007 [acesso em 6 de fevereiro de 2008]. Disponível em <http://www.healthcarepapers.com>.
847. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J. Health Serv. Res. Policy*. 2004; 9: 28-38.
848. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

849. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*. 2000; 320: 569-572.
850. Wagner EH. Population-based management of diabetes care. *Patient Education and Counselling*. 1995; 26: 225-230.
851. Bowey AM, Conelly R. Application of the concept of grouping working. Glasgow: University of Strathclyde Business School; 1977.
852. McGregor D. The human side of enterprise. New York: McGraw-Hill; 1960.
853. Andreason LE, Coriat B, den Hertog F, Kaplinsky R (Editors). Europe's next step: organisational innovation, competition and employment. Essex: Frank Cass; 1995.
854. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. CHSRF Synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.
855. Dartmouth Medical School/Center for Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth/Institute for Healthcare Improvement. Clinical Mycosystem Action Guide: Improving health care by improving your mycosystem. 2004 [acesso em 17 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.clinicalmycosystem.org>
856. Mendes EV. A análise de tarefas no desenho de programas de saúde. Montes Claros: IPPEDASAR; 1973.
857. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs. Res.* 1995; 44: 332-339.
858. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*. 2002; 324: 819-823.
859. Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of healthcare services? *Med. Care Res.* 2009; 66: 355-395.
860. Roblin DW, Howard DH, Becker ER, Kathleen A, Roberts MH. Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an MCO. *Health Serv. Res.* 2004; 39: 607-626.
861. Laurant M, Hermens R, Braspening J, Grol R, Sibbald B. Nurse practitioners do not reduce the workload of GPs. *British Medical Journal*. 2004; 328: 927-930.
862. Barr DA. The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann. Intern. Med.* 1995; 122: 353-359.
863. Cohen SG, Bailey DE. What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *J. Manag.* 1997; 23: 239-290.
864. Feiger SM, Schmitt MH. Collegiality in interdisciplinary health teams: its measurement and its effects. *Soc. Sci. Med.* 1979; 13: 217-229.
865. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez LSM, Pinault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 188.

866. Murchie P, Campbell NC, Rithie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326: 84.
867. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Wesseling GJ, van Schayck CP, Spreeuwenberg C. Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary health care: early detection with the support of non-physician. *J. Clin. Nurs*. 2003; 12: 366-373.
868. Halcomb E, Davidson P, Daly J, Yallop J, Toffler G. Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2004; 3: 135-147, 2004.
869. Roblin DW, Becker ER, Adams EK, Howard DH, Roberts MH. Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? *Med. Care*. 2004; 42: 579-590.
870. Bernstein C, Bjorkman I, Caramona M, Crealey G, Frokjaer B, Grundberger E et al. Improving the well-being of elderly patients via community-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging*. 2001;18:63-77.
871. Finley PR, ReinsHR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, Lee JY, Bero LA. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*. 2003; 23: 1175-1185.
872. Taylor CT, Byrd DC, Krueger K. Improving care in rural Alabama with pharmacy initiative. *Am.J.Health Syst. Pharm*. 2003; 60: 1123-1129.
873. Lorig KR, Mazonson P, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*. 1993; 36: 439-446.
874. Witmer A, Seifer SD, Finocchio L, Leslie J, O'Neill EH. Community health workers: integral members of the health care work force. *Am. J. Public Health*. 1995; 85: 1055-1058.
875. Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW, Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde em Debate*. 1996; 51:38-43.
876. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação dos trabalhos dos agentes comunitários da saúde. *Saúde em Debate*. 1996; 51: 4-15.
877. Gonzaga AA, Muller Neto JS. Usuários avaliam as equipes de saúde da família em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2000; 1:53-56.
878. Silva JA. O agente comunitário do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001.
879. Sousa MF. Agentes comunitários de saúde: choque de povo. São Paulo: Ed. Hucitec; 2001.
880. Carvalho VLM. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçerica da Serra [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
881. Nunes MO, Trad LB, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*. 18:1639-46.
882. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20:197-203.

883. Chaves SMM. As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de Presidente Prudente [dissertação de mestrado]. Presidente Prudente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIOESTE; 2005.
884. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PSF e PACS: uma análise de sua vivência profissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2006; 18: 43-51.
885. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 131-144.
886. Simon GE, Katon WJ, von Korff M, Unutzer J, Lin EHB, Walker EA et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am. J. Psychiatry*. 2001; 158: 1638-1644.
887. Katon W, Russo J, von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J. Gen. Intern. Med*. 2002; 17: 741-748.
888. Simon GE, von Korff M, Ludman EJ, Katon WE, Rutter C, Unutzer J et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med. Care*. 2002; 40: 941-950.
889. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288: 2836-2845.
890. Asarnow JR, Jaycox LH, Duran N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005; 293: 311-319.
891. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V et al. Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community. *British Medical Journal*. 1998; 316: 23-27.
892. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Shortliffe EA, Landsman PB, Cowper PA et al. A nurse coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health-related quality of life. *J. Gen. Int. Med*. 1995; 10: 59-66.
893. Lenz ER, Mundiger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med. Care Res. Rev*. 2004; 61: 332-351.
894. Dickinson LM, Rost K, Nutting PA, Elliot CE, Keeley RD, Pincus H. RCT of a care manager intervention for major depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs psychological complaints. *Ann. Fam. Med*. 2005; 3: 15-22.
895. Modell M, Wonke B, Anionwu E, Khan M, Tai SS, Lloyd M, Modell B. A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomized controlled trial of screening for haemoglobin disorders. *British Medical Journal*. 1998; 317: 788-791.
896. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbam M, Duan N, Meredith L, Unutzer J et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000; 283: 212-220.

