

Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina

Jeannie L. Haggerty,¹ Natalia Yavich,² Ernesto Pablo Báscolo³
y Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación
de la Atención Primaria en América Latina⁴

Forma de citar

Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(5):377-84.

RESUMEN

Objetivos. Determinar la pertinencia de aplicar la estrategia canadiense de evaluación de la atención primaria de salud (APS) en América Latina y proponer las modificaciones necesarias para llegar a un consenso latinoamericano.

Métodos. Se utilizó el método Delphi para llegar a un consenso entre 29 expertos comprometidos con el desarrollo o la evaluación de la APS en América Latina. Se realizaron cuatro rondas virtuales y un encuentro presencial para discutir el modelo lógico de evaluación de la APS, los siete objetivos y los seis factores condicionantes que forman parte de la estrategia canadiense, con sus interrogantes de evaluación e indicadores. Se calificaron la relevancia y la pertinencia de cada concepto desde el punto de vista de los países de América Latina.

Resultados. Los expertos consideraron los objetivos y los factores condicionantes de la estrategia canadiense altamente pertinentes para evaluar la APS en América Latina, aunque reconocieron la necesidad de modificarlos para aumentar su pertinencia. Los principales cambios fueron la formulación de una visión y una misión de la APS, la inclusión de nuevos objetivos y factores condicionantes y la reformulación de los originales. Los objetivos de coordinación y atención integral e integrada no lograron un alto nivel de consenso debido a ambigüedades en los enunciados originales y la coexistencia de distintas interpretaciones sobre el significado de ciertas dimensiones de evaluación referidas en los enunciados.

Conclusiones. Se lograron avances significativos en el camino hacia la construcción de un marco de evaluación para la APS en la Región de las Américas. Es necesario desarrollar indicadores e instrumentos de recolección de información adecuados y factibles de ser aplicados en distintos contextos.

Palabras clave

Atención primaria de salud; evaluación en salud; estrategias nacionales; América Latina.

¹ Jeannie Haggerty, Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec, Canada. La correspondencia se debe dirigir a Jeannie Haggerty, Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine, Université de Sherbrooke, Complexe St-Charles 1111, rue St-Charles Ouest, Tour Est, bureau 354, Longueuil, Québec, J4K 5G4, Canada. Correo electrónico: jeannie.haggerty@usherbrooke.ca

² Investiga MÁS, Estudios de Salud y Sociedad, Santa Fe, Argentina.

³ Instituto Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina.

⁴ La relación de los miembros del comité científico y los expertos se puede encontrar al final del texto.

El Grupo de Trabajo sobre Atención Primaria de Salud (APS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mostró que gran parte de los países latinoamericanos no ha logrado suficientes avances para alcanzar la visión de la APS expuesta en la Declaración de Alma Ata, adoptada hace ya más de 30 años (1). Sin embargo, algunas experiencias desarrolladas al interior de sistemas de salud con estructuras y funciones orien-

tadas hacia los valores de la APS presentan importantes resultados en términos de salud y eficiencia. En consecuencia, la OPS ha renovado sus esfuerzos para promover el fortalecimiento de sistemas basados en los valores y principios de la APS (1, 2). En la Declaración de Montevideo (2) se hace explícita, además, la necesidad de definir criterios de evaluación y monitoreo para fortalecer la implementación de las iniciativas de APS.

En Canadá, donde actualmente se lleva a cabo un proceso de renovación de la APS (3), se elaboró una estrategia de evaluación de la APS a fin de monitorear los cambios que se realizan y determinar su impacto. Esta estrategia evaluativa, desarrollada a partir de una revisión documental y consultas con expertos (clínicos, investigadores, gestores y encargados de tomar decisiones relacionados con la APS), se basa en 105 indicadores que permiten evaluar el desempeño de siete objetivos de la APS y seis factores condicionantes de su desarrollo (4, 5).

En vistas de que solo recientemente se han podido discernir los efectos del conjunto de atributos que definen la APS renovada, la disponibilidad de marcos de evaluación con capacidad de representar este fenómeno es limitada (6, 7), en particular para escenarios latinoamericanos. En este sentido, la estrategia de evaluación canadiense puede ser un punto de partida para la construcción de un marco latinoamericano y regional de evaluación de la APS. Esto no quiere decir que se considere al sistema canadiense como el modelo a seguir. Si bien la estrategia canadiense resulta pertinente a grandes rasgos, su revisión es imprescindible para aumentar su pertinencia al evaluar la renovación de la APS en los diversos contextos de la Región debido a las notables diferencias entre los diferentes sistemas de salud.

Canadá es un país federativo, donde las provincias tienen autonomía en materia de organización del sistema de salud. Sin embargo, existe un marco legislativo federal que garantiza el acceso universal y gratuito a los servicios provistos por médicos y hospitales. La población tiene libertad de escoger a su médico de cabecera y la atención de primer nivel es provista principalmente por médicos generales en consultorios privados. La atención bucal y mental está cubierta solo parcialmente, mientras la cobertura de medicamentos varía entre provincias (8). El eje de la renovación de la APS en Canadá fue mejorar el acceso oportuno a la atención sanitaria, ampliar la gama de profesionales de la APS a fin de mejorar la atención preventiva y el control de las enfermedades crónicas (3) y perfeccionar la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

En contraste, los países latinoamericanos presentan una gran diversidad de sistemas de salud, en los cuales la APS

tiene diversos alcances y formas de organización (9). En Cuba y Costa Rica, por ejemplo, existen sistemas de salud unificados que brindan cobertura universal y la APS es la estrategia organizadora de sus sistemas de salud (10, 11). En el otro extremo, en gran parte de los países del Caribe Latino los sistemas de salud alcanzan niveles de cobertura extremadamente bajos (12) y la APS constituye una vía de aseguramiento a la población más pobre mediante la prestación de “paquetes mínimos” de servicios (13).