897. Stevenson K, Baker R, Farooqia A, Sorriea R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam. Pract.* 2001; 18: 21-26.
898. Patterson E. Alberta primary care improvement project: Chinook Primary Care Network. Edmonton: Alberta Health and Wellness; 2006.
899. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *J. Interprof. Care.* 2003; 17: 223-237.
900. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete. Belo Horizonte: SAS/SAPS/SESMG; 2007.
901. Masley S, Sokoloff J, Hawes C. Planning group visits for high-risk patients. *Family Practice Management.* 2000 [acesso em 12 de dezembro de 2007]. Disponível em <http://www.aafp.org>.
902. Group Health Cooperative. Visit starter kit. 2001 [acesso em 25 de janeiro de 2007]. Disponível em <http://www.ghc.org>.
903. Hartnett T. Group visit to family physicians result in improved outcomes. 2006 [acesso em 23 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/545271>
904. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Schindler RS, Klima C, Reynolds H, Magripes U. Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study in public clinics. *Obstet. Gynecology.* 2003; 102: 1051-1057.
905. Theobald M, Masley S. A guide to group visit for chronic conditions affected by overweight and obesity. Leawood: American Academy of Family Physicians. s/data.
906. American Academy of Family Physicians. Group visits: shared medical appointments. 2005 [acesso em 21 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qitools/pracredesign/january05.html>
907. Agency for Healthcare Research and Quality. Group visits. 2001 [acesso em 21 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.cahps/ahrq.gov/Quality-Improvement/Improvement-Guide/Browse-Interventions/Communication/Group-Visits.aspx>
908. Houck S, Kilo C, Scott J. Group visits. 2003 [acesso em 23 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.umassmed.edu/uploadedFiles/diabetes/resources/GroupVisits101.pdf>
909. Scott JC, Robertson B. Kaiser Colorado's cooperative health care clinics: a group approach to patient care. *Managed Care Q.* 1996; 4: 41-45.
910. Beck A, Scott J, Williams P, Robertson B, Jackson D, Gale G. et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the cooperative health care clinic. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997; 45: 543-549.
911. Terry K. Should doctors see patients in group sessions? *Medical Economics.* 1997; 74: 74-95.
912. Noffsinger E. Will drop-in group medical appointments work in practice? *The Permanente Journal.* 1999; 3: 58-67
913. Sadur CN, Moline N., Costa M., Michalik D., Mendlowitz D., Roller, S. et al. Diabetes management in a health maintenance organization: efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care.* 1999; 22: 2011-2017.

914. Thompson E. The power of group visits. *Modern Healthcare*. 2000; 5: 54-62.
915. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Cuidado compartilhado (CUCO). Curitiba: Centro de Informação em Saúde/SMS de Curitiba; 2011.
916. Martin JA, Avant RF, Bucholtz JR, Evans KG, Green LA, Henely DE et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann. Fam. Med.* 2004; 2: S3-S32.
917. Jaber R, Braksmajer A, Trilling J. Group visits for chronic illness care: model, benefits and challenges. *Fam. Pract. Manag.* 2006; 13: 37-40.
918. Balasubramanian BA, Chase SM, Nutting PA, Cohen DJ, Strickland PAO, Crosson JC. et al. Using learning teams for reflective adaptation (ultra): insights from a team-based change management strategy in primary care. *Ann. Fam. Med.* 2010; 8: 425-432.
919. Group Health Cooperative. Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams. 2001 [acesso em 13 de janeiro de 2007]. Disponível em: <http://www.ghc.org>.
920. House of Commons. NHS continuing care, volume I: report, together with formal minutes, oral and written evidence. London: The Stationery Office Limited; 2005.
921. Capital Care. Capital Care renovating older centres. 2011 [acesso de 14 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.capitalcare.net>
922. Albieri FAO. O caso de Diadema. Brasília: Seminário sobre Regulação na APS, Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
923. Moore G. The case of disappearing generalist: does it need to be solved? *Milbank Q.* 1992; 70: 361-379.
924. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
925. Institute of Medicine. The future of nursing: leading change, advancing health. Washington: The National Academies Press; 2011.
926. Ryden MB, Snyder M, Gross CR, Savik K, Pearson V et al. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. *Gerontologist.* 2000; 40: 654-662.
927. Griffiths C, Foster G, Barnes N, Eldridge S, Tate H, Begun S et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma. *British Medical Journal.* 2004; 328:144.
928. Kamps AWA, Roorda RJ, Kimpen JLL, Groes AWD, Peek LCJAM, Brand PLP. Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. *Eur. Respir. J.* 2004; 23: 304-309.
929. Greineder DK, Loane KC, Parks P. Reduction in resource utilization by an asthma outreach program. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1995; 149: 415-420.
930. Blue L, Lang E, McMurray JJ, McDonagh TA, Murdoch DR, Petrie M et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *British Medical Journal.* 2001; 323: 715-718.

931. Alves Júnior AC. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 [acesso em 26 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/apsredes>.
932. Moraes EM. Centro Mais Vida Macro Centro I. Belo Horizonte: Instituto Jenny de Andrade Faria de atenção à saúde do idoso/Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG; 2011.
933. Gusso G. Panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005.
934. Starfield B. Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. Recife: Terceiro Seminário Internacional: avaliação da APS e gestão por resultados; 2007.
935. Jarman BS, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A et al. Explaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*. 1999; 318:1515-1520.
936. Vogel RL, Ackerman RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *International Journal of Health Services*. 1998; 28:183-196.
937. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Services Research*. 2004; 4:12.
938. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24: 252-254.
939. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*. 2003; 35:60-64.
940. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties: a comparison of urban and rural areas. *Public Health*. 2005; 119:699-710.
941. 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.
942. O'Malley AS, Forrest CB, Politzer RM, Wulu JT, Shi L. Health Center trends, 1994-2001: What do they portend for the federal growth initiative? *Health Affairs*. 2005; 24:465-472.
943. Starfield B, Shi L, Macinko J. Primary care contributions to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83: 457-502.
944. Regan J, Schempf AH, Yoon J, Politzer RM. The role of federally funded health centers in serving the rural population. *Journal of Rural Health*. 2003;19:117-124.
945. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J. Fam. Pract.* 1994; 39:123-128.
946. Roos NP. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*. 1979;16:73-83.
947. Fujisawa R, LaFortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: OECD, Health Working Papers n° 41, DELSA/HEA/WDIHWP; 2008.

948. Medicare Payment Advisory Commission. Healthcare spending and the Medicare program. 2005 [acesso em 22 de julho de 2007]. Disponível em: <http://www.medpac.gov>.
949. Roper WL. Perspectives on physician payment reform. *New England Journal of Medicine*. 1998; 319: 865-867.
950. Starfield B. Challenges to research on equity in health. Adelaide: 4th Biennial Meeting of the International Society for Equity in Health; 2006.
951. Noren J, Frazier T, Altman I, Delozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. *N. Engl. J. Med.* 1980; 301: 11-16.
952. Farrel DI, Worth RM, Mishina K. Utilization and cost effectiveness of a family practice center. *J. Fam. Pract.* 1982; 5: 957-962.
953. Engel W, Freund DA, Stein JA, Fletcher RH. The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. *Med. Care*. 1989; 27: 306-314.
954. Starfield B. Entrevista. *Boletim Saúde para Todos*. 2005; 1:1.
955. Starfield B. The primary solution: put doctors where they count. 2005 [acesso em 13 de dezembro de 2008]. Disponível em <http://www.bostonreview.net/BR30.6/Starfield.html>.
956. Deutchman ME, Sills D, Connor PD. Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. *J. Am. Board Fam. Pract.* 1995; 8: 440-447.
957. Huetson WJ, Applegate JA, Mansfield CJ, King DE, McClafin RR. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *J. Fam. Pract.* 1995; 40: 345-351.
958. Pinotti JA. PSF. Folha de São Paulo, 30 de novembro de 2008.
959. The Commonwealth Fund. Reducing care fragmentation. *s/data* [acesso em 12 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>.
960. Friedman NM, Gleeson JM, Kent MJ, Foris M, Rodriguez DJ, Cypress M. Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. *Effective Clin. Pract.* 1998; 1: 5-11.
961. Katon W, von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. *JAMA*. 1995; 273: 1026-1031.
962. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lohhart J, Sundaram V et al. Care Coordination Atlas Version 3. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
963. Antonelli RC, McAllister JW, Popp J. Making care coordination a critical component of the pediatric healthcare system: a multidisciplinary framework. New York: The Commonwealth Fund; 2009.
964. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Care coordination, Volume 7. In: Shojania KG, McDonald KM, Watcher RM, Owens (Editors). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies: Volume 7, Care Coordination*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
965. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchil DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J. Gen. Intern. Med.* 2000; 15: 626-631.
966. Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information. *JAMA*. 1980; 243: 1650-1652.

967. NCQA Patient-Centered Medical Home. National Committee for Quality Assurance (NCQA). Care coordination standards. 2011 [acesso em 2 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.ncqa.org>
968. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. *Can. Fam. Physician.* 2009; 55: 621-625.
969. Reichman M. Optimizing referrals & consults with a standardized process: successful referrals and consultations depend on open and sussint communication between you, your patients and your consultants. *Fam. Pract. Manag.* 2007; 14: 38-42.
970. Pham HH, O'Malley AS, Bach PB, Martinez CS, Schrag D. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150: 236-242.
971. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route for improved outcomes. London: The King's Fund; 2010.
972. Santos SM. Integração do programa de atenção ao idoso do HC/UFMG (Centro Mais Vida) e atenção primária em Belo Horizonte: experiência e resultados. Belo Horizonte: Oficina de Trabalho da Atenção à Saúde do Idoso; 2012.
973. O'Malley AS, Grossman JM, Cohen GR, Kemper NM, Pham HH. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *J. Gen. Intern. Med.* 2010; 25: 177-185.
974. Metzger J, Zywlak W. Bridging the care gap: using technology for patient referrals. Oakland: California for Healthcare Foundation; 2008.
975. McInnes GT, McGhee SM. Delivery of care for hypertension. *J. Hum. Hypertens.* 1995; 9: 429-433.
976. Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G, van Anden E, Brinker JA, Thiemann DR et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2002; 39: 471-480.
977. Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern. Med. J.* 2004; 34: 608-614.
978. Eastwood AJ, Sheldon TA. Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature. *Qual. Health Care.* 1996; 5: 134-143.
979. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal.* 1998; 317: 390-396.
980. Varroud-Vial M, Mechaly P, Joannidis S, Chapiro O, Pichard S, Legibot A et al. Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. *Diabetes Metab.* 1999; 25: 55-63.
981. Donohoe ME, Fletton JA, Hook A, Powell R, Robinson I, Stead JW et al. Improving foot care for people with diabetes mellitus : a randomized controlled trial of an integrated care approach. *Diabetic Med.* 2000; 17: 581-587.
982. Maislos M, Weisman D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Acta Diabetol.* 2004; 41: 44-48.

983. Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. 2010 [acesso em 12 de janeiro de 2011]. Disponível em <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN>.
984. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. *Br. J. Gen. Pract.* 2004; 54: 259-266.
985. Malcom L, Wright L, Carson S. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *N. Z. Med. J.* 2000; 113: 514-517.
986. Moorman PW, Branger PJ, van der Kam WJ, van der Lei J. Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* 2001; 8: 372-378.
987. Hyslop A, Robertson K. Integrating clinical information in NHS Scotland: the role of Scottish Care Information Store. *Inform. Prim. Care.* 2004; 12: 103-107.
988. Pinnock H, Bawden R, Proctor S, Wolfe S, Scullion J, Price D, Sheikh A. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *British Medical Journal.* 2003; 326: 477-479.
989. Kim HS, Oh JA. Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. *J. Adv. Nurs.* 2003; 44: 256-261.
990. Whitlock WL, Brown A, Moore K, Pavliscsak H, Dingbaum A, Lacefield D et al. Telemedicine improved diabetic management. *Mil. Med.* 2000; 165: 579-584.
991. Piette JD, Weinberger M, Kraemer FB, McPhee SJ. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 2001; 24: 202-208.
992. Piette JD, McPhee SJ, Weinberger M, Mah CA, Kraemer FB. Use of automated telephone disease management calls in an ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. *Diabetes Care.* 1999; 22:1302-1309.
993. Lusignan S, Wells S, Johnson P, Meredith K, Leatham E. Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring: the report of a pilot study of patients with chronic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2001; 3: 723-730.
994. LaFramboise LM, Toderio CM, Zimmerman L, Agrawal S. Comparison of health buddy with traditional approaches to heart failure management. *Fam. Community Health.* 2003; 26: 275-288.
995. Kruger DF, White K, Galpern A, Mann K, Massirio A, McLellan M, Stevenson J. Effect of modem transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestacional diabetes mellitus. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 2003; 15: 371-375.
996. Wasson JH, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, Baribeau P, Welch HG. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA.* 1992; 267: 1788-1793.
997. Blerman E. Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy: a randomized clinical trial. *Stud. Health Technol. Inform.* 2000; 77: 327-332.

998. Benatar D, Bondmass RN, Ghitelman J, Avitall B. Outcomes of chronic heart failure. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163: 347-352.
999. Horan PP, Yarborough M, Besigel G, Carlson D. Computer assisted self control of diabetes by adolescents. *Diabetes Educator.* 1990; 16: 205-211.
1000. Piette JD. Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *Am. J. Manag. Care.* 2000; 6: 817-827.
1001. Montani S, Bellazzi R, Quaglini S, Dánnunzio Z. Meta-analysis of the effect of the use of computer-based systems on the metabolic control of patients with diabetes mellitus. *Diabetes Technol. Ther.* 2001; 3: 347-356.
1002. Riegel B, Beverly C, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch. Int. Med.* 2002; 162: 705-712.
1003. Oh JA, Kim HS, Yoon KH, Choi ES. A telephone-delivered intervention to improve glycemic control in type 2 diabetic patients. *Yonsei Med. J.* 2003; 44: 1-8.
1004. Oslin DW, Sayers S, Ross J, Kane V, Have TT, Conigliaro J et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom. Med.* 2003; 65:931-937.
1005. Kwon HS, Cho JH, Kim HS, Lee JH, Soung BR, Oh JA et al. Establishment of blood glucose monitoring system using internet. *Diabetes Care.* 2004; 27: 478-483.
1006. Shea S, Weinstock RS, Starren J, Teresi J, Palmas W, Field L et al. A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus. *J. Am. Med. Informat. Assoc.* 2006; 13: 40-51.
1007. Tildesley HD, Mazanderani AB, Chan JHM, Ross SA. Efficacy of A1C reduction using internet intervention in patients with type 2 diabetes treated with insulin. *Canadian Journal of Diabetes.* 2011; 35: 250-253.
1008. Angeles RN, Howard MI, Dolovich L. The effectiveness of web-based tools for improving blood glucose control in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes.* 2011; 35: 344-352.
1009. Revista Época. Brasil tem mais celulares que pessoas. 2011 [acesso em 5 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/00,,EMI203626-15224,00>.
1010. Barlow JH, Bancroft GV, Turner AP. Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed. Res.* 2004; 20: 128-136.
1011. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface, comunicação, saúde, educação.* 2008; 12: 579-588.
1012. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. *Informing patients.* London: The King's Fund; 1998.
1013. Escribano FM, Moreno EC, Orozco JM. Experiencia educativa con un paciente experto. *Rev. Clin. Med. Fam.* 2008; 178-189.
1014. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub. Health Nurs.* 2002; 19: 11-20.