La mayor parte de los sistemas de salud latinoamericanos están organizados en tres subsistemas: el público, el privado y el de la seguridad social. Entre estos subsistemas suelen existir grandes diferencias en cuanto a la gama de servicios ofrecidos, la calidad de la atención y las modalidades de organización y financiamiento (6). Por lo general, cada subsistema cuenta con una red de servicios propia que funciona en forma paralela a los otros subsistemas.

En América Latina, la orientación de la APS no ha sido homogénea entre países ni al interior de los subsistemas de un mismo país. La orientación de la APS más extendida es la “selectiva”, que consiste en un conjunto de medidas o servicios con una buena relación costo-efectividad, pero limitados, orientados a la prevención y la atención de enfermedades infecciosas y a la atención materno-infantil. Al interior de las organizaciones privadas y de seguridad social, la APS se concibe fundamentalmente como una estrategia para regular el acceso al segundo y tercer niveles de atención sanitaria y para controlar los costos.

Los principales desafíos de los sistemas latinoamericanos se centran en la universalización de la cobertura y el acceso a los servicios de salud, el logro de una mayor equidad en el financiamiento y la calidad de los servicios ofrecidos a los distintos segmentos de la población, y el fortalecimiento de la capacidad rectora del Estado.

El análisis de la estrategia canadiense de evaluación de la renovación de la APS desde el punto de vista de otros países de las Américas podría contribuir a la construcción de un marco de evaluación de la APS que sea a la vez suficientemente amplio como para realizar comparaciones entre los países de la Región y lo bastante sensible para dar cuenta de las fortalezas y las limitaciones de la APS en cada sistema.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la pertinencia de la estrategia canadiense de evaluación de la APS en América Latina y proponer las modificaciones necesarias para llegar a un consenso latinoamericano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó el método Delphi para encontrar un consenso entre expertos comprometidos con el desarrollo o la evaluación de la APS, a fin de determinar la aplicabilidad de la estrategia canadiense de evaluación de la renovación de la APS en otros contextos de la Región de las Américas. Para ello se seleccionaron personas con experiencia reconocida en la investigación, la toma de decisiones o la gestión de sistemas en diferentes países y organismos internacionales para alcanzar la mayor representatividad posible. Se consideró que un grupo de 30 participantes permitiría alcanzar un nivel mínimo de 15 respuestas por ronda —dada la previsible falta de tiempo de los expertos— y se lograría un adecuado equilibrio entre la riqueza del intercambio y la conducción efectiva del grupo (14–17).

Los expertos se identificaron por la referencia y el reconocimiento de sus pares a partir de las recomendaciones recibidas de los candidatos por diversas vías. Como punto de partida se solicitó a los miembros del Grupo de Trabajo sobre APS de la OPS con funciones de representantes la referencia de posibles expertos para participar en la consulta. A las personas consultadas se les solicitó considerar como criterios para la recomendación la trayectoria de los candidatos en la toma de decisiones, la gestión, la investigación, la clínica o la abogacía en torno a sistemas nacionales de salud orientados hacia los valores de la APS.

Del listado inicial de 38 expertos no se logró contactar a dos y otros seis (tres investigadores, dos tomadores de decisiones y un consultor) no pudieron participar, fundamentalmente por compromisos laborales. Del grupo restante de 30 expertos, se invitó a seis a participar en el comité científico que debía orientar el contenido de las rondas y de ellos cinco aceptaron participar.

Proceso de consenso

Delphi es un método de consenso escrito basado en la circulación de un documento entre un reducido número de

expertos que en diversas rondas de consulta van introduciendo cambios hasta llegar a un consenso básico de todos los participantes. Una de las ventajas de este método es que orienta el desarrollo de la consulta hacia la obtención de un consenso con un mínimo de interferencias por la dinámica de grupo. La circulación electrónica de los documentos permite lograr, además, una participación amplia y eficiente.

Los documentos de partida para la consulta contenían un modelo lógico de evaluación de la APS basado en resultados (18), los siete objetivos de la APS y los seis factores condicionantes que forman parte de la estrategia canadiense, cada uno con sus interrogantes de evaluación e indicadores (5).

Para facilitar tanto la respuesta como su análisis se solicitó a los expertos calificar la relevancia de cada enunciado canadiense mediante una escala de tipo RAND,⁵ justificar su valoración e introducir las modificaciones del enunciado que consideraran necesarias para mejorar su relevancia y pertinencia. También se solicitó a los expertos que sugirieran nuevos objetivos o factores condicionantes clave para América Latina. La información cualitativa constituyó un insumo crucial para identificar y considerar las limitaciones de los distintos enunciados de la estrategia analizada, realizar cambios en los enunciados y captar aspectos de importancia no considerados inicialmente. Se consideró que se había alcanzado un nivel mínimo de consenso cuando al menos 75% de los expertos hubiese calificado el enunciado de alta relevancia con un puntaje de 7 a 9.