1015. Chernoff RG, Ireys HT, DeVet KA, Kim YJ. A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: pediatric outcomes. *Arch. Ped. Adolesc. Med.* 2002; 156: 533-539.
1016. Fu D, Hua F, McGowan P, Yei S, Lizhen Z, Huiqin Y, Jianguo M. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003; 81: 174-182.
1017. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2004; 158:875-883.
1018. Riegel B, Carlson B. Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? *Cardiovasc. Nurs.* 2004; 19: 174-183.
1019. Jovell AJ, Navarro R, Fernandez FL, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria.* 2006; 38: 234-237.
1020. Mestre AG, Padrés NR, Perelló MA, Perez ER, Martin EG. De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.* 2008 [periódico na internet]. 2008[acesso em 15 de maio de 2011]. Vol 1, ISS 1, Article 3. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol.1/iss.1>.
1021. Generalitat de Catalunya. Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona: Departament de Salut; 2007.
1022. Restless Legs Syndrome Foundation. Support groups [acesso em 13 de dezembro de 2008]. Disponível em <http://www.rls.org>.
1023. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II; 2001.
1024. Robinson R, Steiner A. Managed health care. Buckingham: Open University Press; 1998.
1025. Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. *International Journal for Quality in Health Care.* 1995; 7: 253-260.
1026. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: The National Academies Press; 1990.
1027. Eddy D. Practice policies, what are they? *JAMA.* 1990; 263: 877-880.
1028. Harbour RT (Editor). Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008.
1029. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *British Medical Journal.* 1998; 316: 133-137.
1030. Thompson J, Pickering S. Vías de asistencia integrada: su contribución al gobierno clínico y la gestión eficiente. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1031. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
1032. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, Bass E, Edwards PB, Browman G et al. Users guides to the medical literature VI: how to use an overview. *JAMA;* 272: 1367-1371.
1033. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press, 3rd.ed; 1995.

1034. Royal College of Physicians. National clinical guidelines for stroke. London: Royal College of Physicians; 2000.
1035. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *British Medical Journal*. 1999; 318: 593-596.
1036. Cochrane D. Evidence-based medicine in practice. In: Cochrane D (Editor). *Managed care and modernization*. Buckingham: Open University Press; 2001.
1037. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy E, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (Organizadores). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª Ed; 2004.
1038. Felton T. Evidence-based medicine. In: Couch JB (Editor). *The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century*. Gaithersburg: Aspen Publication; 1998.
1039. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Service; 2006.
1040. Kelson MC. The NICE patient involvement unit. *Evidence-Based Health Care & Public Health*. 2005; 9: 304-307.
1041. Graham I, Harrison M, Brouwers. Evaluación y adaptación de guías clínicas para uso local: un marco conceptual. In: Pickering S, Thompson J. *Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización*. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1042. Schunemann HJ. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. Oslo: Norwegian Centre for the Health Services; 2006.
1043. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Cabanne NM, Paquet L et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18: 167-176.
1044. The AGREE Collaboration. *Agree Instrument*. London: St. George's Hospital Medical School; 2001.
1045. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica* [acesso em 1º de outubro de 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php.
1046. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. *Coleção Uma Nova Saúde*. Vitória: Gerência de Regulação e Assistência à Saúde/Gerência de Vigilância em Saúde/SESES; 2008.
1047. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Linhas guia* [acesso em 23 de maio de 2010]. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>.
1048. Burns LR, Denton M, Goldfein S, Warrick L, Morenz B, Sales B. The use of continuous quality improvement methods in the development and dissemination of medical practice guidelines. *Quality Review Bulletin*. 1992; 18: 434-439.
1049. McNicol M, Layton A, Morgan G. Team working: the key to implementing guidelines? *Quality in Health Care*. 1993; 2: 215-216.

1050. Brown J, Shye D, McFarland B. The paradox of guideline implementation: how AHCPR's depression guideline was adapted at Kaiser Permanente Northwest region. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1995; 21: 5-21.
1051. Karuza J, Calkins E, Feather J, Hershey CO, Katz L, Majeroni B. Enhancing adoption of practice guidelines: dissemination of influenza vaccination guidelines using a small-group consensus process. *Archives of Internal Medicine*. 155: 625-632.
1052. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Implementing clinical practice guidelines*. York: CRD; 1994.
1053. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J. Am. Coll. Cardiol.* 2001; 38: 2101-2113.
1054. Feder G, Griffiths C, Hiton C, Eldridge S, Spence M, Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. *British Medical Journal*. 1995; 311: 1473-1478.
1055. Payne TH, Galvin MS, Taplin SH, Savarino J, Austin B, Wagner EH. Practicing population-based care in an HMO: evaluation after 18 months. *HMO Practice*. 1995; 9: 101-106.
1056. Ruoff G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. *Fam. Med.* 2002; 34: 514-517.
1057. Grimshaw J, Eccles M. Identifying and using evidence-based guidelines in general practice. In: Silagy C, Haines A. (Editors). *Evidence-based practice in primary care*. London: BMJ Books, 2nd. Ed; 2001.
1058. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*. 1999; 318: 527-530.
1059. Tunis SR, Hayward RS, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, Steinberg EP. Internist's attitudes about clinical practice guidelines. *Ann. Inter. Med.* 1994; 120: 956-963.
1060. Crane M, Werber B. Critical pathway approach to diabetic pedal infections in a multidisciplinary setting. *J. Foot Ankle Surg.* 1999; 38: 30-33.
1061. Chappel NL, Diitt BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist*. 2004; 44: 389-400.
1062. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2; 2004.
1063. Emslie C, Grimshaw J, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? *British Medical Journal*. 1993; 306: 1728-1731.
1064. De Vos Meiring P, Wells IP. The effect of radiology guidelines for general practitioners in Plymouth. *Clin. Radiol.* 1990; 42: 327-329.
1065. McDowell I, Newell C, Rosser W. Comparison of three methods of recalling patients for influenza vaccination. *Can. Med. Assoc.* 1986; 135: 991-997.

1066. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA*. 1988; 260:1570-1575.
1067. McDowell I, Newell C, Rosser W. Computerized reminders to encourage cervical screening in family practice. *J. Fam. Pract.* 1989; 28: 420-424.
1068. Rosser WW, Hutchinson BG, McDowell I, Newell C. Use of reminders to increase compliance with tetanus booster vaccination. *Can. Med. Assoc.* 1992; 146:911-917.
1069. Oakeshott P, Kerry SM, Williams JE. Randomized controlled trial of the effect of the Royal College of Radiologists' guidelines on general practitioners' referrals for radiographic examination. *Br. Gen. Pract.* 1994; 44:197-200.
1070. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russel I, Hurwitz B, Watt I et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*. 1995; 4:55-64.
1071. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R et al. Training physicians in counseling about smoking cessation. *Ann.Intern. Med.* 1989;110:640-647.
1072. Vinicor F, Cohen SJ, Mazzuca SA, Moorman N, Wheeler M. Diabetes: a randomized trial of the effects of physician and/or patient education on diabetes patient outcomes. *J. Chronic Dis.* 1987; 40:345-356.
1073. Rogers JL, Haring OM, Wortman PM, Watson RA, Goetz JP. Medical information systems: assessing impact in the areas of hypertension, obesity and renal disease. *Med Care*. 1982; 20:63-74.
1074. North of England study of standards and performance in general practice. Medical audit II: effects on health of patients with common childhood conditions. *British Medical Journal*. 1992; 304:1484-1488.
1075. Zitter M. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: Todd WE, Nash D (Editors). *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago: American Hospital Publishing Co; 1996.
1076. Guerra J. Conceito de gestão da doença. 2006 [acesso em 21 setembro de 2010]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/conceito_gestao_doenca.pdf.
1077. Kabnecell AI, Langley J, Hupke C. *Innovations in planned care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovations Series; 2006.
1078. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348: 2635-2645.
1079. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357: 1515-1523.
1080. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington: The National Academies Press; 1999.
1081. World Health Organization. *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
1082. Starfield B. *First contact*. Boston Review. 2000; 25:15.

1083. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. São Paulo: Editora Record, 3ª edição; 2008.
1084. Emslie S. Foreward. In: McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
1085. Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organisation with a memory. London: The Stationery Office; 2000.
1086. Maynard A. Aproximación económica al gobierno clínico. In: Pyckering S, Thompson J (Editores). Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1087. The Lancet. First lessons from the Bristol case. Editorial. Lancet. 1998; 351: 1669.
1088. Conklin A, Vilamovska A, de Vries H, Hatzianandreu E. Improving patient safety in EU. Cambridge: Rand Corporation Europe; 2008.
1089. National Patient Safety Agency. Organisation patient safety incidents reports: primary care organisation without inpatient provision. 2010 [acesso em 15 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/patient-safety-data/organisation-patient-safety-incident-reports>.
1090. Overetveit J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2004; 17: 368-376.
1091. McSherry R, Pearce P. A guide to clinical governance. In: McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
1092. Department of Health. Corporate governance in the NHS: code of conduct, code of accountability. London: The Stationery Office; 1994.
1093. Starey N. What is clinical governance. London: Hayward Medical Communications; 1999.
1094. Lima HO. Qualidade e acreditação. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, mimeo; 2009.
1095. Mamede S. A educação permanente na saúde. Fortaleza: Instituto Innovare; 2005.
1096. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick V, Fraser W. A randomized trial of continuing education program. New England Journal of Medicine. 1982; 306: 511-515.
1097. Mamede S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: Mamede S, Penaforte J. (Editores). Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Ed. HUCITEC; 2001.
1098. Perillo CD, Rocha GCE, Lima H, Castro MCB, Cassiano R. A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec; 2007.
1099. Adelson R, Vanloy WJ, Hepburn K. Performance change in an organizational setting: a conceptual model. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 1997; 17: 69-80.
1100. Mamede S. Um modelo de educação permanente potencialmente efetivo. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005.
1101. Silvério JB. O Programa de educação Permanente de Médicos de Família (PEP). Belo Horizonte: GAPS/SAS/SPAS/SESMG; 2008.