Se realizaron cuatro rondas de consulta electrónicas y un encuentro presencial con 13 expertos a fin de discutir la síntesis de los resultados de las primeras tres rondas y para captar en mayor detalle sus apreciaciones sobre la estrategia.

Las primeras tres rondas y el encuentro presencial se realizaron entre junio y agosto de 2006. La cuarta ronda se efectuó en noviembre de 2006. Las consignas de trabajo y los documentos de cada ronda se circularon por Internet mediante el sistema SurveyMonkey (20) o por co-

reo electrónico en documentos de Microsoft Word, según las posibilidades técnicas y preferencias de cada participante.

Después de cada ronda se elaboraron y circularon informes que sintetizaban las respuestas de los participantes. Los comentarios de los expertos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido y las valoraciones cuantitativas se resumieron mediante medidas de estadística descriptiva. Para aumentar la confiabilidad del análisis, los datos se analizaron en forma independiente por un investigador canadiense y otro argentino. Los resultados se contrastaron y discutieron en forma conjunta hasta llegar a una versión consensuada que se utilizaba como insumo en las subsiguientes rondas.

Debido a la gran extensión de los productos de la estrategia canadiense evaluados se decidió modificar el método Delphi, de manera de revisar esos productos por separado en las cuatro rondas de consulta.

En la primera ronda se evaluó la relevancia de los objetivos y los factores condicionantes, así como la solidez conceptual y la utilidad del modelo lógico para describir, conceptualizar, planificar, monitorear y evaluar la APS en América Latina. En la segunda ronda se evaluó la relevancia de los interrogantes de evaluación y la importancia y la factibilidad de los indicadores correspondientes a los objetivos de la APS. En la tercera ronda se circularon los objetivos reformulados y se evaluaron los interrogantes y los indicadores de los factores condicionantes. En el encuentro presencial se discutieron los aspectos generales de la estrategia, se propuso una visión orientadora de la estrategia de evaluación, se presentaron dos reformulaciones de cada uno de los objetivos y factores condicionantes, y se incorporaron nuevos interrogantes de evaluación. En la cuarta ronda se solicitó a los expertos pronunciarse sobre la visión de la APS sugerida por los participantes en el encuentro presencial y seleccionar cuál de las versiones de objetivos y factores condicionantes —elaboradas durante todo el proceso de consulta— era la más adecuada para evaluar la APS en América Latina. Además, debido a que la aspiración de los expertos de lograr un consenso final podría introducir un sesgo a favor de la última versión producida, se incorporaron varias preguntas de control.

Todos los expertos dieron su consentimiento para ser identificados como par-

ticipantes en el estudio. Esta investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Sherbrooke, Québec, Canadá.

RESULTADOS

En el grupo seleccionado de expertos estuvieron representadas todas las subregiones de América Latina: 6 integrantes del área andina, 5 del istmo centroamericano, 6 del Cono Sur, 4 de Brasil, 2 de México, 1 de América del Norte y 5 de organizaciones internacionales.

De los 29 consultores, 16 (55,2%) tenían su actividad principal en el campo académico, 8 (27,6%) se desempeñaban en la toma de decisiones o la gestión de sistemas y servicios de salud y 5 (17,2%) eran consultores o funcionarios de organismos internacionales (3 de la OPS, 1 de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y 1 del Banco Interamericano para el Desarrollo). Siete (24,1%) contaban con experiencia en el campo de la clínica asistencial.

En cuanto a la participación de los consultores, 24 (82,8%) emitieron sus respuestas en la primera ronda, 26 (89,7%) en la segunda, 22 (75,9%) en la tercera y 19 (65,5%) en la cuarta. En general, 79,6% de los consultores participaron al menos en tres de las cuatro rondas realizadas.

Debido a que en la mayoría de los países de la Región no existe consenso respecto al significado de la APS —primer nivel de atención, estrategia para organizar el sistema de salud o estrategia con miras a transformar los determinantes sociales (1)— y el desigual nivel de desarrollo que se puede presentar en diferentes países, los expertos manifestaron la necesidad de llegar a una formulación explícita de su visión sobre la APS. Esta visión sirvió de marco para interpretar y orientar el enfoque general de los objetivos y los factores condicionantes. La propuesta enunciada (cuadro 1) recibió la aprobación unánime en la cuarta ronda. No obstante, varios consultores señalaron la necesidad de hacer explícito el compromiso y el papel del sistema de salud y los servicios de primer nivel en el logro de esa visión.

A partir de las sugerencias de algunos participantes, en la cuarta ronda se propuso a los consultores una formulación de misión de la APS (cuadro 1) inspirada en la propuesta de la OPS (1). Si bien no se manifestaron objeciones a este res-

⁵ La escala RAND permite valorar la pertinencia de un enunciado por medio de un puntaje que va del 1 al 9: de 1 a 3 indica que un enunciado es claramente no pertinente; de 7 a 9 indica que un enunciado es claramente pertinente; y de 4 a 6 indica que un enunciado puede ser pertinente, pero requiere cambios importantes (19).

CUADRO 1. Visión y misión de la atención primaria de salud (APS) en el contexto latinoamericano, según el consenso alcanzado por los expertos consultados

Visión: La APS es la estrategia mediante la cual el sistema de salud logra influir sobre los determinantes de la salud de la población. Esto es posible gracias al trabajo intersectorial y la coordinación de acciones entre los distintos niveles de atención del sistema de salud. A través de la APS se garantiza la participación comunitaria, la equidad en salud y el acceso universal a servicios de salud de calidad.

Misión: En el marco de la estrategia de la APS, el sistema de salud tiene la responsabilidad de garantizar una cobertura y un acceso universales a servicios de salud de calidad, aceptables para la población. Al interior del sistema de salud, los servicios de primer nivel de atención tienen la responsabilidad de constituirse en la puerta de entrada al sistema (primer contacto). Al interior de los servicios de primer nivel se constituyen equipos de trabajo, preferentemente multidisciplinarios. Los equipos tienen la responsabilidad —no exclusiva— de prestar atención integral, integrada y apropiada a las características de su población. Los equipos de salud proveen a su población atención por todos los problemas de salud (salvo por condiciones de salud inusuales) en coordinación con el resto del sistema, desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud, promueven la participación comunitaria y coordinan acciones con otros sectores u organizaciones que tienen influencia sobre los determinantes de la salud. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

pecto, la misma se adoptó sin una consulta explícita.

En la primera ronda, todos los objetivos contenidos en la estrategia canadiense se consideraron pertinentes. No obstante, se propusieron reformulaciones para darles mayor especificidad para los escenarios nacionales. Se señaló la necesidad de incluir nuevos objetivos vinculados a la participación comunitaria y la fragmentación y la segmentación de los sistemas de salud. Como resultado se reformularon los siete objetivos canadienses y se añadieron dos objetivos nuevos (cuadro 2). Se debe hacer notar, que el nivel de consenso mostrado no expresa la importancia de los objetivos para América Latina, sino el nivel de acuerdo sobre la referencia conceptual de las dimensiones de la APS contenidas en los objetivos.

Los expertos aceptaron ampliamente la incorporación de factores condicionantes del logro de los objetivos de la APS a la estrategia de evaluación. Sin embargo, algunos manifestaron la necesidad de realizar modificaciones a fin de captar los rasgos distintivos de los diferentes países de América Latina y darles un orden de prioridad según su peso para el logro de los objetivos de la APS. En un proceso semejante al empleado para formular la visión, los consultores definieron un factor condicionante general —considerado como condición fundamental del resto de los factores condicionantes— y dos nuevos enunciados, además de reestructurar el contenido de los enunciados canadienses (cuadro 3).

Los nuevos factores condicionantes se relacionaban con la capacidad local de planificación, seguimiento, evaluación y promoción de la participación ciudadana, y la regulación eficaz de los sub-

sistemas de salud. El factor condicionante relacionado con la capacidad local no constituye una meta exclusivamente latinoamericana, ya que también es pertinente para el sistema canadiense. En contraste, el factor condicionante de regulación eficaz de los subsistemas de salud refleja una realidad propia de algunos sistemas latinoamericanos de salud, ajena a Canadá.

La noción canadiense de equipo multidisciplinario se integró al factor condicionante relacionado con la oferta de recursos humanos en salud, mientras el factor condicionante canadiense vinculado a las modalidades de pago se amplió para abarcar las modalidades de contratación y la organización multidisciplinaria de los equipos de salud. El enunciado sobre la tecnología de la información fue ampliado a los sistemas de información a fin de hacer referencia tanto a los sistemas informatizados como a otros tipos de sistemas de información.

DISCUSIÓN

Los objetivos y los factores condicionantes del desempeño en salud planteados en la estrategia canadiense se consideraron altamente pertinentes para evaluar la renovación y el desempeño de la APS en América Latina. Sin embargo, se hicieron modificaciones importantes para aumentar su pertinencia. Estos aportes no solo constituyen un avance para el desarrollo de una estrategia de evaluación de la APS latinoamericana, sino que a la vez son una importante contribución a la estrategia canadiense. Entre esas innovaciones se encuentran la incorporación de una visión y una misión de la APS, la integración de nuevos

objetivos y la reorganización de los factores condicionantes.

Pese a los avances, no se logró alcanzar un alto nivel de consenso en algunos aspectos, lo que pudiera deberse a falta de claridad en los enunciados canadienses. En particular, el bajo consenso alcanzado en el objetivo relacionado con la planificación de los servicios puede deberse a que en la versión canadiense se abarcaba a la vez la necesidad de aumentar el número de organizaciones de APS —con énfasis en la responsabilidad poblacional— y la planificación de los servicios como funciones de dichas organizaciones. El bajo nivel de consenso con respecto al objetivo de coordinación de los servicios, refleja la necesidad de cambiar el enfoque canadiense de redirigir la coordinación de los servicios entre los diferentes niveles de atención dentro de un mismo sistema hacia la coordinación simultánea entre niveles de atención y entre subsistemas de salud. Los niveles de segmentación en América Latina son tan importantes que no es posible reducir los problemas de coordinación de servicios a las relaciones entre los niveles de atención (21). La discusión sobre este objetivo se centró en la necesidad de crear un factor condicionante específico sobre la coordinación entre los subsistemas, y la integración del objetivo de coordinación con el de atención integral e integrada.

En otros casos, el bajo nivel de consenso reflejó diferencias de fondo en la conceptualización de las dimensiones de evaluación. El nivel de consenso moderado sobre el objetivo de la atención integral e integrada refleja la falta de acuerdo sobre el significado del término “atención integral e integrada” en sí. Este término se utiliza para traducir al español “comprehensive care”, el cual hace referencia principalmente a una gama de servicios capaz de brindar atención preventiva, curativa y de rehabilitación. La noción de integralidad, en cambio, encierra diversos significados que, además de la gama de servicios, hace referencia a un abordaje biopsicosocial y a un modelo de atención centrado en las familias y la comunidad (22–25). El grupo de expertos tendía a entender la integralidad como la gama de servicios esperados en la APS y el modelo de atención, y hacía hincapié en abarcar la salud mental y física, las modalidades de atención preventiva, curativa, paliativa y de rehabilitación, y especificar que su objeto son tanto los individuos como la población. De igual

CUADRO 2. Esquema comparativo de los objetivos de la atención primaria de salud (APS) según la versión original canadiense y la versión consensuada para América Latina

Objetivo ^a	Versión canadiense	Versión latinoamericana	Grado de consenso ^b
Acceso universal	Incrementar la proporción de la población que recibe atención continua por parte de un proveedor de APS, quien asume la responsabilidad principal de su atención y conoce sus características personales y de salud	Garantizar el acceso universal y equitativo de la población a una atención integral e integrada basada en una relación continua y personalizada con los proveedores de APS	Alto
Calidad técnica	Proveer servicios de APS seguros y de alta calidad y promover una cultura de mejoramiento de la calidad en las organizaciones de APS	Brindar servicios seguros y de alta calidad y promover una cultura de calidad en las instituciones y proveedores de APS	Alto
Aceptabilidad de los servicios	Asegurar que la APS es aceptable y que responde a las expectativas razonables de los pacientes sobre cómo deben ser tratados	Asegurar por parte de los trabajadores de la salud las habilidades eficaces de comunicación, el respeto por la autonomía de la persona y un trato digno y aceptable para los usuarios, de acuerdo con su contexto sociocultural y personal	Alto
Acceso de primer contacto	Mejorar el acceso (iniciado por el paciente) a toda hora a los servicios de urgencia vinculados efectivamente con el proveedor habitual de APS del paciente	Asegurar el acceso de primer contacto a la población, incluidos los servicios de urgencia 24 horas al día y la efectiva referencia a los proveedores asignados de APS	Alto
Atención integral e integrada	Mejorar la atención integral y abarcadora, incluidos la atención de episodios agudos y los cuidados de seguimiento, con mayor énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los traumas, la atención de afecciones frecuentes de salud mental y de enfermedades crónicas	Garantizar la atención integral (salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención) e integrada a los individuos y a la población asignada a un equipo de APS	Moderado
Coordinación de los servicios	Facilitar la integración y la coordinación entre las instituciones y los profesionales de los servicios de salud para lograr la continuidad de la información y la gestión en la atención del paciente	Facilitar la coordinación entre las instituciones, los profesionales y los trabajadores que proveen servicios de salud en diferentes puntos de atención, para evitar la fragmentación y lograr la atención integrada	Bajo
Planificación de los servicios	Aumentar el número de organizaciones de APS que son responsables de la provisión de servicios planificados a una población definida	Planificar la oferta local de los servicios necesarios dentro de la estrategia de APS para responder a las necesidades de salud de una población definida	Bajo
Participación comunitaria		Promover un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios	Alto
Trabajo intersectorial		Promover y desarrollar acciones intersectoriales para la intervención en los determinantes que afectan la salud	Alto

^a El orden de los objetivos corresponde al enunciado en la misión de la APS.

^b El grado de consenso no refleja la valoración de la relevancia o prioridad de los objetivos, sino el nivel de consenso arribado por los consultores sobre la claridad y el significado de los conceptos abarcados por cada enunciado.

forma el término “integrada” resultó difícil de definir operativamente, porque remite tanto al resultado de la coordinación de los servicios como a la continuidad de la atención, considerada como una condición necesaria para que la atención sea integral (26). Aunque todas las dimensiones captadas por los términos “integral e integrada” son importantes para la APS, probablemente para la evaluación se requerirá desagregarlos en más de un objetivo.

El objetivo sobre la provisión de servicios de calidad y la promoción de una cultura de mejoramiento de la calidad se consideró altamente pertinente desde el inicio de la consulta y los cambios se orientaron a mejorar la claridad del enunciado y evitar repeticiones.

El hecho de que los objetivos sobre la participación comunitaria y el trabajo intersectorial —ausentes en la propuesta canadiense— hayan surgido del trabajo de los consultores latinoamericanos no implica que estos elementos sean desafíos exclusivos de ese contexto (27–29). No obstante, es reflejo de la importancia histórica de estos aspectos en los países de América Latina (30, 31). Los consultores expresaron en varias ocasiones su convicción de que la participación comunitaria es a la vez un insumo y un resultado de la APS.

Algunas diferencias entre las formulaciones de los objetivos canadienses y latinoamericanos denotan las divergencias de los desafíos en ambos contextos. Tal es el caso del objetivo sobre las condicio-

nes de acceso. En la versión canadiense se expresa el desafío de mejorar la oferta de proveedores de APS, el acceso en caso de urgencia y el mantenimiento de un vínculo regular con un proveedor habitual. A diferencia del sistema de salud canadiense, que tiene una cobertura de salud universal y un elevado nivel de acceso a la salud (32), en gran parte de los países de América Latina se presentan escenarios de profunda exclusión social e inequidad en el acceso a los servicios de salud (33). El objetivo relacionado con el acceso universal y equitativo a los servicios se identificó como altamente pertinente para América Latina, pero integrado al propósito de lograr una atención integral e integrada (32). El énfasis en la continuidad de la atención y la hu-

CUADRO 3. Factores condicionantes para el logro de los objetivos de la atención primaria de salud (APS), según la versión original canadiense y la versión latinoamericana

Condicionante general de la APS^a

Compromiso del Estado y de la sociedad para que la APS sea la estrategia mediante la cual todos los ciudadanos tengan acceso a servicios que den respuesta a sus necesidades de salud de manera efectiva

Factores condicionantes según el consenso latinoamericano (en orden aproximado de prioridad)

1. Apoyo político continuo a la APS
2. Asignación y distribución de recursos para la APS basadas en las necesidades
3. Adecuada oferta de recursos humanos multidisciplinarios para cubrir las necesidades de salud de la población
4. Capacidad local de planificación, seguimiento, evaluación y promoción de la participación ciudadana^a
5. Regulación eficaz de los subsistemas de salud y planificación conjunta entre los subsistemas público, privado y de seguridad social^a
6. Organización multidisciplinaria de los equipos de APS (incluye modalidades de pago y de contratación congruentes con los objetivos de la APS)
7. Sistema de información adaptado a la APS, con capacidad de vincular las organizaciones de APS con el resto de las organizaciones del sistema

Factores condicionantes según el consenso canadiense

1. Adecuada oferta de recursos humanos de salud para cubrir las necesidades de la APS (base del factor condicionante latinoamericano No. 3)
2. Equipos multidisciplinarios de APS (base del factor condicionante latinoamericano No. 3)
3. Tecnología de información adaptada a la APS y que vincula organizaciones de APS con el resto del sistema de atención de la salud (base del factor condicionante latinoamericano No. 7)
4. Asignación de recursos de APS basado en las necesidades (base del factor condicionante latinoamericano No. 2)
5. Modalidades de pago a proveedores que sean congruentes con los objetivos de la APS (base del factor condicionante latinoamericano No. 6)
6. Apoyo continuo para la APS de parte de decisores (base del factor condicionante latinoamericano No. 1)

^a Enunciados introducidos como resultado del consenso latinoamericano.

manización de la relación entre los proveedores y los pacientes se mantuvo en ambas definiciones.

El acceso a los servicios de urgencia 24 horas diarias durante los siete días de la semana forma parte del discurso público sobre el sistema de salud en Canadá. Esto es reflejo de los problemas de acceso oportuno al primer nivel de atención que conlleva a un uso inapropiado de los servicios de emergencia (34). En América Latina hay una importante demanda de servicios de urgencia por consultas banales, sin embargo, la existencia de centros de salud receptores de esa demanda espontánea contribuye a descongestionar los servicios de urgencia. No obstante, las barreras al acceso a la atención de urgencia en los centros de salud constituyen una importante debilidad de los sistemas de salud de América Latina (35–37) y se agudizan por el reducido horario de atención, los prolongados tiempos de espera, el ausentismo del personal médico y sanitario, la baja capacidad resolutoria y las dificultades para coordinar la atención con el nivel secundario. En vista de ello, hubo consenso unánime acerca de la relevancia y la pertinencia de la atención oportuna para la renovación de la APS en América Latina. Muchos expertos señalaron que la magnitud de las deficien-

cias de la APS para proveer atención de urgencia se ha “invisibilizado” debido al énfasis que se ha puesto en establecer un modelo de atención preventivo.

Las diferencias entre los sistemas de salud canadiense y de América Latina se perciben muy claramente en la formulación de los factores condicionantes. La coordinación entre los subsistemas y una rectoría eficaz constituyen algunos de los desafíos más importantes de los sistemas de salud latinoamericanos (38). Esta preocupación estuvo muy presente en el análisis de los factores condicionantes y varios expertos expresaron la necesidad de contar con una estrategia de evaluación de la APS que traspase las fronteras del subsistema público y permita comparar los subsistemas entre sí.⁶

Algunas de las diferencias entre los consensos canadiense y latinoamericano pueden explicarse por las diferencias metodológicas entre los dos procesos

de consenso. El grupo canadiense era mucho más extenso y las actividades tuvieron lugar en un período más prolongado, dividido en varias etapas de trabajo. Asimismo, el proceso canadiense tuvo un punto de partida menos definido que el latinoamericano. A diferencia de los expertos que participaron en este último consenso —que tenían perfiles más heterodoxos, con trayectorias profesionales en los campos de la investigación, la gestión en salud y en la clínica—, los expertos canadienses presentaban perfiles profesionales muy definidos y contrastantes como investigadores, tomadores de decisión, gestores o clínicos. Además, en el proceso de consenso canadiense prevaleció un gran pragmatismo, que se manifestó en la aceptación tácita de la falta de una definición consensuada de APS.

Si bien los expertos canadienses consideraron la estrategia como una herramienta para el análisis, la gestión, el monitoreo y la evaluación de la APS, en el consenso latinoamericano se sintió la necesidad de definir una visión que guiara la implementación y la evaluación de la APS. Los expertos del consenso latinoamericano consideraron la estrategia como un espacio de construcción y abogacía por la APS, de allí que buscaran cambiar la formulación de los objetivos orientados a lograr cambios graduales —expresado en términos de “aumentar” o “mejorar”— hacia objetivos de logro, en los que predominaron verbos tales como “garantizar” y “asegurar”.

Por último, a diferencia del consenso latinoamericano, la estrategia canadiense se elaboró a la medida de un sistema de salud. Esto hace más factible su aplicación, pero le imprime un enfoque más limitado. Por el contrario, el producto del consenso latinoamericano refleja una mirada más rica, inspirada en múltiples sistemas de salud. Al basarse en la comparación de los sistemas de salud de distintos países, se captó una diversidad de situaciones propicias para que cada país pueda analizar su sistema de forma relativa, con respecto a los de otros países, y descubrir limitaciones y potencialidades no contempladas originalmente. Como contrapartida, será necesario un mayor esfuerzo para su aplicación en un escenario concreto.

Al conjugar las fortalezas de los procesos de consulta canadiense y latinoamericano, el producto obtenido constituye un aporte substancial para el proceso de construcción de un marco de evaluación

⁶ Con el fin de analizar la factibilidad de contar con una estrategia que logre dar respuesta a esta inquietud, en un estudio subsecuente se valoró el marco de evaluación consensuado en organizaciones argentinas de los tres subsistemas y se constató la pertinencia general de los componentes más clínicos; sin embargo, los componentes comunitarios e intersectoriales resultaron pertinentes solamente para el subsistema público (39).

común para los países de las Américas. Esta iniciativa permitirá aumentar el intercambio entre los países y los esfuerzos para renovar la APS en la Región. Si bien la técnica de consenso es coherente con los objetivos propuestos, se debe comprender que este proceso es parte de una primera fase exploratoria inscrita en una estrategia de trabajo más abarcadora dirigida a construir un marco de evaluación para la APS en la Región de las Américas. La aplicación de esta u otras estrategias evaluativas dirigidas a obtener resultados comparables entre los países requerirá del desarrollo de indicadores e instrumentos de recolección de información adecuados y factibles de ser aplicados en distintos contextos.

Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Miembros del comité científico: Celia Almeida, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca y Fundación Oswaldo Cruz, Brasil; Amparo Hernández Bello,⁷ Pontificia Universidad Javeriana, Colombia; James

Macinko,⁷ Universidad de Pensilvania, Estados Unidos de América; Carme Nebot,⁷ OPS; y Federico Tobar,⁷ Investiga MAS, Estudios de Salud y Sociedad, Argentina. Consultores: Carlos Alberto Agudelo, Instituto de Salud Pública, Colombia; Álvaro Cardona, Universidad de Antioquia, Colombia; Eusebio del Cid Peralta, Unidad de Cirugía Cardiovascular, Guatemala; Laura Elena Esquivel, IMSS-Oportunidades, México; Débora Ferrandini, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Argentina; Walter Flores, Sociedad Internacional para la Equidad en Salud y Movimiento Ciudadano por la Salud en Guatemala, Guatemala; Ligia Giovanela, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz y Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur, Brasil; María Elena López Núñez, Ministerio de Salud, Costa Rica; Heloiza Machado de Souza, UNESCO; Elsa Moreno, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, Argentina; Gustavo Nigenda, Fundación Mexicana para la Salud, México; Miguel Orozco, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma

de Nicaragua, Nicaragua; Patricia Pittman, AcademyHealth, Estados Unidos de América; Elena Richiger, Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Argentina; Álvaro Salas Chávez, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica; Adolfo Sánchez de León, Seguro Público de Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina; Michele Santana Iglesias, OPS; Julio A. Siede, Construir Salud, Argentina; Luiza Sterman Heimann, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil; Julio Suárez, OPS; Claudia Travassos, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca y Fundación Oswaldo Cruz, Brasil; Román Vega-Romero, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia; y Francisco José Yepes Luján, Asociación Colombiana de la Salud Assalud, Colombia.

Agradecimientos. Este estudio fue financiado por Canadian Institutes of Health Research. Se agradece a Canadian Institute for Health Information y Health Canada el permiso para traducir y modificar la estrategia canadiense. Los autores agradecen la ayuda técnica de Ian Haggerty.

⁷ También formó parte del grupo de consultores.

REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). 46.º Consejo Directivo, 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C.: OPS; 2005.
- Health Canada. Primary health care transition fund 2004. Ottawa: Health Canada; 2007. Hallado en <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php>. Acceso el 8 de octubre de 2009.
- Haggerty J, Martin CM. Evaluating primary health care in Canada: the right questions to ask! Ottawa: Health Canada; 2005.
- Canadian Institute for Health Information. Pan-Canadian primary health indicators. Vol. I. Ottawa: CIHI; 2006. (Report No. 1). Hallado en http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/PHC_Indicator_Report_1_Volume_1_Final_E.pdf. Acceso el 14 de octubre de 2009.
- Lewis M, Eskeland G, Traa-Valerezo X. Primary health care in practice: is it effective? Health Policy. 2004;70(3):303–25.
- World Health Organization. Now more than ever—the world health report 2008. Geneva: WHO; 2008.
- De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan MJ. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. Rev Biomed. 2004;15(2):81–91.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfiles básicos de salud de países en las Américas. Argentina, 2004. Washington, D.C.: OPS; 2005.
- García Fariñas A, Álvarez Pérez AG. Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. Rev Cubana Salud Publica. 2006;32(2).
- Rodríguez Herrera A. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. Santiago: CEPAL; 2006.
- Fleury S, Molina C. Modelos de protección social. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington, D.C.: INDES; 2000.
- Rosenberg H, Andersson B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica; 2000; 8(1/2):118–25.
- Villiers M, de Villiers P, Kent A. The Delphi technique in health sciences education research. Medical Teacher. 2005;27(7):639–43.
- Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook R. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. Am J Public Health. 1984;74: 979–83.
- Murry J, Hammons J. Delphi: a versatile methodology for conducting qualitative research. Rev High Educ. 1995;18:423–36.
- Clayton M. Delphi: a technique to harness expert opinion for critical decision-making tasks in education. Educ Psychol. 1997;17:373–86.
- Watson DR, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2004. Hallado en <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf>. Acceso el 14 de octubre de 2009.
- Kravitz RL, Park RE, Kahan JP. Measuring the clinical consistency of panelists' appropriateness ratings: the case of coronary artery bypass surgery. Health Policy. 1997;42(2):135–43.
- SurveyMonkey. The simple way to create surveys. Portland: SurveyMonkey; sin fecha. Hallado en <http://www.surveymonkey.com/>. Acceso el 8 de octubre de 2009.
- Vargas L, Vázquez Navarrete M, de la Corte Molina P, Mogollón Pérez A, Unger J. Reform, equity, and efficiency of the healthcare systems in Latin America. An analysis to inform the Spanish aid. Gac Sanit. 2008;22:223–9.

22. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3):73–84.
23. Fernández Miranda J. Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. *Adicciones*. 2004;16(2):1–8.
24. Laviana-Cuetos M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes Psicol*. 2006;24(1–3):345–73.
25. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007;5(4):336–44.
26. Donaldson M, Yordy K, Lohr K, Vanselow N. Primary care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press; 1996.
27. Advisory Committee on Primary Health Care Renewal. Primary health care renewal: action for healthier Nova Scotians. Halifax, NS: Government of Nova Scotia; 2003.
28. Romanow RJ. Building on values—the future of health care in Canada. Final Report. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
29. Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot Int*. 2006;21(1):75–83.
30. Cufino SE, Garfield R, Vasconcelos MI, Araujo Craveiro V. Primary health care lessons from the northeast of Brazil: the “agentes de saúde” program. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;7(5):293–302.
31. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Publica* 2004;15(2):94–103.
32. Berlin Deber R. Health care reform: lessons from Canada. *Am J Public Health*. 2003;93(1):20–4.
33. Fleury S. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. *Nueva Soc*. 1998;(156). Hallado en http://www.nuso.org/upload/articulos/2698_1.pdf. Acceso el 8 de octubre de 2009.
34. Health Council of Canada. Canadian survey of experiences with primary health care in 2007: a data supplement to fixing the foundation. An update on primary health care and home care renewal in Canada. Toronto: Health Council; 2008. Hallado en http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/phc/HCC%20PHC_Supplement_ENG%20F%20A_WEB.pdf. Acceso el 14 de octubre de 2009.
35. Hautecoeur M, Zunzunegui M, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex*. 2007;49(2):86–93.
36. Reyes H, Tomé P, Gutiérrez G, Rodríguez L, Orozco M, Guiscafré H. La mortalidad por enfermedad diarreica en México: ¿problema de acceso o de calidad de atención? *Salud Publica Mex*. 1998;40(4):316–23.
37. Báscolo E, Yavich N, Urquía M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. *Gerencia Polit Salud (Santa Fe de Bogotá)*. 2007;6(12):112–25.
38. Organización Panamericana de la Salud, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Función rectora de la autoridad sanitaria nacional. Marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C.: OPS, USAID; 2009. (Edición Especial No. 17.) Hallado en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/545/54561205.pdf>. Acceso el 8 de octubre de 2009.
39. Yavich N, Báscolo E, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria en salud para Latinoamérica. *Salud Publica Mex*. Aceptado para publicación, julio 2009.

Manuscrito recibido el 10 de febrero de 2009. Aceptado para publicación, tras revisión, el 14 de junio de 2009.

ABSTRACT

A framework for evaluating primary health care in Latin America

Objectives. To determine the relevancy of applying the Canadian primary health care (PHC) assessment strategy to Latin America and to propose any modifications that might be needed for reaching a consensus in Latin America.

Methods. The Delphi method was used to reach a consensus among 29 experts engaged in PHC development or evaluation in Latin America. Four virtual sessions and a face-to-face meeting were held to discuss the PHC evaluation logic model and the seven goals and six conditioning factors that make up the Canadian strategy, as well as any questions regarding the evaluation and indicators. The relevance of each concept was ranked according to the perspective of the Latin American countries.

Results. The experts considered the Canadian strategy's objectives and conditioning factors to be highly relevant to assessing PHC in Latin America, though they acknowledged that additional modification would increase relevance. The chief suggestions were to create a PHC vision and mission, to include additional objectives and conditioning factors, and to rework the original set. The objectives that concerned coordination and integrated comprehensive care did not achieve a high degree of consensus because of ambiguities in the original text and multiple interpretations of statements regarding certain aspects of the evaluation.

Conclusions. Considerable progress was made on the road to building a PHC evaluation framework for the Region of the Americas. Indicators and information-gathering tools, which can be appropriately and practically applied in diverse contexts, need to be developed.

Key words

Primary health care; health evaluation; national strategies; Latin America.