1102. Silvério JB. Programa de Educação Permanente para Médicos de Família: relatório situacional. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2011.
1103. Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact of current wellbeing and future disease risk. The diabetes care from diagnosis research team. *British Medical Journal*. 1998; 317: 1202-1208.
1104. World Health Organization. Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
1105. Braybrook S, Walker R. Influencing NSAID prescribing in primary care using different feedback strategies. *Pharmacy World Sci*. 2000; 22: 39-46.
1106. Ilett KF, Johnson S, Greenhill G, Mullen L, Brockis JB, Golledge CL, Reid DB. Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics adviser (academic detaller). *Brit. J. Clin. Pharmacol*. 2000; 49: 168-173.
1107. Smits PB, Verbeek JHAM, De Buissonjé CD. Problem based learning in continuing medical education : a review of controlled evaluation studies. *British Medical Journal*. 2002; 324: 153-156.
1108. Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286: 1325-1335.
1109. Darer JD. More training needed in chronic care: a survey of US physicians. *Acad. Med*. 2004; 79: 541-548.
1110. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, M, Zwareinstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2; 2004.
1111. Engel CE, Vysohlid J, Vodoratski VA. Continuing education for change. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series nº 28; 1990.
1112. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*. 1991; 303: 398-402.
1113. Balas EA, Weingarten S, Garb CT, Blumenthal D, Boren SA, Brown GD. Improving preventive care by prompting physicians. *Arch. Intern. Med*. 2000; 160: 301-308.
1114. Frigling BD, Lobo CM, Hulscher MAJL, Akkermans RP, van Drenth BB, Prins A, et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual. Saf. Health Care*. 2003; 12: 181-187.
1115. Wakley G, Chambers R. Chronic disease management in primary care: quality and outcomes. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd; 2005.
1116. Frijling BD, Lobo CM, Hulscher MEJL, Akkermans JCC, Braspening JCC, Prins A et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabet. Med*. 2002; 19: 836-842.
1117. Bandeira EMFS, Pimenta FAP, Souza MC. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.

1118. Loevinsohn B. Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington: World Bank Institute; 2008.
1119. Faria RIN. Pay for performance in Brazil: an analysis of case studies [Dissertation for MSc in health economics]. York: University of York; 2010.
1120. Shepherd G. A civil service that performs: primary health care in Curitiba, Brazil. In: Jalilian H, Sen V (Editors). Improving health sector performance: institutions, motivations and incentives. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies; 2011.
1121. Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na internet] 2008. [acesso em 13 de julho de 2009]. Vol 1. ISS 2, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/5>.
1122. Mendes EV. Programa Mãe Curitiba: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
1123. Neto AMC. Relatório situacional: programa de incentivo para a melhoria do desempenho na estratégia da saúde da família, PIMESF. Departamento de Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri; 2010.
1124. Marty IM. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. In: Giacomini H (Editor). Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: Instituto de Administração Municipal; 2010.
1125. Savas S, Sheiman I, Tragadekes E, Maarse H. Contracting models and provider competition. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
1126. Centers for Disease Control and Prevention. Strategies for reducing morbidity and mortality from diabetes through health-care system interventions and diabetes self-management education in community settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Atlanta: MMWR 16; 2001.
1127. Sperl-Hidden JM, O'Connor PS, Carlson RR, Lawson TB, Halstenson C, Crowson T et al. Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. Jt. Comm. J. Quality Improv. 2000; 26:615-622.
1128. Scott J, Thorne A, Horn P. Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. British Medical Journal. 2002; 325:951-954.
1129. Omar AR, Suppiah N, Chai P, Chan YH, Seow YH, Quek LL, Poh KK, Tan HC. Efficacy of community-based multidisciplinary disease management of chronic heart failure. Singapore Med. J. 2007; 48: 528-531.
1130. Johansson B, Holmberg L, Berglund G, Brandberg Y, Hellbom M, Persson C et al. Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: a randomised study of a primary healthcare intervention. European Journal of Cancer. 2001; 37:2161-2168.
1131. Mullaly CB. The case manager's handbook. Maryland: Aspen Publ; 1998.
1132. Newhouse J. Is competition the answer? Journal Health Economics. 1982; 1: 109-116.
1133. Oliveira PJ, Campos EF, Gontijo MCF. Programa de desenvolvimento da saúde. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR. Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação

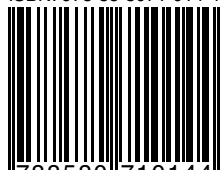
- das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais; 2008.
1134. Roos NP, Shapiro E, Tate R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen year perspective. *The Milbank Quarterly*. 1989; 67: 347-369.
1135. Alliota SL. Case management of at-risk older people. In: Cochrane D. *Managed care and modernization: a practitioner's guide*. Buckingham: Open University Press; 2001.
1136. Powell SK. *Case management: a practical guide to success in managed care*. Philadelphia: Lippincot Williams & Williams; 2000.
1137. Fitzgerald JF, Smith DM, Martin DK, Freedman JA, Katz BP. A case manager intervention to reduce readmissions. *Arch. Int. Med*. 1994; 154: 1721-1729.
1138. Vetter MJ, Bristow L, Ahrens J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. *Home Health C. Nurse*. 2004; 22: 645-648.
1139. Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J. Gen. Int. Med*. 1998; 13: 123-126.
1140. Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Toland M et al. *Evercare evaluation interim report: implications for supporting people with long-term conditions*. Manchester: The National Primary Care Research and Development Centre; 2005.
1141. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol. Med*. 2006; 36: 7-14.
1142. Gensichen J, Guthlin C, Kleppelb V, Jager C, Mergenthalb K, Gerlach FM, Petersen JJ. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors perspective. *Family Practice*. 2011; 28: 565-571.
1143. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guthlin C et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151:369-378.
1144. Unidas. *Medicina preventiva reduz custos nos planos de saúde*. *Jornal da Unidas*. 2004; 14: 2-3.
1145. Chaves SR. Estado da arte do financiamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR. *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais; 2008.
1146. Gonzáles RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sasaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerencia de caso: un nuevo enfoque en el cuidado a la salud. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2003; 11: 227-231.
1147. Lima ERCP, Araujo CSB, Souza CRN, Lima TBF, Shimazaki ME. *Gestão de caso: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia*. Uberlândia: SMS de Uberlândia; 2012.
1148. Key P. Condiciones crônicas y cambio cultural. In: Bengoa R, Nuño RS. *Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas, una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier España; 2008.

1149. Chin H. Cómo conseguir el cambio. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1150. Handy C. Gods of management. London: Souvenir Press; 1978.
1151. Beckhard R, Harris RT. Organizational transitions. Reading: Addison-Wiley Publishing Company; 1987.
1152. Harrison R. Strategies for a new age. *Human Resource Manage.* 1983; 22: 209-235.
1153. Kouzes JM, Posner BZ. The leadership challenge: how to keep getting extraordinary things done in organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
1154. Ashton A. Cultura organizativa. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1155. Bridges W. Transitions, making sense of life's changes. London: Nicholas Brearley; 1980.
1156. Bates P. Strategies for cultural change. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
1157. Hill S. Why quality circles failed but total quality management might succeed. *British Journal of Industrial Relations.* 1991; 29: 541-568.
1158. Senge P. A quinta disciplina. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.
1159. Flaherty J. Coaching: evoking excellence in others. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
1160. Illes V, Sutherland K. Managing change in the NHS. Organisational change: a review for healthcare managers, professionals and researchers. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2001.
1161. Page S, Allsopp D, Casley S. The practice development unit: an experiment in multi-disciplinary innovation. London: Whurr; 1998.
1162. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in Healthcare.* 2001; 10: 76-82.
1163. Rabelo RJ. Gestão de mudança. Florianópolis: Departamento de Automação e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
1164. Kisil M. Gestão da mudança organizacional. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 1998.
1165. Lopes PCB, Stadler CC, Kovalski JL. Gestão da mudança organizacional. Ponta Grossa: Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná; 2003.
1166. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, Von Korff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv. Res.* 2002; 37: 791-820.
1167. Si D, Connors C. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Serv. Res.* 2005; 5: 56.
1168. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, Hroschicki MC, Engebretson KI, O'Connor PJ. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Ann. Fam. Med.* 2006; 4: 310-316.

1169. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev. Chronic Dis.* 2008; 5: A113.
1170. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahomey LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med. Care.* 2005; 43: 436-444.
1171. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Atenção às condições crônicas. Curitiba: CIS/SMS de Curitiba; 2011.
1172. Institute for Healthcare Improvement. Chronic conditions, how to improve. s/data [acesso em 12 de outubro de 2008]. Disponível em <http://www.ihl.org>.
1173. Moysés S, Schwab G, Moysés SJ. Pesquisa avaliativa sobre a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2011.
1174. Institute for Healthcare Improvement. IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series; 2003.
1175. Nelson E, Batalden P, Godfrey M. Quality by design: a clinical system approach. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2007.
1176. Quinn JB. Intelligent enterprise: a knowledge and service based paradigm for industry. New York: The Free Press; 1992.
1177. Nolan TW. Execution of strategic improvement initiatives: to produce system level results. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series 2007; 2007.
1178. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de melhoria. Campinas: Mercado de Letras; 2011.
1179. Associates in Process Improvement. Model for Improvement.s/data [acesso em 23 de agosto de 2008]. Disponível em http://www.apiweb.org/API_home_page.htm.
1180. Shimazaki ME. Guia de estudo: atenção às condições crônicas. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009.
1181. Martin JR. Summaries of The New economics for Industry, Government and education 1993. s/data [acesso em 12 de janeiro de 2012. disponível em: <http://waaw/info/ArticleSummaries/ArtSumDeming93>.
1182. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Annals of Internal Medicine.* 1998; 128: 651-656.
1183. Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. *JAMA.* 1994; 272: 797-802.
1184. Pselk PE. Collaboration across organizational boundaries to improve the quality of care. *American Journal of Infection control.* 1997; 25: 85-95.
1185. Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Birth.* 1998; 25: 117-124.
1186. Kilo CM, Kabcenell A, Berwick DM. Beyond survival: toward continuous improvement in medical care. *New Horizons.* 1998; 6: 3-11.

1187. Leape LL, Kabcenell AI, Ghandi TK. Reducing adverse drug events: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Journal on Quality Improvement*. 2000; 321-331.
1188. Lynn J, Schall MW, Milne C, Nolan KM, Kabcenell A. Quality improvement in end of life care: insights from two collaboratives. *Journal on Quality Improvement*. 2000; 26: 254-267.
1189. Bate P, Tobert G, McLeod H. Report on the Breakthrough Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS. Birmingham: Health Services Management Centre/University of Birmingham; 2002.
1190. Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects do? Experiences from seven countries. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003; 29: 85-93.
1191. Ovreteit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Quality and Safety in Health Care*. 2002; 11: 345-351.
1192. Institute for Healthcare Improvement. IHI Quality Improvement Resources: a model for accelerating improvement. s/ data [acesso em 9 de fevereiro de 2012]. Disponível em: <http://www.healthychild.ucla.edu/First5CAReadiness/materials/siteInfra/IHIQualityImprovementResources.pdf>

ISBN: 978-85-8071-014-4



9 788580 710144



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE