



Desde el paciente

Experiencias de la atención
primaria de salud en América
Latina y el Caribe

Editado por
Frederico Guanais
Ferdinando Regalia
Ricardo Pérez-Cuevas
Milagros Anaya

Desde el paciente

Experiencias de la atención
primaria de salud en América
Latina y el Caribe

Editado por

Frederico Guanais
Ferdinando Regalia
Ricardo Pérez-Cuevas
Milagros Anaya



**Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo**

Desde el paciente: experiencias con la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe | editado por Frederico Guanais, Ferdinando Regalia, Ricardo Perez-Cuevas, Milagros Anaya.

p. cm.

Incluye referencias bibliográficas.

978-1-59782-300-5 (Rústica)

978-1-59782-301-2 (PDF)

1. Primary health care-Latin America. 2. Primary health care-Caribbean Area. 3. Emergency medical services-Latin America. 4. Emergency medical services-Caribbean Area. 5. Public health-Latin America. 6. Public health-Caribbean Area. I. Guanais, Frederico. II. Regalia, Ferdinando. III. Perez-Cuevas, Ricardo. IV. Anaya, Milagros. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

RA427.9 .D47 2018

IDB-BK-184

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



CONTENIDO

| | |
|--|------|
| Agradecimientos | V |
| Prólogo | VII |
| Acerca de los autores | X |
| Índice de figuras, recuadros y tablas..... | XIII |
| Lista de acrónimos..... | XVI |

CAPÍTULO 1

| | |
|--|---|
| Contexto y desafíos de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe..... | 1 |
|--|---|

CAPÍTULO 2

| | |
|---|----|
| Atención primaria de salud: marco conceptual y metodología del estudio | 13 |
|---|----|

CAPÍTULO 3

| | |
|--|----|
| La experiencia con la atención primaria de salud en Brasil | 43 |
|--|----|

CAPÍTULO 4

| | |
|--|----|
| La experiencia con la atención primaria de salud en Colombia | 65 |
|--|----|

CAPÍTULO 5

| | |
|---|----|
| La experiencia con la atención primaria de salud en El Salvador | 85 |
|---|----|

CAPÍTULO 6

| | |
|---|-----|
| La experiencia con la atención primaria de salud en Jamaica | 107 |
|---|-----|

CAPÍTULO 7

| | |
|--|-----|
| La experiencia con la atención primaria de salud en México | 125 |
|--|-----|

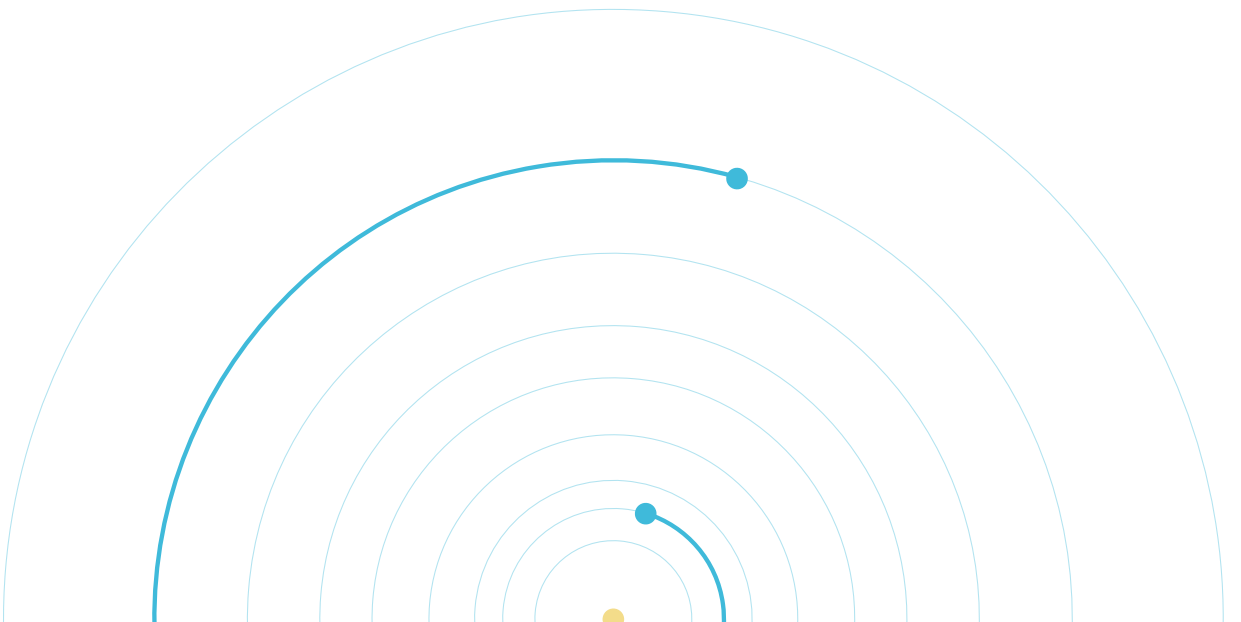
CAPÍTULO 8

| | |
|--|-----|
| La experiencia con la atención primaria de salud en Panamá | 149 |
|--|-----|

CAPÍTULO 9

| | |
|--|-----|
| La atención primaria de salud y los determinantes de la percepción sobre el sistema de salud y sobre la calidad de la atención en 17 países de ALC y la OCDE | 167 |
|--|-----|

| | |
|-------------------|-----|
| Referencias | 190 |
|-------------------|-----|



Agradecimientos

Este libro es producto de un estudio que escuchó la voz de personas que fueron, son o serán pacientes y usuarios de los sistemas de salud en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá. Se espera que esas voces sean representativas de los casi 400 millones de personas en esos países y que sirvan como un instrumento para crear políticas públicas que mejoren la experiencia de la atención primaria de salud (APS) en toda la región de América Latina y el Caribe.

Los editores agradecen a Santiago Levy, Vicepresidente de Sectores y Conocimiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por el énfasis que siempre colocó en la generación de conocimiento y en la recolección de pruebas que ayuden a mejorar los niveles de vida en la región. Agradecen también a Marcelo Cabrol, Gerente del Sector Social del BID, por estimular la reflexión sobre políticas públicas centradas en las personas y la innovación hacia el empoderamiento de los usuarios de los servicios sociales.

La investigación que culminó en la publicación de este libro se inspira en el trabajo pionero llevado a cabo por el *Commonwealth Fund* desde 1998 sobre los sistemas de salud de 11 países de alto ingreso: Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza. Los equipos del *Commonwealth Fund*, especialmente Robin Osborn, Cathy Schoen y David Squires, generosamente compartieron cuestionarios, datos y metodologías, y aportaron sugerencias inestimables para la correcta realización de las encuestas en la región de América

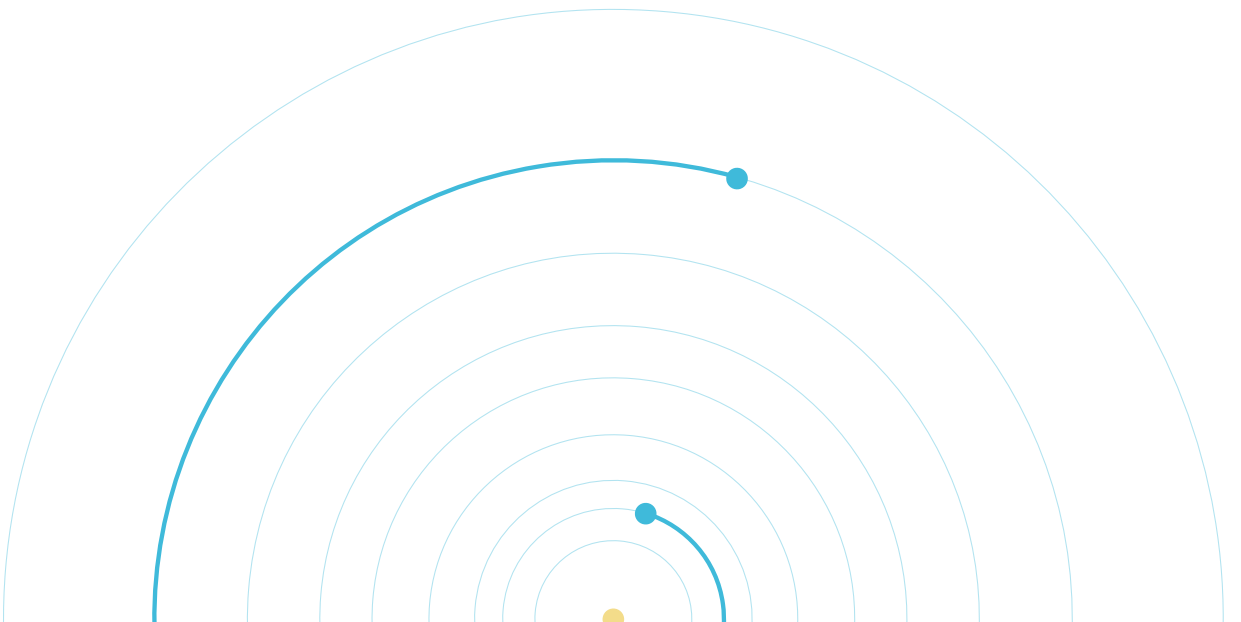
Latina y el Caribe. La aplicación de las entrevistas, los trabajos de campo y la recopilación de los datos fueron realizados por el equipo de Harris Interactive, liderado por Roz Pierson y Sandra Applebaum.

Por su apoyo a la implementación de las encuestas y en el análisis de los datos, un grupo de colegas en el Banco Interamericano de Desarrollo resultó indispensable, especialmente Yuka Maekawa, Carolina González Acero, Ronald Gómez Suárez, José Carlos Gutiérrez, Jonathan Cali, Nicolás Rosemberg y Kevin Rodríguez Orellana. Desde la Universidad de Nueva York, Gerónimo Jiménez también apoyó en el análisis inicial de los datos.

La investigación original y la preparación de este libro se vieron beneficiadas por el estímulo y los comentarios de Norbert Schady y Suzanne Duryea del Banco Interamericano de Desarrollo, así como por las sugerencias de dos revisores externos anónimos.

La edición profesional del libro estuvo a cargo de Florentina Preve y el diseño editorial fue preparado por el equipo de Círculo Salvo. El equipo de comunicación de la División de Protección Social y Salud brindó un valioso apoyo en la conversión del manuscrito en este libro, y por eso los editores agradecen especialmente a Cecilia Martínez Gómez y a Alejandro Scaff.

Por último, los editores agradecen a James Macinko, por su entusiasmo para abordar la conceptualización de la investigación desde su inicio y por su inspiración en la mejora continua de la atención primaria de salud.



Prólogo

A Winston Churchill se le atribuye la afirmación de que “la democracia es la peor forma de gobierno, excepto todas las demás”. Es tentador señalar que lo mismo puede decirse de las diferentes formas de organizar los sistemas de salud; todas las opciones requieren equilibrar objetivos difíciles —y a menudo competitivos—, y casi todas tienen dificultades para satisfacer las necesidades complejas y siempre cambiantes de sus poblaciones. Pero un conjunto cada vez más sólido de pruebas sugiere que un componente esencial para construir un sistema de salud exitoso y resiliente es orientarlo firmemente a la atención primaria de salud.

Los argumentos para fortalecer la atención primaria de salud son numerosos y cada vez más urgentes en un mundo que envejece rápidamente. El cuidado de la salud debe ser más integral y estar más integrado para satisfacer las necesidades actuales, así como para enfrentar los nuevos desafíos emergentes, como las enfermedades crónicas y la comorbilidad (McPhail 2016). Los sistemas de salud deben centrarse más en el paciente para brindar una atención más adecuada cuando y donde se necesite (World Health Assembly 2016). Dicho cuidado debe integrarse verticalmente (de la comunidad a todos los niveles del sistema de salud) y horizontalmente (a través de diferentes tipos de comunicación, soporte, diagnóstico y servicios terapéuticos) (Loewenson et al. 2017).

La atención primaria de salud se ha denominado como el “sistema nervioso central del sistema de salud de un país” (The Economist 2017), ya que debe agregar, almacenar y canalizar las experiencias

y la información de los pacientes para servir como hogar médico de cada persona (Bauer et al 2014). Estas características ayudan a generar confianza en el sistema de salud, un factor cada vez más reconocido que, en última instancia, puede afectar la capacidad del sistema de comunicar información que los ciudadanos consideran legítima. Asimismo, puede perfeccionar las actividades relacionadas con la mejora del acceso a la atención preventiva e incluso, la ayuda a largo plazo, además de la sostenibilidad política y económica (Gille et al 2015).

En 1978, la Declaración de Alma-Ata, adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, indicó el papel central de la atención primaria para proteger y promover la salud de todos. El hecho de que hayamos alcanzado el 40° aniversario de esa declaración sin aún haber alcanzado la atención primaria universal demuestra que llegar a un consenso internacional ha sido un desafío importante en la transformación del sistema de salud. Sin embargo, la región de las Américas ha sido líder en la implementación de una serie de acuerdos internacionales para ayudar a cerrar esta brecha. En 2005, los países de las Américas acordaron fortalecer la base de atención primaria de sus sistemas de salud como parte de la “Declaración de Montevideo”, que establecía que los países abogan por la integración de los principios de APS en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud (OPS 2017).

¿Qué ha pasado desde entonces? Si bien se han detectado importantes desarrollos a nivel nacional, quizás el acontecimiento

mundial más significativo haya sido la incorporación de los objetivos de los sistemas de salud a través del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) para la Cobertura Universal de Salud (CUS), que reitera la importancia del sistema de salud en la prevención, el tratamiento, y la rehabilitación, así como el peso de la CUS en la protección contra la exclusión social, y los pagos catastróficos y empobrecedores que los servicios de salud necesarios imponen sobre las personas (Moreno-Serra y Smith 2012). Es importante destacar que los ODS, por primera vez, requieren que los países desarrollen un conjunto de objetivos específicos, así como una estrategia para monitorear sus logros.

Entonces, la pregunta sigue siendo: ¿cómo los países fortalecen la atención primaria de salud dentro del contexto de la cobertura universal de salud? ¿Por dónde comienzan? ¿Qué estrategia es más adecuada para su población y su infraestructura de servicios de salud existente? Si bien las pruebas están emergiendo, es probable que no sea un eufemismo decir que la falta de datos comparativos, actualizados y relevantes para las políticas haya sido una limitación importante para cumplir las ambiciones de Alma Ata, la Declaración de Montevideo y la CUS en la región de América Latina y el Caribe.

Este libro resume los resultados de la primera comparación contemporánea de los servicios y sistemas de atención primaria en todas las principales regiones de ALC. Si bien el estudio se limita a incluir solo seis países, su alcance es amplio y las ideas que proporciona ayudan a desarrollar una hoja de ruta para fortalecer la atención primaria de salud en los diferentes contextos sociales, económicos, políticos y epidemiológicos de nuestra diversa región. ¿Qué podemos aprender de sus resultados?

Primero, el estudio demuestra que monitorear la atención primaria de salud desde la perspectiva del usuario es una estrategia factible y efectiva. Los estudios fueron planificados e implementados de manera relativamente rápida y a un costo razonablemente bajo. Podrían replicarse en nuevos contextos nacionales e incluso repetirse periódicamente para evaluar el impacto de las principales reformas.

En segundo lugar, las funciones específicas de atención primaria (primer contacto, acceso, coordinación, longitudinalidad, atención integral y centrada en el paciente) pueden evaluarse desde la perspectiva del usuario dentro de los países —comparando usuarios de diferentes subsistemas de atención primaria— y entre países con la región. Los resultados de los estudios presentados aquí ya han producido una gran cantidad de información para que los sistemas nacionales de salud establezcan medidas de base del desempeño de la atención primaria y para identificar áreas específicas de priorización.

Tercero, debido a que los estudios se basaron en un conjunto común de herramientas utilizadas durante casi 15 años por el *Commonwealth Fund* para monitorear la atención primaria en 11 países de la OCDE, es posible —como demuestran los autores— comparar el progreso de los países de América Latina y el Caribe con un conjunto de países con sistemas de salud de alto rendimiento, y que sobresalen en diferentes áreas, como los del Reino Unido o los Países Bajos (Osborn et al. 2016). Esto crea la oportunidad de crear comunidades de práctica verdaderamente globales para acelerar el intercambio de información y las mejores prácticas.

En cuarto lugar, los resultados apuntan a desafíos comunes en todos los países (como la orientación al paciente y la coordinación de la atención) que podrían beneficiarse del uso más específico de los sistemas de información de salud (incluidos los registros electrónicos) y las reformas del sistema de pago, que recompensan la atención más integrada y centrada en el paciente, en lugar de simplemente recompensar la cantidad de servicios provistos. Las lecciones específicas de cada país incluyen la observación de que en lugares donde las barreras financieras para la atención pueden ser bajas, las barreras organizacionales (como las horas de operación de las clínicas públicas) aún pueden estar presentes.

Finalmente, estos estudios muestran que las experiencias de atención primaria son determinantes esenciales de la forma en que las personas ven el sistema de salud en general, incluso aspectos que quizás no hayan experimentado personalmente. Al fortalecer la base de atención primaria de los sistemas nacionales de salud a través de un monitoreo regular y una evaluación rigurosa, los tomadores de decisiones en el campo de la salud pueden generar confianza y cumplir la promesa de un sistema universal de salud que alcance los elevados objetivos de Alma-Ata, mientras permanece conectado a tierra en relación con las necesidades de nuestras poblaciones diversas, cada vez más longevas y prósperas.

James Macinko

Universidad de California, Los Ángeles
Octubre de 2017

Acerca de los autores

Milagros Anaya. Bachiller en Ciencias con mención en Ingeniería Económica por la Universidad Nacional de Ingeniería, Perú. Fue consultora en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo y actualmente es consultora del Programa Nacional de Diversificación Productiva del Ministerio de la Producción de Perú.

Svetlana V. Doubova. Médica con especialidad en Pediatría y Medicina Familiar, posee una maestría por el Instituto Nacional de Salud Pública, México y un doctorado en Sistemas de Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México. Es la jefa de la Unidad de Investigación Epidemiología y Servicios de Salud del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Frederico Guanais. Doctor en Administración Pública por la Universidad de Nueva York, Estados Unidos, tiene una maestría en Administración y es Ingeniero Civil por la Universidad Federal de Bahía, Brasil. Es especialista principal en Salud en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

Donna Harris. Fue especialista senior de Protección Social y Salud en la División homónima del Banco Interamericano de Desarrollo.

Tania Marín. Médica por la Universidad Nacional de México, posee una maestría en Salud Internacional por la Universidad de Leeds, Gran Bretaña. Ha trabajado en atención primaria en México y Brasil y como consultora en medicina y salud en el Banco Interamericano de Desarrollo.

Ralfh Moreno. Médico con maestría en Políticas Globales en Salud de la Universidad de Tokio, Japón. Fue consultor en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

Pricila Mullachery. Posee una maestría en Salud Pública y es candidata al doctorado por la Universidad de Nueva York, Estados Unidos, donde estudia la expansión de la atención primaria en Brasil y sus efectos en la inequidad en la distribución de los servicios.

Ricardo Pérez-Cuevas. Médico cirujano, con especialidad en Medicina Familiar, posee una maestría en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México, una maestría en Ciencias de la Salud con enfoque en Salud Internacional por la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos y un doctorado en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Ha sido especialista líder en Salud en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

Diana Pinto. Médica y magíster en Administración en Salud por la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia y Doctora en Ciencias en Población y Salud Internacional, por la Escuela de Salud Pública de Harvard, Estados Unidos. Es especialista líder en Salud en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

Leonardo Pinzón. Cuenta con un posgrado en Economía Social por la Universidad de los Andes, Colombia y es profesional en gobierno y relaciones internacionales por

la Universidad Externado de Colombia. Es especialista senior de Protección Social y Salud en la División homónima del Banco Interamericano de Desarrollo.

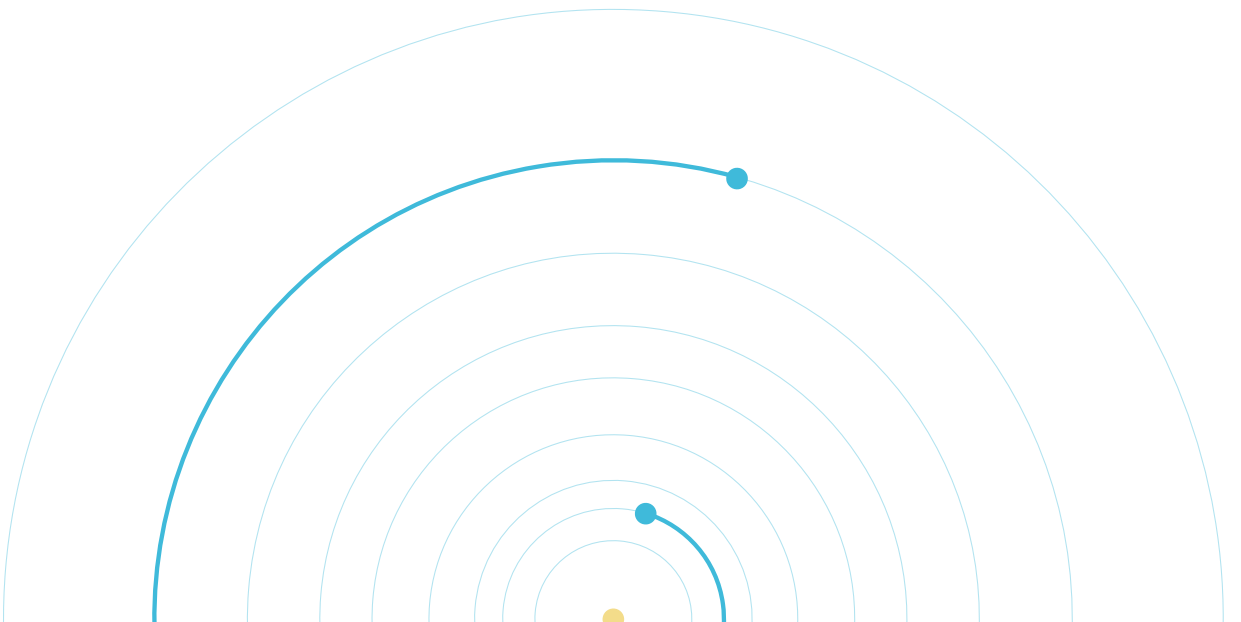
Ferdinando Regalia. Magíster y doctor en Economía por la Universitat Pompeu Fabra, España. Es el jefe de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

Marcia Rocha. Posee un doctorado en Desarrollo y Cooperación Internacional por la Universidad de Brasilia, Brasil, y una maestría en Desarrollo Local y Administración Pública por el Instituto Nacional de Administración Pública, España. Es especialista senior en Salud en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

María Deni Sánchez. Tiene un posgrado en Relaciones Internacionales enfocado en Finanzas y Comercio de la Universidad de Georgetown, Estados Unidos. Es especialista en Protección Social en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

Karolina Schantz. Magíster en Salud Pública de la Universidad de Michigan, Estados Unidos. Trabajó como consultora en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo, y actualmente trabaja como investigadora en CSRA en temas de equidad y capacitación cultural en los servicios de salud en Estados Unidos.

Luis Tejerina. Cuenta con una maestría en Economía de la Universidad de Maryland, Estados Unidos. Es economista líder en la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.



Índice de figuras, recuadros y tablas

| | |
|---|----|
| Figura 1.1. Distribución de las causas de muerte en ALC (% del total de muertes por grupos de causas en 1990, 2005 y 2015). | 6 |
| Figura 1.2. Carga de enfermedad en ALC (% del total de AVAD por grupos de causas en 1990, 2005 y 2015)..... | 7 |
| Recuadro 1.1. Meta de cobertura universal de salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible..... | 8 |
| Recuadro 2.1. Definición de atención primaria de salud en la Declaración de Alma-Ata..... | 15 |
| Tabla 1.1. Financiamiento, provisión y cobertura públicos de servicios de salud en los países participantes..... | 9 |
| Tabla 2.1. Pruebas sobre las características de la APS centrada en el paciente ... | 17 |
| Tabla 2.2. Disposición de muestra y características de las entrevistas..... | 26 |
| Tabla 2.3. Definición de grupos de educación por país..... | 31 |
| Tabla 2.4. Estado de salud autoinformado y visión general del sistema de salud..... | 32 |
| Tabla 2.5. Barreras financieras, de transporte y organizacionales..... | 33 |
| Tabla 2.6. Experiencia con la utilización de APS y resolutiveidad de los servicios..... | 35 |
| Tabla 2.7. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas..... | 37 |
| Tabla 2.8. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria..... | 38 |
| Tabla 2.9. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias..... | 39 |
| Tabla 3.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Brasil..... | 48 |
| Tabla 3.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud de Brasil..... | 49 |
| Tabla 3.3. Barreras financieras y de transporte en Brasil..... | 50 |
| Tabla 3.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Brasil. | 52 |
| Tabla 3.5. Experiencia con la atención primaria en Brasil..... | 54 |
| Tabla 3.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Brasil..... | 56 |
| Tabla 3.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Brasil. | 58 |
| Tabla 3.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Brasil. | 60 |

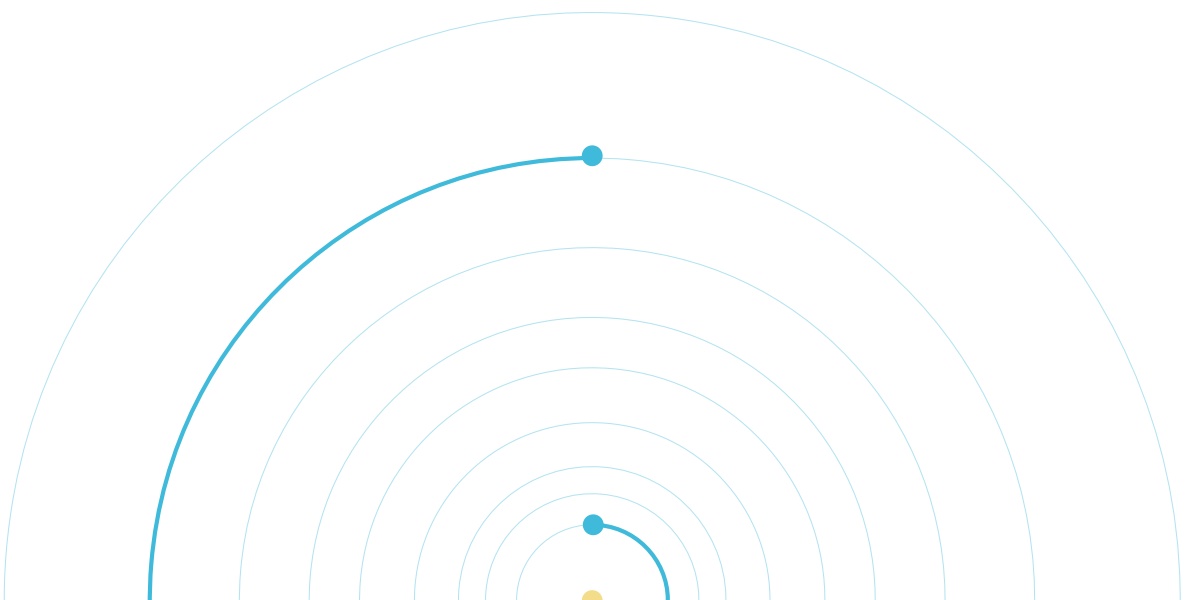
| | |
|---|-----|
| Tabla 4.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Colombia..... | 69 |
| Tabla 4.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en Colombia..... | 70 |
| Tabla 4.3. Barreras financieras y de transporte en Colombia..... | 71 |
| Tabla 4.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Colombia..... | 73 |
| Tabla 4.5. Experiencia con la atención primaria en Colombia..... | 74 |
| Tabla 4.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Colombia..... | 76 |
| Tabla 4.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Colombia..... | 78 |
| Tabla 4.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Colombia..... | 79 |
| | |
| Tabla 5.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en El Salvador..... | 90 |
| Tabla 5.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en El Salvador..... | 91 |
| Tabla 5.3. Barreras financieras y de transporte en El Salvador..... | 93 |
| Tabla 5.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en El Salvador..... | 94 |
| Tabla 5.5. Experiencia con la atención primaria en El Salvador..... | 96 |
| Tabla 5.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en El Salvador..... | 98 |
| Tabla 5.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en El Salvador..... | 101 |
| Tabla 5.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en El Salvador..... | 102 |
| | |
| Tabla 6.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Jamaica..... | 112 |
| Tabla 6.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en Jamaica..... | 113 |
| Tabla 6.3. Barreras financieras y de transporte en Jamaica..... | 115 |
| Tabla 6.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Jamaica..... | 116 |
| Tabla 6.5. Experiencia con la atención primaria en Jamaica..... | 118 |
| Tabla 6.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Jamaica..... | 120 |
| Tabla 6.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Jamaica..... | 121 |
| Tabla 6.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Jamaica..... | 122 |
| | |
| Tabla 7.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en México..... | 131 |
| Tabla 7.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en México..... | 132 |
| Tabla 7.3. Barreras financieras y de transporte en México..... | 133 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 7.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en México. | 134 |
| Tabla 7.5. Experiencia con la atención primaria en México. | 136 |
| Tabla 7.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en México..... | 139 |
| Tabla 7.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en México. | 142 |
| Tabla 7.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en México..... | 143 |
| | |
| Tabla 8.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Panamá. | 153 |
| Tabla 8.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en Panamá..... | 154 |
| Tabla 8.3. Barreras financieras y de transporte en Panamá..... | 155 |
| Tabla 8.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Panamá..... | 156 |
| Tabla 8.5. Experiencia con la atención primaria en Panamá. | 159 |
| Tabla 8.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Panamá..... | 160 |
| Tabla 8.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Panamá..... | 163 |
| Tabla 8.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Panamá. | 164 |
| | |
| Tabla 9.1. Variables que midieron los resultados de la percepción sobre el sistema de salud y la experiencia con la APS. | 170 |
| Tabla 9.2. Características generales de los usuarios de los servicios de salud en 17 países de ALC y la OCDE. | 174 |
| Tabla 9.3. Acceso y experiencia con la atención primaria de salud en 17 países de ALC y la OCDE. | 178 |
| Tabla 9.4. Acceso y experiencia con la atención primaria de salud por tipo de cobertura, promedios de 17 países de ALC y la OCDE..... | 181 |
| Tabla 9.5. Acceso y experiencia con la atención primaria de salud por nivel de educación, promedios de 17 países de ALC y la OCDE. | 182 |
| Tabla 9.6. Determinantes de la “necesidad de cambios fundamentales en el sistema de salud” y “percepción de muy buena calidad acerca de la atención en la APS”. Modelos de regresión multivariada Poisson. | 185 |

Lista de acrónimos

| | |
|-----------------|--|
| AHRQ | <i>Agency of Healthcare Research and Quality</i> |
| ALC | América Latina y el Caribe |
| AP | Atención Primaria |
| APS | Atención Primaria de Salud |
| AVAD | Años de vida ajustados por discapacidad |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| BM | Banco Mundial |
| CELADE | Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| COW-CATI | <i>Computer Assisted Telephone Interview Over Web</i> |
| CSS | Caja de Seguro Social |
| ECNT | Enfermedades crónicas no transmisibles |
| ECOS-E | Equipos Comunitarios de Salud Especializados |
| ECOS-F | Equipos Comunitarios de Salud Familiar |
| EPS | Empresas Promotoras de Salud |
| ESF | Estrategia de Salud Familiar |
| IHME | <i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i> |
| IHP | <i>International Health Policy Surveys</i> |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud |
| ISBM | Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial |
| ISSS | Instituto Salvadoreño del Seguro Social |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| JADEP | <i>Jamaica Drugs for the Elderly Program</i> |
| MAIS | Modelo de Atención Integral en Salud |
| MAP | Médico de atención primaria |
| MINSA | Ministerio de Salud de la República de Panamá |
| MINSAL | Ministerio de Salud de El Salvador |
| MOH | <i>Ministry of Health</i> |

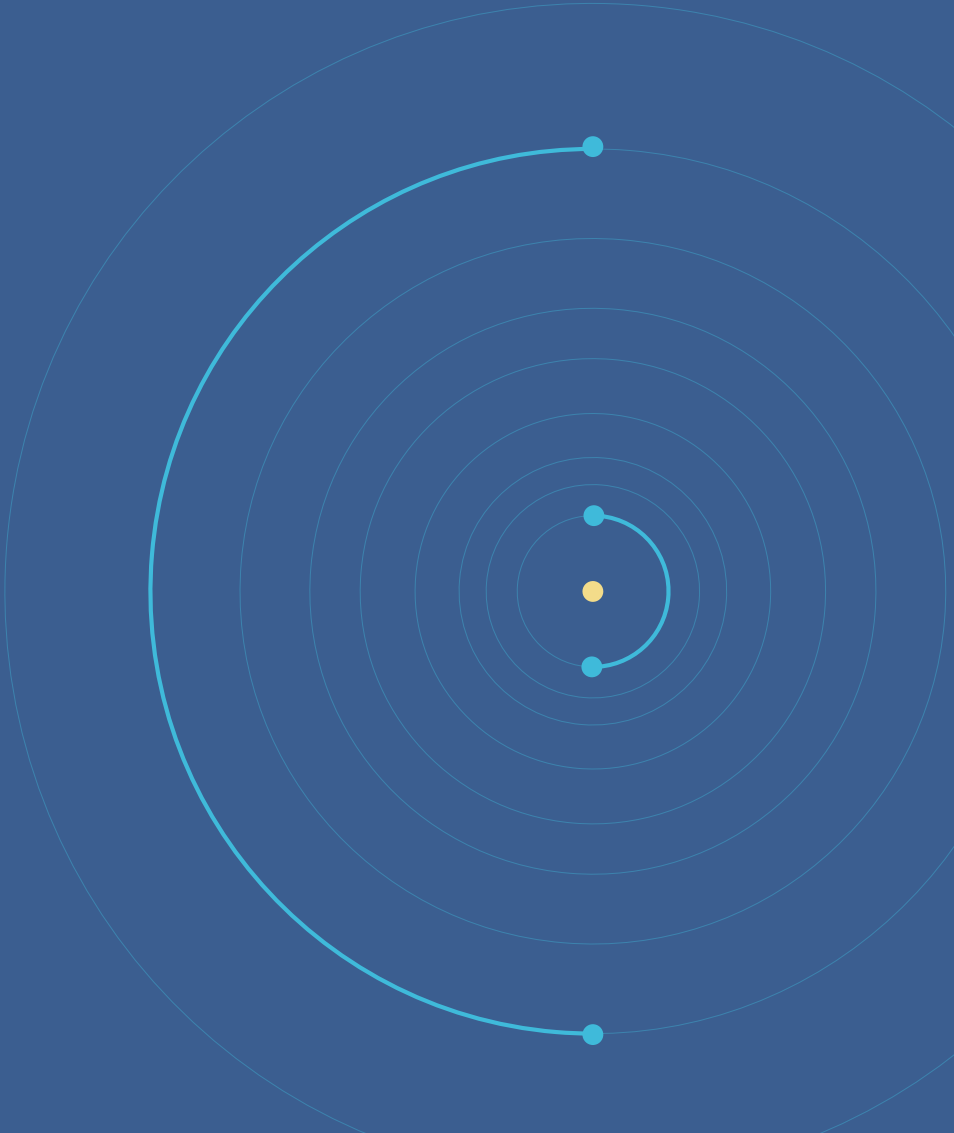
| | |
|---------------|--|
| MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| NHF | <i>National Health Fund</i> |
| NHS | <i>National Health Service</i> |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización no gubernamental |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PAIS | Política de Atención Integral en Salud |
| PCMH | <i>Patient-Centered Medical Home</i> |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PMAQ | Programa de Mejoría del Acceso y Calidad de la Atención Básica |
| POS | Plan Obligatorio de Salud |
| PREM | <i>Patient Reported Experience Measures</i> |
| PROM | <i>Patient Reported Outcomes Measures</i> |
| PSF | Programa de Salud de la Familia |
| RC | Régimen Contributivo |
| RIISS | Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud |
| RIM | <i>Random Iterative Method</i> |
| RS | Régimen Subsidiado |
| RP | Razón de prevalencia |
| SdS | Secretaría de Salud |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa |
| SEMAR | Secretaría de Marina |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| SNS | Sistema Nacional de Salud de El Salvador |
| SUS | Sistema Único de Salud |
| UCSF | Unidades Comunitarias de Salud Familiar |



Contexto y desafíos de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe



Frederico Guanais,
Ferdinando Regalia,
Ricardo Pérez-Cuevas,
Diana Pinto y
Tania Marín





Introducción

En los últimos años ha aumentado el interés por el diseño de políticas públicas centradas en los usuarios, también conocido como diseño centrado en los humanos o *design thinking* (Bason 2016; Salmon et al. 2015). Se trata de un proceso de diseño de soluciones basado en la perspectiva de las personas y de sus necesidades, en la generación de respuestas rápidas de forma iterativa, integrando la retroalimentación para generar soluciones factibles, deseables y prácticas. Si bien el proceso de diseño de políticas públicas centradas en los usuarios requiere importantes adaptaciones en el ciclo de políticas, un punto muy relevante es la habilidad de las administraciones públicas de escuchar y aprender. ¿Cómo incorporar la perspectiva del usuario en el diseño, implementación, evaluación y retroalimentación de las políticas públicas? ¿Qué herramientas metodológicas son necesarias para hacerlo? ¿Qué conclusiones se pueden extraer desde la perspectiva de los usuarios para crear políticas públicas más adecuadas a sus expectativas? Estas interrogantes fueron el punto inicial para motivar el estudio de investigación, cuyos resultados se exponen en el presente volumen.

En los sistemas de salud, la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud –los pacientes–, provee información valiosa y es fundamental para fortalecer el cuidado centrado en la persona; sin embargo, es todavía poco analizada en la región de América Latina y el Caribe (ALC). El concepto de cuidado centrado en la persona organiza y

provee servicios tomando en consideración las necesidades, experiencias y preferencias del paciente de forma integral (Ogden et al. 2017; Constand et al. 2014; Dwamena et al. 2012). Incluso, los elevados niveles de satisfacción entre los pacientes del sistema de salud se han asociado a niveles altos de seguridad y efectividad clínica entre diferentes grupos de enfermedades (Doyle et al. 2013). A pesar de que en ocasiones se considera que la perspectiva de los pacientes refleja únicamente percepciones subjetivas, existen formas objetivas de medir estas apreciaciones. De este modo, se dará lugar a la detección de áreas de mejora, siempre y cuando sea dentro de un sistema de mejora continua de calidad. Asimismo, la recolección de información sobre la perspectiva de los pacientes tiene el potencial de fortalecer la inclusión social, la ampliación de la participación social en el sistema de salud y de la transparencia de las instituciones públicas y privadas de salud.

En la literatura y en la práctica de los sistemas de salud, el apoyo a la incorporación de la perspectiva del paciente va en aumento, y esos tipos de indicadores han sido denominados “Resultados Informados por el Paciente” (PROM, por sus siglas en inglés) y “Experiencia Informada por el Paciente” (PREM, por sus siglas en inglés) (Baumhauer 2017). Los PROM miden la percepción del paciente en relación con su estado de salud, su capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud; es decir, miden los resultados de alguna intervención en salud (tratamiento, procedimiento, entre otros) en un paciente en específico para una intervención de salud específica. Por otra parte, los resultados de las PROM deben ser interpretados dentro de un contexto en el que también los proveedores cuentan con limitaciones de tiempo, recursos físicos, humanos, e

insumos (Miller et al. 2015). En 2009, el Sistema Nacional de Salud de Reino Unido (NHS, por sus siglas en inglés) volvió obligatoria la aplicación de PROM para algunos padecimientos, y la publicación de los resultados es pública. Desde entonces, se ha ampliado su realización y publicación para otros padecimientos (NHS Digital 2017).

Los PREM son instrumentos que capturan y miden la experiencia de los pacientes con alguna característica de los servicios de salud, y pueden ser utilizados para evaluar la calidad de la atención o monitorear la mejora de los servicios. Su uso se ha diseccionado en países como el Reino Unido, y ha dado pie a iniciativas como el rediseño de servicios basado en la experiencia de los pacientes (Mockford et al. 2012; Pickles et al. 2008). Asimismo, se comprende cada vez más que no es suficiente considerar la perspectiva del paciente si esta información no se utiliza para mejorar los servicios de salud mediante procesos formales de mejora de la calidad (Gleeson et al. 2016).

A la fecha, existen muy pocas pruebas publicadas acerca de cómo las experiencias de salud de los ciudadanos en los países de ALC se comparan entre sí y cómo contrastan con las de los países industrializados. Esa brecha de información es particularmente relevante en un contexto donde muchos países de la región han llevado a cabo ambiciosas reformas destinadas a la cobertura universal de la salud. Este es el caso de la introducción del Seguro Popular en México durante la primera década de 2000 (Knaul et al. 2012) y de la eliminación de las tarifas de usuarios en Jamaica en 2007 (Beuermann y Pecha Garzón 2016; De La Haye y Alexis 2012). Otros países han apuntado a fortalecer la orientación de sus sistemas de salud hacia la atención primaria de salud, como es el caso de El

Salvador a través de la introducción de un modelo de salud comunitaria (Ventres 2013) o de Brasil con la ampliación nacional del Programa de Salud de la Familia (Guanais 2010). La mayoría de ellos han emprendido esfuerzos de reforma para mejorar la eficiencia de sus gastos de salud al tiempo que cumplen con las expectativas cada vez mayores de los ciudadanos acerca de la calidad de la atención de salud, al igual que Colombia (Echeverry-López y Borrero-Ramírez 2015).

Con el objetivo de contribuir al diseño de políticas públicas de salud basadas en pruebas en ALC, y considerando especialmente el punto de vista de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, entre 2012 y 2014 el Banco Interamericano de Desarrollo llevó a cabo la Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en América Latina y el Caribe, en poblaciones adultas de Colombia, México, Brasil, El Salvador, Panamá y Jamaica. Desde el año 2016, los datos generados por la encuesta se utilizaron para la elaboración de estudios sobre los sistemas de salud de ALC, y se publicaron en la literatura científica internacional. Trataron temas como la asociación entre atributos de atención primaria centrada en el paciente y la percepción de la buena calidad de atención de salud en Brasil, Colombia, México y El Salvador (Doubova et al. 2016), las brechas en el desempeño de la atención primaria y

los sistemas de salud en seis países de ALC (Macinko et al. 2016), y los determinantes de la percepción pública de la necesidad de cambios fundamentales en los sistemas de salud de ALC (Pérez-Cuevas, 2017). Sin embargo, a la fecha, los resultados completos de la encuesta en los seis países no habían sido publicados ni analizados en detalle, como tampoco se habían comparado los resultados de ALC con los de países de altos ingresos.

En ese contexto, los objetivos del presente volumen apuntan a describir el marco conceptual y la metodología de la encuesta, presentar los resultados detallados de la encuesta en cada uno de los seis países, y ofrecer un análisis de los determinantes de la percepción pública del sistema de salud y de la calidad de la atención primaria percibida en ellos. Se adoptará una perspectiva comparativa con otros once países de altos ingresos miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza. Se espera que los resultados presentados en este volumen contribuyan a cerrar la brecha de información en ALC y estimulen la realización de análisis adicionales que indiquen cómo la perspectiva del paciente puede ser utilizada para fortalecer la atención primaria de salud dentro del contexto de cobertura universal y para mejorar los sistemas de salud en la región.

El doble desafío de los sistemas de salud

En la actualidad, los sistemas de salud en la región de ALC enfrentan el doble desafío de responder a presiones demográficas y epidemiológicas en un contexto de expectativas ciudadanas en aumento. El primer desafío –las presiones demográficas– no es exclusivo de la región, y ha sido ampliamente documentado en la literatura (Grover 2014). La disminución de la tasa de fecundidad y el incremento constante de la esperanza de vida (actualmente de un promedio de 75 años para la región) han dado lugar a la transición demográfica, lo cual implica un proceso inherente de envejecimiento poblacional. De hecho, las proyecciones estiman que el grupo etario correspondiente a los mayores de 60 años es el que tendrá la mayor tasa de crecimiento a partir de 2015 (CEPAL 2017). En ALC, se estima que esta población pasará del 9,7% en 2010 al 25,4% en 2050, cuando existirán más de 200 millones de adultos mayores en la región, que equivale al total de la población actual de Brasil. En Chile y Costa Rica, más del 30% de la población será mayor de 60 años en 2050.

De forma asociada a la transición demográfica, la transición epidemiológica se refiere al cambio en el perfil de morbilidad y mortalidad, en el cual disminuye la mortalidad por enfermedades infecciosas, padecimientos materno-infantiles y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se convierten en las principales causas de morbimortalidad. Así, el perfil epidemiológico actual de ALC se caracteriza por:

- el rápido crecimiento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas

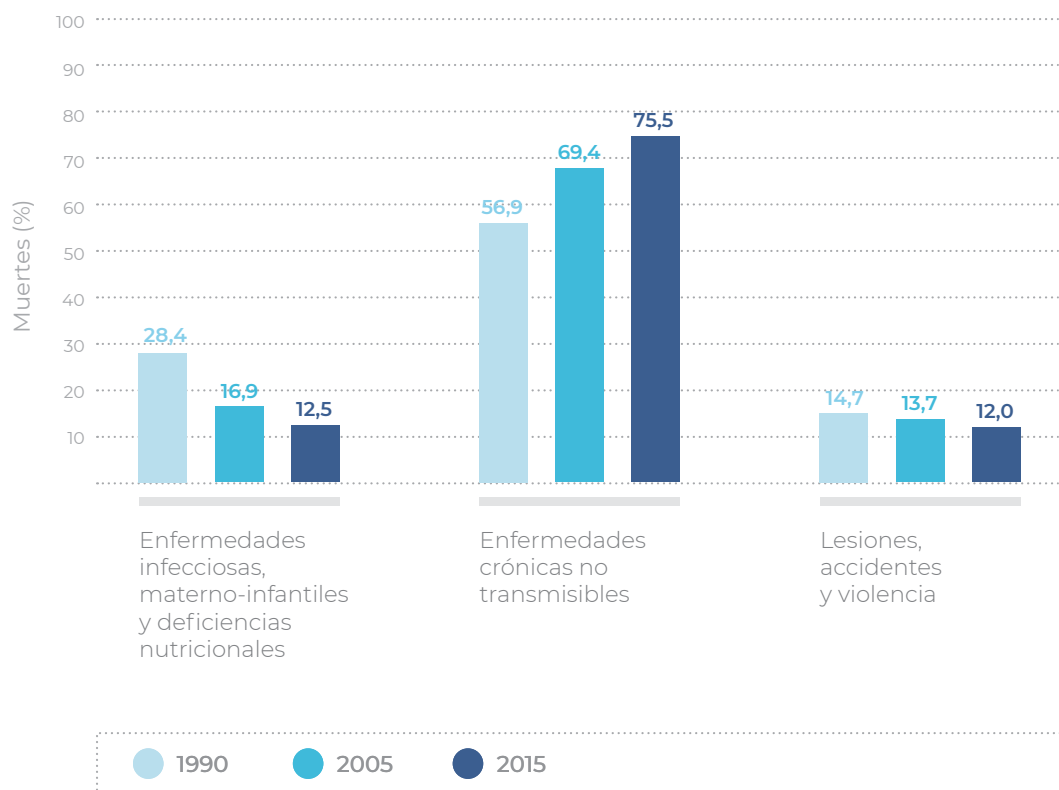
no transmisibles, debido a la ya mencionada transición demográfica, pero también a la creciente exposición a los factores de riesgo, tales como sedentarismo, consumo de dietas hipercalóricas, niveles elevados de colesterol sérico y presión arterial, entre otros (Rubinstein et al. 2015; DiCesare et al. 2013);

- una agenda inconclusa de la mortalidad por enfermedades infecciosas y materno-infantiles, caracterizada por indicadores de salud materno-infantil que, a pesar de los progresos en los últimos 15 años (Sacks et al. 2017), se encuentran todavía rezagados entre la población más pobre de la región cuando son comparados a los estándares internacionales (Zulfiqar et al. 2013). Se agrega una alta prevalencia de *enfermedades desatendidas*, producto de condiciones insalubres, además de grandes focos endémicos de enfermedades tropicales que presentan brotes estacionales recurrentes (Hotez 2013); y
- la persistencia de la violencia y los accidentes entre la población joven y económicamente activa (Auger et al. 2016).

Las figuras a continuación ilustran dichas tendencias. El gráfico en la Figura 1.1 muestra el cambio en el patrón de mortalidad en ALC en 1990, 2005 y 2015, según los tres grandes grupos de causas identificados anteriormente, y el gráfico en la Figura 1.2 muestra la carga de enfermedad en ALC en 1990, 2005 y 2015, expresado en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

Las poblaciones más pobres son las más afectadas por este patrón epidemiológico, pues al tener las condiciones sociales más desfavorables, tienen una mayor exposi-

Figura 1.1. Distribución de las causas de muerte en ALC (% del total de muertes por grupos de causas en 1990, 2005 y 2015).

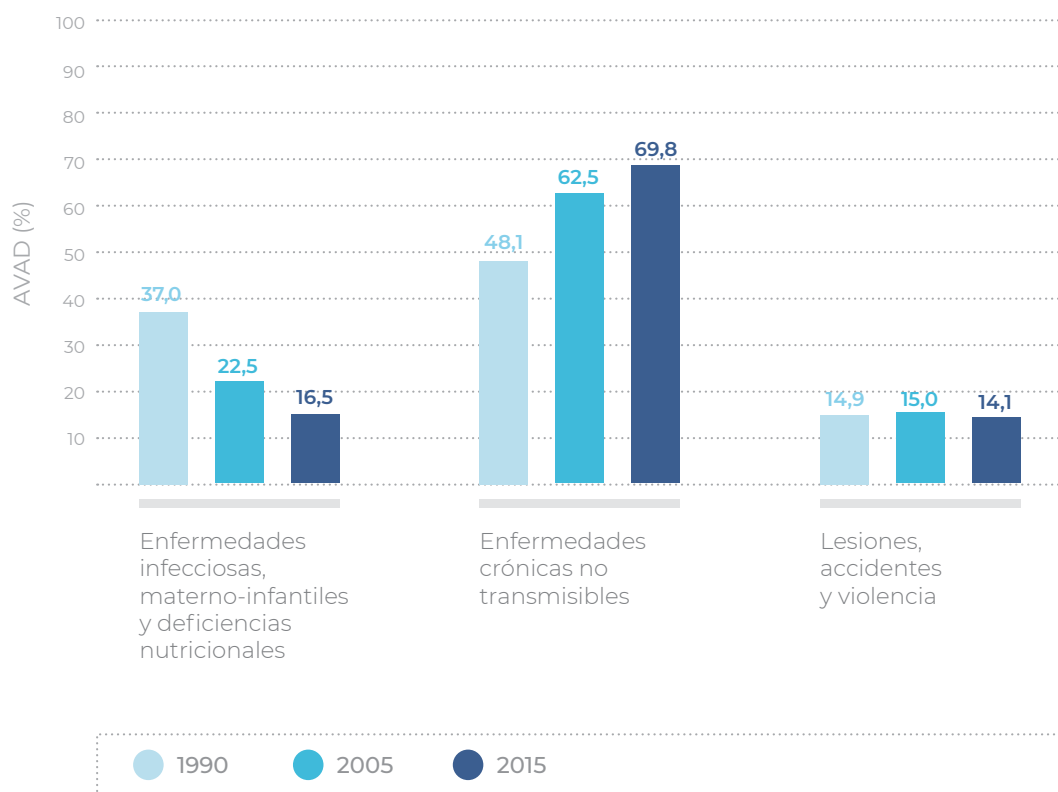


Fuente: elaboración propia con datos de IHME (2016).

ción a factores de riesgo y menor acceso a los servicios de salud (DiCesare et al. 2013). A diferencia de lo que ha sucedido en otras partes del mundo, en ALC, la transición demográfica y epidemiológica se presentó de forma paralela y acelerada (Dmytraczenko y Almeida 2015), lo que representa un reto para los sistemas de salud de la región, pues deben ofrecer servicios que permitan atender el amplio espectro de padecimientos que afecta simultáneamente a la población. La comorbilidad (presencia de más de una enfermedad en un solo paciente) y la multimorbilidad (presencia

de múltiples enfermedades en una sola persona) se han asociado a un nivel socioeconómico bajo en países de ingresos bajos y medianos, especialmente en el contexto de envejecimiento poblacional (Afshar et al. 2016). Diversos estudios han demostrado los desafíos particularmente complejos de la multimorbilidad en la región de ALC, sumado al aumento de las ECNT y a la persistencia de las enfermedades infecciosas en poblaciones desfavorecidas (Valenzuela-Jiménez et al. 2017; Olivares et al. 2017; Pereira Nunes et al. 2015; Arokiasamy et al. 2015; Lee et al. 2015).

Figura 1.2. Carga de enfermedad en ALC (% del total de AVAD por grupos de causas en 1990, 2005 y 2015).



Fuente: elaboración propia con datos de IHME (2016).

El incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles debería estar asociado al aumento en la demanda de los servicios de atención médica, incluyendo detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación por ECNT. Por su naturaleza, las enfermedades crónicas requieren tratamiento y seguimiento continuo durante años o décadas, sus complicaciones son complejas y requieren de tecnología y personal especializado para ser atendidas, lo cual aumenta considerablemente los costos de la atención. El desarrollo tecnológico en el tratamiento de

las enfermedades crónicas está vinculado a medicamentos de uso continuo, con innovaciones incrementales que a su vez se asocian al aumento de los costos, que son más que proporcionales al incremento en la efectividad del tratamiento (Arredondo 2017). Tal es el caso de las sucesivas generaciones de medicamentos antihiper-tensivos, antilipidémicos y antidepresivos. Además, la frecuencia de padecimientos degenerativos (por ejemplo, artrosis, cataratas, demencia, entre otros) aumenta de forma proporcional al envejecimiento. La mayoría son incapacitantes y convierten

a los afectados en dependientes de los cuidados de terceros, por lo que requieren redes de atención y cuidados específicos. El promedio actual del gasto en salud para personas mayores de 60 años en ALC es del 17%, y de acuerdo con las proyecciones existentes, esta cifra aumentará gradualmente hasta representar el 53% del gasto total en salud en las próximas cinco décadas (CELADE 2014).

Al mismo tiempo en que deben responder a las presiones demográficas y epidemiológicas, los sistemas de salud deben atender a un segundo desafío: el avance hacia la cobertura universal de salud en un contexto de expectativas ciudadanas cada vez mayores. Desde el final del siglo XX, la tendencia hacia la cobertura universal de salud ha impulsado la adopción de políticas públicas —especialmente en países de ingresos medios y bajos— con el objetivo de ofrecer protección financiera y acceso a los servicios de salud para toda la población (Giedion et al. 2013), y en mayor o menor medida basadas en principios sociales de redistribución, equidad y el reconocimiento de la salud como un derecho humano y/o constitucional. Aunque el concepto de cobertura universal no es nuevo y, de hecho, varios países de ingresos altos tienen sistemas de salud que ofrecen cobertura a la totalidad de

su población desde hace décadas, fue en 2015 cuando se legitimó su relevancia como parte de la agenda de desarrollo internacional, tras convertirse en una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ONU 2015), como indicado en el Recuadro 1.1.

En ALC, a partir de los años ochenta, varios países llevaron a cabo diversas reformas sociales aprovechando un contexto de democratización emergente, crecimiento económico y estabilidad social. En el área de la salud, estas reformas tenían como objetivo ampliar la cobertura, principalmente entre los sectores más pobres, buscando disminuir el gasto de bolsillo, reducir el empobrecimiento, evitar el gasto catastrófico, mejorar los indicadores de salud y reducir brechas entre diferentes sectores sociales (Knaul et al. 2012). En general, las reformas de salud relacionadas con la cobertura universal en ALC han consistido en afiliar u ofrecer diferentes esquemas de cobertura de salud para grupos que previamente no contaban con ello. Existe una diversidad de modelos de cobertura, formas de financiamiento y mecanismos de provisión de servicios adoptados por los países. La Tabla 1.1 muestra las características de los esquemas de cobertura universal de salud en los países de ALC incluidos en el presente estudio.

Recuadro 1.1. Meta de cobertura universal de salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.” Meta 3.8: “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.” (ONU 2015)

Tabla 1.1. Financiamiento, provisión y cobertura públicos de servicios de salud en los países participantes.

| PAÍS | FINANCIAMIENTO PÚBLICO | PROVISIÓN PÚBLICA | COBERTURA PÚBLICA * |
|--------------------|--|---|---|
| Brasil | Recursos fiscales generales; subsidios a la cobertura privada mediante exención tributaria | Federal Estatal Municipal | SUS 100% |
| Colombia | Recursos fiscales generales; contribuciones obligatorias a la nómina de los empleados formales | Competencia entre múltiples proveedores | Régimen subsidiado: 47,6% Régimen contributivo 42,3% |
| El Salvador | Cobertura voluntaria y obligatoria; recursos fiscales generales | Fragmentada según tipo de cobertura | MINSAL: 72% ISSS: 25,7% ISBM y otros 2,3% |
| Jamaica | Recursos fiscales generales | <i>Regional Health Authorities</i> | Ministry of Health 100% |
| México ** | Recursos fiscales generales; contribuciones obligatorias a la nómina de los empleados formales | Fragmentada según tipo de cobertura | Seguro Popular 45,01% IMSS 50,95% ISSSTE 10,64% SEDENA y otros 2,77% |
| Panamá | Recursos generales fiscales; contribuciones obligatorias a la nómina de los empleados formales | Fragmentada según tipo de cobertura | Caja Seguro Social: 80% MINSAL: 20% |

Notas:

*Porcentaje de la población total, a menos que se especifique de otra forma;

**La sumatoria de la cobertura puede ser mayor al 100%, debido a la población que cuenta con doble cobertura.

Fuentes: Brasil: Marques et al. (2016); ANS (2017). Colombia: MSPS (2016a, 2012). El Salvador: Ministerio de Salud de El Salvador (2016); Instituto Salvadoreño del Seguro Social (2016); Acosta et al. (2011); Dirección General de Estadística y Censos de El Salvador (2016). Jamaica: Banco Mundial (2013); Planning Institute of Jamaica (2012). México: Presidencia de la República (2016); Secretaría de Salud de México (2013). Panamá: Caja de Seguro Social (2010).

En ALC predomina la fragmentación de regímenes de cobertura, con la coexistencia de seguro público, privado y seguridad social. Entre los seis países estudiados, Brasil y Jamaica cuentan con sistemas nacionales de salud con financiamiento basado en impuestos generales (también conocidos como modelo “*Beveridge*”); mientras Colombia, El Salvador, México y Panamá poseen sistemas de salud mixtos, en parte basados en el concepto de seguridad o seguro social, en el que el financiamiento depende de contribuciones a la nómina (también conocidos como modelos “*Bismarck*”), pero que también cuentan con subsistemas no contributivos (Titelman et al. 2014; Levy y Schady 2013; Van der Zee y Kroneman 2007). En los seis países existe un mercado de seguros privados de afiliación voluntaria, a los que es posible afiliarse típicamente de forma adicional a la cobertura pública (Giedion 2010).

Más allá del modelo de financiamiento, provisión y cobertura, la manera en que los países eligen y formulan los planes de beneficios —es decir, qué procedimientos y tecnologías están incluidos en el financiamiento público—, así como la forma en que establecen sus prioridades sanitarias son muy diversas. La falta de un procedimiento sistemático para elegir las intervenciones o los beneficios de un paquete de servicios, junto con la persistencia de sistemas de salud fragmentados puede tener un resultado poco efectivo o que poco contribuya a mejorar la situación de salud de la población (Giedion et al. 2014). En ese contexto, el proceso de ampliación de cobertura, además de poco estudiado y comprendido, se encuentra altamente politizado (Horton y Das 2014).

El aumento de la cobertura de salud no garantiza, *per se*, una reducción de las inequidades entre los diferentes grupos

sociales ni garantiza un acceso efectivo a los servicios. En los sistemas de salud fragmentados, los múltiples tipos de cobertura ofrecen prestaciones diferentes, por lo tanto, la atención que los usuarios reciben y los beneficios garantizados dependen de su afiliación. Existen brechas considerables de cobertura efectiva entre grupos sociales, algunos de los cuales han sido históricamente marginalizados y han contado con menor acceso a servicios públicos y beneficios sociales, como la población en condiciones de pobreza, indígenas, afrodescendientes, habitantes de áreas rurales o remotas y poblaciones vulnerables (Carrasquilla Gutiérrez 2010). Estas brechas se reflejan en las grandes diferencias que denotan los indicadores de salud dentro de un mismo país. Por ejemplo, en 2015 la mortalidad en menores de cinco años en ALC era tres veces mayor en el quintil de población con menores ingresos que en el quintil con mayores ingresos (UNICEF 2016). En las poblaciones indígenas de Brasil, Colombia, Perú y Venezuela, las tasas de mortalidad infantil son dos veces mayores al parámetro nacional (Anderson et al. 2016). En algunos países, las cuotas o copagos, aun siendo muy bajos o proporcionales al ingreso, continúan siendo una barrera de acceso a los servicios de salud. De hecho, en un estudio de 12 países de ALC, se encontró que los hogares con mayor riesgo de gasto catastrófico son aquellos en los que hay niños y adultos mayores (Knaul et al. 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza tres variables para medir la ampliación en la cobertura universal: el aumento en la afiliación (personas con cobertura de salud), la amplitud de las prestaciones y la proporción de gastos que realmente están cubiertos con recursos públicos (OMS 2010). Se puede decir que, en ALC, se ha avanzado en la afiliación

y en la determinación de los beneficios que los programas de cobertura universal proponen (Atun et al. 2014), además de que en las últimas décadas, todos los países han aumentado el gasto en salud. Por otra parte, cobertura efectiva se refiere a la fracción de ganancia en salud que el sistema podría aportar con los servicios que actualmente ofrece. Para medir la cobertura efectiva, se requieren datos sobre utilización, necesidad y calidad de la atención. Sin embargo, existe un déficit de información en relación con la calidad de los servicios de salud (Sepúlveda 2013). En este sentido, independientemente del tipo de financiamiento, los sistemas públicos de salud en ALC tienen dificultades para ofrecer servicios de calidad. Primero, porque no existe una cultura de evaluación de la calidad de la atención en la mayoría de los países; segundo, porque existen deficiencias de recursos humanos, estructura e insumos disponibles para atender la demanda; y tercero, debido a las presiones presupuestarias, que frecuentemente interfieren con el financiamiento de la salud, el cual llega a depender incluso de la estabilidad económica del país (Heredia et al. 2014).

Es decir, para que se obtengan mejores resultados en salud en la población, se requiere que se cubran las necesidades detectadas, que se utilicen los servicios, pero también que estos sean de calidad adecuada. De hecho, estos tres factores se encuentran sumamente relacionados entre sí. Sin embargo, existe una brecha muy amplia en la mayoría de los países de medianos y bajos ingresos en relación con la evaluación de la calidad. A ello contribuye la falta de unificación en los criterios técnicos sobre la definición de qué es y cómo debe ser medida la falta de recolección sistemática de información al respecto, visiones maniqueas acerca de

los parámetros que reflejan la calidad de la atención, y la omisión casi universal de la perspectiva de los pacientes (Kruk et al. 2017), a pesar de que son ellos la razón de ser del sistema de salud.

Un aspecto importante del movimiento a favor de la cobertura universal de salud es el contexto de expectativas ciudadanas en aumento, expresadas a través de movimientos sociales y protestas por mejores servicios de salud. Por un lado, la literatura registra la movilización de la sociedad civil por la garantía del derecho a la salud en diversos países en ALC (Echeverry-López y Borrero-Ramírez 2015; Paiva et al. 2014; Gomes-Temporão y Faria 2014) y otras regiones (Matos y Serapioni 2017). Por otro, la OMS ya había establecido desde el año 2000 el concepto de responsividad de los sistemas de salud a las expectativas ciudadanas, como una de sus dimensiones de evaluación del desempeño de los sistemas de salud. De este modo, se amplía el concepto de experiencia del paciente para incluir también el contacto directo entre el profesional de salud y el paciente, hasta la interacción entre el sistema de salud y la población (Röttger et al. 2014; Murray y Evans 2003). De acuerdo con Papanicolas y Smith (2013), el concepto de responsividad “capta las dimensiones del sistema de salud asociadas a la interacción de los pacientes con el sistema mismo, como el respeto del sistema de salud por la dignidad, la autonomía y el pronto servicio al paciente, así como la buena comunicación, el acceso al apoyo social durante la atención, la calidad de los servicios básicos y la elección del proveedor”. Más recientemente, la OMS viene promoviendo el concepto de servicios de salud integrados centrados en las personas, como forma de poner el énfasis en las personas en lugar de las enfermedades como ejes fundamentales de los sistemas de salud (OMS 2016).

Por lo tanto, la percepción de los usuarios sobre el sistema de salud debe ser una parte integral de la evaluación de calidad de los sistemas, pues al ser los receptores directos de los servicios, pueden proporcionar información valiosa sobre aspectos específicos a mejorar, lo que se podría reflejar en un gasto en salud más efectivo. De esta forma, no solo el acceso a la cobertura pública debe formar parte de la ruta hacia la cobertura universal, sino también la mejora en la calidad de los servicios, tomando en cuenta la perspectiva de los usuarios.

Una breve descripción de los capítulos del libro

A continuación, describiremos cómo se organizó la parte restante del presente volumen. El **Capítulo 2** presenta el marco conceptual del estudio y describe el diseño metodológico de la Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en América Latina y Caribe, llevada a cabo en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá. Se discute un marco conceptual basado en la APS para el análisis de los resultados de la encuesta en los seis países. Se describen los antecedentes en los que se basa la encuesta y los retos para su implementación dentro del contexto de ALC. Se ofrece una descripción detallada del diseño de la muestra, la estructura del cuestionario utilizado, la recopilación de los datos y su análisis. También se presentan las limitaciones intrínsecas a la metodología del estudio, así

como aquellas que se observaron durante su implementación.

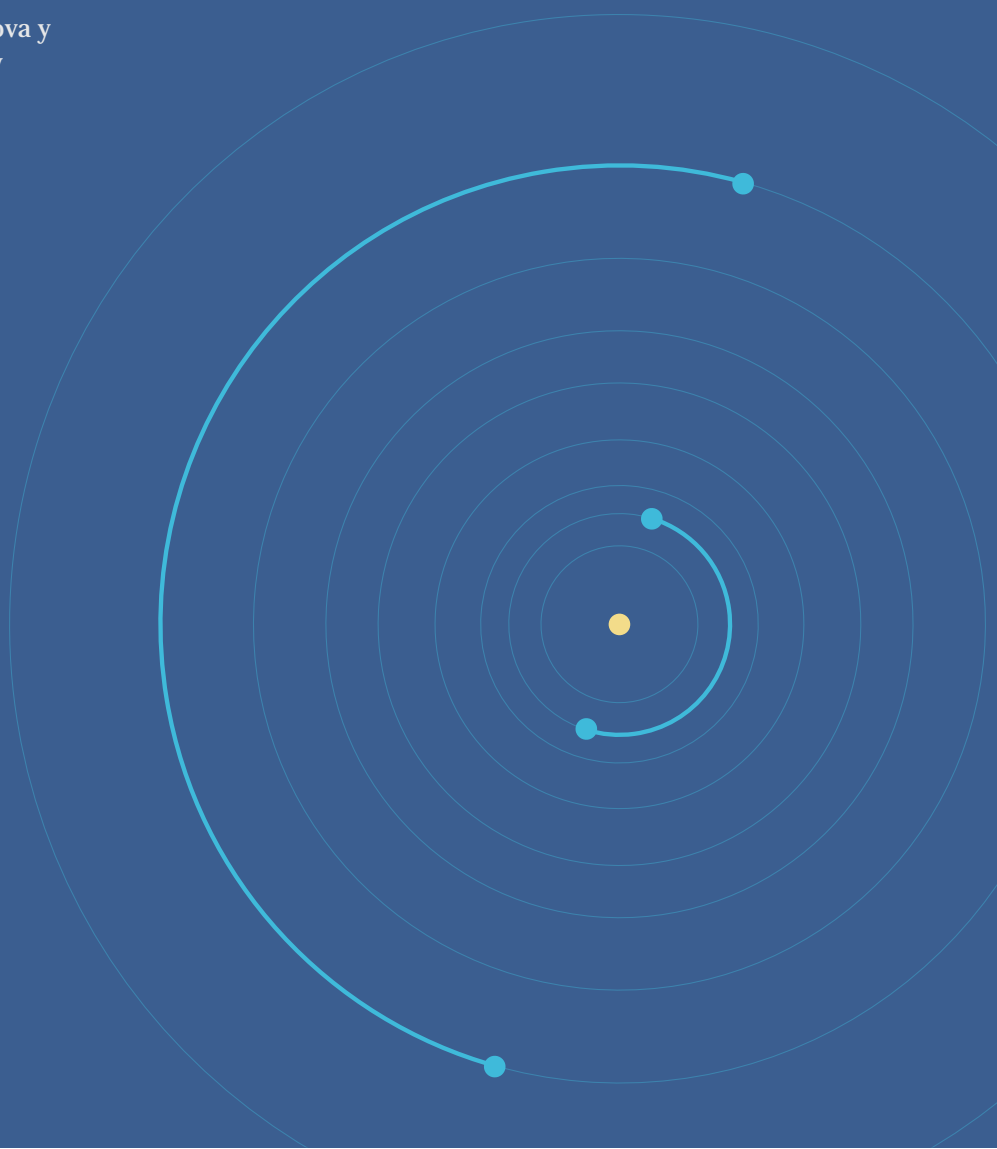
Los **capítulos 3 al 8** son específicos para cada uno de los seis países estudiados en ALC y cuentan con la misma estructura general. Al comienzo de cada capítulo, se describe el contexto demográfico y epidemiológico, así como las características del sistema de salud del país en cuestión, incluyendo el sistema de salud local y las políticas públicas más relevantes. Asimismo, se relata la forma en que se lleva a cabo la provisión de la APS, y los diferentes subsistemas existentes para la cobertura de salud. Estos capítulos pueden interesar a los lectores que buscan información específica y más detallada, según el contexto de cada país.

El **Capítulo 9** cierra el libro con un análisis comparativo entre los seis países de ALC incluidos en la encuesta, y extiende la comparación a 11 países de altos ingresos de OCDE. Además de una descripción comparada de las medidas de acceso, experiencia y coordinación en la APS en el conjunto de los 17 países, el capítulo emprende un análisis multivariado de la muestra ampliada. El objetivo es verificar hasta qué punto las características de la APS se vinculan a la percepción de la necesidad de cambios fundamentales en el sistema de salud y a la calidad de atención primaria que se percibe, expandiendo el trabajo analítico anterior publicado en la literatura académica (Pérez-Cuevas 2017; Doubova 2016; Macinko et al. 2016; Macinko y Guanais 2015) y presentando resultados inéditos en una perspectiva comparada entre ALC y la OCDE.

Atención primaria de salud: marco conceptual y metodología del estudio

2

Frederico Guanais,
Ricardo Pérez-Cuevas,
Milagros Anaya,
Svetlana V. Doubova y
Pricila Mullachery





Atención primaria de salud: un marco conceptual para el estudio

La importancia de la APS para la salud pública y el papel que desempeña en permitir el acceso a la salud de la población no son conceptos nuevos. La Declaración de Alma-Ata de 1978, adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en la ciudad de Almaty (anteriormente conocida como Alma-Ata), contiene la definición de APS más famosa (OMS 1978), cuyos elementos principales se mantienen actuales (OMS 2008).

Durante los primeros años del siglo XXI se revalorizó el papel de la APS, junto con el movimiento a favor de la cobertura universal en salud. En 2007, durante la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo, se reconoció la importancia de la APS para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con el tema. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2007 (OPS 2007), y la OMS en 2008 (OMS 2008) publicaron documentos “mapa” al respecto. Actualmente, se considera que un sistema APS fortalecido es un requisito esencial para alcanzar el Objetivo 3 del Desarrollo Sostenible, que busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Hone 2017; Pettigrew et al. 2015).

Recuadro 2.1. Definición de atención primaria de salud en la Declaración de Alma-Ata.

“La atención primaria de salud es 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 a 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. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” (OMS 1978)

La APS tiene varias características distintivas, por lo que posee gran potencial para mejorar la salud de la población, y puede ser definida como una estrategia efectiva, coordinada y sustentable para proporcionar servicios de salud al grueso de la población, enfrentar los retos del sistema de salud y mejorar la equidad. La complejidad de la APS, la relación entre su fortalecimiento y el del sistema de salud, su relevancia como componente esencial de los servicios de salud, y las pruebas que sustentan el impacto positivo de la APS en la salud de la población, fueron estudiadas por Starfield (1998), quien describió las siguientes características esenciales:

- **Integralidad.** Se refiere a la disponibilidad y provisión de un amplio rango de servicios para satisfacer la gran variedad de problemas de salud a su cargo. El enfoque integral de la APS le permite tener un impacto mayor, ya que incluye servicios de promoción de la salud, detección oportuna, prevención de en-

fermedades y complicaciones. Además, se incorpora el tratamiento de algunas enfermedades agudas, y el seguimiento de afecciones, enfermedades crónicas o fases específicas y críticas del ciclo de vida (por ejemplo, gestación, crecimiento y desarrollo). La integralidad es una característica importante de la atención primaria, porque evita referencias innecesarias a especialistas, exámenes de gabinete y laboratorio repetitivos, lo que disminuye costos evadibles.

- **Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.** La APS debe estar en cercanía con las familias y la comunidad. Permite prestar atención a la salud de forma continua, a lo largo del ciclo de vida de la persona, conforme a sus necesidades específicas, y no solo cuando presenta algún padecimiento, enfermedad o lesión. La APS provee una atención enfocada en la persona, lo que se traduce en un mejor entendimiento del contexto

social, familiar y comunitario en el que se encuentra el individuo que también afecta su salud a lo largo del tiempo. Al contrario de lo que sucede en la atención especializada u hospitalaria, en la cual el enfoque es un padecimiento o enfermedad específica, la APS considera al individuo como parte de una familia y una comunidad, dentro de su contexto social, y correlaciona adecuadamente las necesidades de los pacientes con los recursos disponibles en los sistemas de salud, facilitando la capacidad de los mismos de adaptarse a nuevas circunstancias.

- **Coordinación.** La APS debe coordinar la atención de la salud de la población, orientando a los pacientes a través del sistema de salud y los diferentes proveedores de servicios, comunicándose efectivamente con los otros niveles de atención. Interactúa no solo con los diferentes niveles de atención dentro del sistema, sino también con servicios de diferentes sectores por fuera del sistema de salud, para garantizar la atención de las necesidades de la población. El objetivo es lograr la vinculación entre pacientes, familia, cuidadores, consultas y servicios, para asegurar que los pacientes reciban la atención adecuada para sus problemas de salud y el desarrollo personal y comunitario. Para ello, requiere de equipos de salud calificados: médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadoras comunitarias de salud, psicólogos, entre otros, que tengan las herramientas para interactuar con otros sectores en casos necesarios.
- **Longitudinalidad.** La población identifica con claridad un proveedor de servicios de atención primaria como su principal fuente de atención a lo largo del tiempo. Este proveedor deberá ser el primer

punto de contacto con el sistema de salud. De igual forma, el proveedor usual de salud puede identificar fácilmente la población a su cargo. Es decir, la APS documenta el estado de salud de una persona a lo largo del tiempo. Debido a que existe un mejor entendimiento de los antecedentes personales, familiares y el contexto social de los usuarios, la atención se vuelve más efectiva, pues permite reconocer mejor los problemas y las necesidades específicas y los diagnósticos son más precisos. Asimismo, existe consenso mutuo entre el usuario y el proveedor para el tratamiento, pues considera al paciente como un participante activo en la toma de decisiones sobre su propia salud y en el seguimiento de las recomendaciones, lo que resulta en una mejoría del apego a tratamientos, reduciendo costos por reincidencias o complicaciones.

- **Accesibilidad y primer punto de contacto.** La APS debe ser el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud. Para poder cumplir adecuadamente con este papel, se deben eliminar barreras geográficas, financieras, organizacionales, administrativas, socioculturales o de género, para que el acceso sea efectivo. En segundo lugar, la APS debe tener la capacidad de resolver la mayor parte de los problemas de salud que presenta la población. Al ser el primer punto de contacto su función es primordial, ya que permite distinguir pacientes cuyos problemas pueden ser atendidos en el primer nivel de aquellos que requieren otros tipos de atención.

A partir de ese marco conceptual, en las últimas dos décadas se observó un renovado interés en la APS y en las redes integradas basadas en ella como estrategias de superación de los desafíos que los sistemas

Tabla 2.1. Pruebas sobre las características de la APS centrada en el paciente

| | REFERENCIAS | PRUEBA |
|---|---|---|
| INTEGRALIDAD, RESOLUTIVIDAD | Adaji et al. 2017 Fortin et al. 2016 Rubin et al. 2015 Rich et al. 2012 Friedberg 2010 | Una APS que otorga atención de forma integral es capaz de mejorar los resultados en salud, así como de resolver la mayoría de los problemas de los usuarios |
| ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE, EXPERIENCIA | Counsell et al. 2007 Akhavan y Tillgren 2015 DiCesare et al. 2013 Wang et al. 2015 Chetty et al. 2016 | Una APS centrada en el paciente y en las características de la comunidad que atiende, obteniendo mejores resultados de salud |
| LONGITUDINALIDAD, COORDINACIÓN | Chaiyachati et al. 2014 White et al. 2016 Hansen et al. 2013 Chenore et al. 2013 Tracy et al. 2013 Hoertel et al. 2014 Shin et al. 2014 Leleu y Minvielle 2013 Rogers et al. 2014 Barker et al. 2017 Du et al. 2015 | Una APS que es el proveedor usual de una población definida y que ayuda a coordinar la atención genera un menor uso de servicios hospitalarios, especialidades y emergencias, además de que presenta menor mortalidad en pacientes con diagnóstico reciente |
| ACCESO Y PRIMER CONTACTO | Kringos et al. 2013 Macinko y Guanais 2015 Davy et al. 2016 Pandhi et al. 2016 | La APS es el primer punto de contacto de los usuarios con el sistema de salud, con menos barreras geográficas, financieras, y organizacionales |
| CALIDAD Y SEGURIDAD | Paustian et al. 2014 Markovitz et al. 2015 Sandy et al. 2015 | La implementación del modelo de la APS centrada en el paciente está asociada a mejoras en los indicadores de calidad y seguridad |

Fuente: elaboración propia.

de salud enfrentan. Estudios empíricos que compararon el grado de avance de la APS en los sistemas de salud entre los diferentes países encontraron que los sistemas que logran menores índices de mortalidad prematura y un mejor estado de salud son aquellos con una fuerte orientación de sus redes de atención hacia la atención primaria de salud (Starfield et al. 2005; Macinko et al. 2003). En los últimos años, han surgido más pruebas empíricas, y diversos estudios han concentrado sus esfuerzos en la generación de pruebas sobre los diferentes aspectos y dimensiones de la APS, adaptados a partir de la visión inicial de Starfield (1998).

Más recientemente, en los Estados Unidos, el modelo de *patient-centered medical home* (hogar médico centrado en el paciente o PCMH, por sus siglas en inglés) es promocionado por la *Agency of Healthcare Research and Quality* (Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud o AHRQ por sus siglas en inglés) como una estrategia para mejorar la atención de la salud transformando la organización y entrega de servicios en la APS (AHRQ 2017). Está por cinco características, muy similares a las del modelo originalmente propuesto por Starfield (1998): (1) atención integral; (2) atención centrada en el paciente; (3) atención coordinada; (4) atención con servicios accesibles; y (5) atención con calidad y seguridad. Existen pruebas de que el modelo PCMH está asociado a mejoras en la experiencia del paciente y del personal de salud, al aumento en la utilización de servicios preventivos, y a la reducción en la utilización de la sala de emergencias (Jackson et al. 2013). Asimismo, ha aumentado el conjunto de estudios que trata de experiencias de implementación de PCMH en atención primaria (Hall et al. 2017; Weissman et al. 2017; Katz et al. 2017).

Debido a que el concepto de PCMH está más difundido en los Estados Unidos, en la presente publicación utilizamos la denominación más amplia de APS centrada en la persona para hacer referencia a un modelo de atención primaria que ofrece atención integral, enfocada en el paciente, coordinada, con servicios accesibles, y con calidad y seguridad. La Tabla 2.1 a continuación presenta una selección de pruebas sobre la organización y efectividad de esos aspectos o dimensiones de la APS centrada en el paciente.

La integralidad se refiere a la capacidad de la APS de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. A pesar de la creencia y práctica común, no se ha probado que la atención que un especialista pueda brindar a un órgano específico del cuerpo o a una sola afección pueda proporcionar los beneficios que ofrece la APS (Friedberg et al. 2010). Hay cada vez más pruebas de que la atención primaria puede manejar problemas de salud complejos –típicamente tratados por especialistas de forma integrada– a través de un enfoque resolutivo y costo-efectivo (Rich et al. 2012). Ejemplos de estos padecimientos son la diabetes, la hipertensión, enfermedades de las arterias coronarias (Fortin et al. 2016), y afecciones mentales (Adaji et al. 2017), además de un papel cada vez más importante en el control del cáncer (Rubin et al. 2015).

La atención centrada en la persona y la experiencia del paciente permiten personalizar el cuidado de acuerdo con las necesidades detectadas, favoreciendo la colaboración interdisciplinaria sin aumentar los costos (Counsell et al. 2007). Las intervenciones ofrecidas por la APS, tal como la educación para la salud, la inclusión en programas nutricionales y la promoción de la participación social, contribuyen a una

mejora del estado de salud de las personas (Mosquera et al. 2012). Los equipos de APS trabajan y se encuentran dentro de las comunidades, lo que les permite identificar y abordar los determinantes sociales de la salud y adecuar los servicios para mejorar su calidad. Por ejemplo, en Suecia un estudio encontró que los usuarios percibían que su origen étnico y estado de salud mental influía en la calidad de la atención que recibían, y consideraban que ser atendidos por profesionales que hablaran la lengua de la comunidad era una manera de prestar una atención más equitativa (Akhavan y Tillgren 2015). Asimismo, se ha detectado una asociación entre la autopercepción de la salud y la calidad de los servicios de APS (Wang et al. 2015).

Las pruebas demuestran que cuando las personas tienen acceso a un **cuidado longitudinal y coordinado** —es decir, reconocen a la APS como su proveedor usual de servicios de salud— requieren menos consultas con especialistas y menos hospitalizaciones (White et al. 2016; Hansen et al. 2013; Chenore et al. 2013), se reduce el número de visitas innecesarias a los servicios de emergencias para atención de rutina o para problemas que pueden ser resueltos en el primer nivel de atención (Kringos et al. 2013). La continuidad del cuidado se ha asociado de forma inversa con la mortalidad (Leleu y Minvielle 2013), especialmente en pacientes con un diagnóstico reciente de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia (Shin et al. 2014) y hospitalizaciones innecesarias (Barker et al. 2017). Asimismo, la expansión de la APS también se ha asociado a una disminución de hospitalizaciones innecesarias (Macinko et al. 2011). De esta forma, la APS contribuye a aliviar la sobrecarga de trabajo innecesario en otros niveles de atención, pues resuelve una amplia gama de problemas de forma ambulatoria.

El **acceso y el primer punto de contacto** se refieren al modelo según el cual la APS se acerca a la población: el acceso se facilita mediante reducidas barreras geográficas, financieras y organizacionales y sirve como el primer punto de contacto de los usuarios con el sistema de salud. Algunos estudios comparativos entre países encuentran que los sistemas de salud con fuerte orientación primaria tienen menores barreras de acceso (Kringos et al. 2013; Macinko y Guanais 2015). Igualmente, estudios a nivel individual muestran que la APS como primer punto de contacto logra mejorar el acceso y la utilización de servicios de salud por parte de poblaciones específicas. Se ha estudiado la utilización de servicios de salud según tipos de personalidad y se encontró que cuando hay acceso a la atención primaria como primer punto de contacto, personas con menor nivel de simpatía logran un mejor acceso a servicios preventivos (Pandhi et al. 2016). La implementación de servicios de APS en comunidades indígenas se ha mostrado como una forma de superar las barreras en el acceso a la salud de estas poblaciones (Davy et al. 2016).

Por último, algunas pruebas arrojan que cuando se cumplen los requisitos de implementación de la APS centrada en el paciente, se obtienen mejores resultados en términos **de calidad de la atención y de seguridad**. Estudios han identificado mejores resultados en cuanto a tamizaje poblacional y medidas preventivas para el cáncer (Markovitz et al. 2015) así como una mejor calidad, medida por scores puntajes compuestos (Sandy et al. 2015; Paustian et al. 2014).

Otra dimensión que ha sido objeto de varias pruebas empíricas recientes es la capacidad de la APS de funcionar como estrategia efectiva para enfrentar el reto de las ECNT. Este atributo se

vuelve aún más relevante en el contexto epidemiológico actual de ALC, en el que el fuerte crecimiento de estas enfermedades coexiste con la persistencia de enfermedades infecciosas en las poblaciones menos favorecidas. Al mismo tiempo, esto aumenta la incidencia de casos complejos de multimorbilidad, especialmente en adultos mayores de 60 años (Pereira Nunes et al. 2015; Arokiasamy et al. 2015). En dicho escenario, el fortalecimiento de la APS constituye una estrategia especialmente promisorio (Mercer et al. 2016). Por otro lado, la alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas en la región también implica una carga financiera alta para los países (Anauati et al. 2015; Arrendondo y Aviles 2015). Un estudio en países de bajos y medianos ingresos –que incluía Brasil, Argentina, México y Colombia– calculó una pérdida en la producción económica de US\$85 billones de dólares por enfermedades, accidentes cardiovasculares y diabetes de 2006 a 2015 (Abegunde et al. 2007).

En este contexto, la implementación universal de una APS de alta calidad y accesible tanto física como financieramente se ha considerado una de las acciones clave para enfrentar las ECNT y reducir las inequidades existentes entre las poblaciones afectadas por ellas, al incidir en los factores de riesgo y proporcionar diagnóstico y tratamiento oportuno (DiCesare et al. 2013). Algunas intervenciones basadas en APS en pacientes con multimorbilidad que residen en áreas socioeconómicamente desfavorecidas han demostrado un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes (Mercer et al. 2016). Otras acciones de prevención personalizadas para ECNT, incluso problemas de salud mental dentro del ámbito de la APS, han demostrado ser costo-efectivas (Grunfeld et al. 2013). Una adecuada implementación de la APS, con

una integración al sistema de salud, es capaz de proporcionar prevención primaria y secundaria de forma adecuada para todo tipo de enfermedades crónicas de forma más amplia. Existen pruebas suficientes sobre los efectos positivos de la APS para atender a los pacientes con cáncer en todas las etapas de esta enfermedad, desde la prevención hasta los cuidados paliativos (Rubin et al. 2015). La provisión de un modelo de APS integrado ha sido clave para orientar el uso de los servicios de salud de los pacientes, y para disminuir la disparidad en la atención de los adultos mayores (Shi et al. 2015).

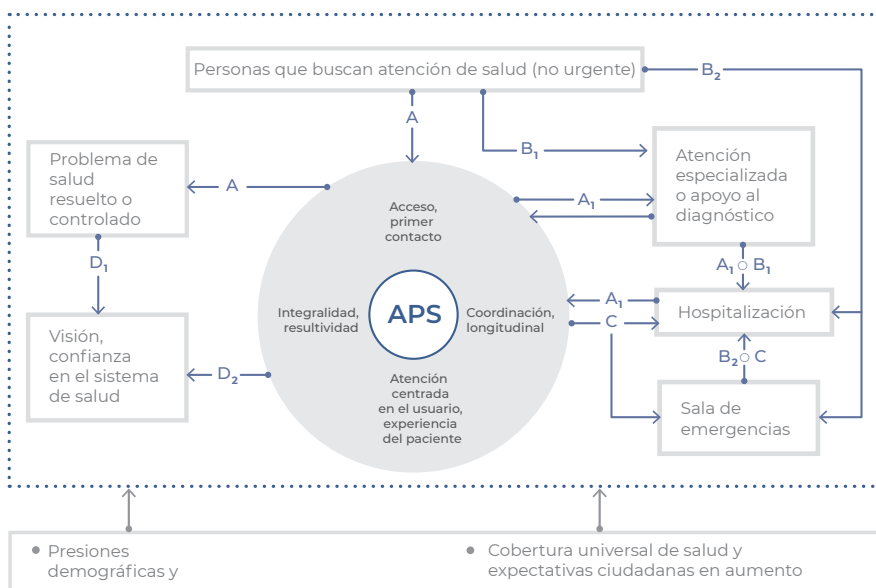
La Figura 2.1 propone a continuación el marco conceptual para el estudio a partir de la revisión del contexto y de los desafíos de la APS en los países de ALC, de los conceptos y de la evidencia de la APS y de los principios del diseño de políticas públicas centradas en los usuarios.

En la figura, los sistemas de salud de ALC están insertados en un contexto de presiones demográficas y epidemiológicas, con un aumento de las ECNT y de los movimientos políticos y sociales que demandan cobertura universal de salud con expectativas crecientes acerca de la calidad de los servicios. Todo esto genera desafíos a los tomadores de decisiones, prestadores de servicios, gerentes y profesionales de la salud. Al nivel de la organización de los servicios de salud, un individuo que busca atención para un padecimiento que no es de emergencia, idealmente consultará primero con su proveedor de atención primaria y resolverá su problema de salud (secuencia A).

En un sistema de salud donde la atención primaria es el primer punto de contacto, se espera que la secuencia A domine, sobre todo teniendo en cuenta los estudios que

Figura 2.1. Marco conceptual propuesto para el estudio.

Figura 2.1. Marco conceptual propuesto para el estudio.



A = la atención primaria es el primer punto de contacto con el sistema de salud; el individuo es atendido por la atención primaria

A₁ = la atención primaria es el primer punto de contacto con el sistema de salud; el individuo es referido por la atención primaria

B₁ | B₂ = la atención primaria no es el primer punto de contacto con el sistema de salud

C = la atención primaria no es capaz de resolver el problema (debido a la falta de acceso, capacidad o calidad)

D₁ | D₂ = la atención primaria influencia la visión y confianza de los individuos en el sistema de salud

Fuente: elaboración propia, a partir de adaptación de Macinko, Dourado y Guanais (2011).

sugieren que la atención primaria de buena calidad es capaz de resolver la mayoría de las necesidades de salud (Rao y Pilot 2014; Bindman et al. 2007; Doherty y Govender, 2004; Caminal et al. 2004). En la secuencia A1, los individuos acceden a la atención primaria como el primer punto de contacto y luego son enviados de la atención primaria a la atención especializada

o de diagnóstico. Por lo tanto, la atención primaria desempeña un importante papel de primer contacto y de coordinación del cuidado, y los pacientes –junto con la información generada durante su atención con los especialistas– regresan al proveedor de atención primaria. Se espera que cuando se siguen las secuencias A y A1, las tasas de hospitalizaciones evitables, el uso

innecesario de sala de emergencias, y los procedimientos innecesarios sean bajos.

Por el contrario, las secuencias B1 y B2 representan patrones de utilización en los que la atención primaria no es fácilmente accesible (debido a barreras geográficas, financieras, organizacionales u otras) o no cumple su función como atención de primer contacto. En la secuencia B1, los pacientes acuden directamente a proveedores especializados sin consultar al nivel de atención primaria. En la secuencia B2, acuden directamente a las salas de emergencia o a los hospitales para recibir atención que pueda ser suministrada en el nivel de atención primaria. La secuencia C representa otra vía subóptima que puede generar hospitalizaciones evitables o utilización excesiva de servicios especializados. En este escenario, los pacientes se presentan a la atención primaria, pero el individuo es referido inmediatamente a la sala de emergencias u hospital debido: a) a la falta de acceso previo a las intervenciones de atención primaria, b) a la mala calidad de la atención primaria proporcionada, o c) a la falta de capacidad en el nivel de atención primaria para tratar lo que debería ser una dolencia controlable.

Otra secuencia de interés para los tomadores de decisiones, gestores y profesionales del sector salud debería ser hasta qué punto la atención primaria impacta en la visión y la confianza que las personas tienen en los sistemas de salud. Tradicionalmente, se sugiere que la confianza en el sistema de salud debe relacionarse con su capacidad de resolver o controlar la mayoría de los problemas de salud, representada por la secuencia D1. Sin embargo, el presente estudio busca destacar la orientación de los sistemas de salud al usuario, enfatizando los aspectos de la atención centrada en la persona y, particularmente, la experiencia

de los usuarios con la APS. Con eso, se propone no solamente medir y describir el acceso, coordinación, resolutiveidad y experiencia que el paciente tiene con la APS en seis países de ALC, sino también examinar hasta qué punto dichas características son determinantes de la visión y confianza de los usuarios en los sistemas de salud, representado en la figura por la secuencia D2.

Metodología de la encuesta

La encuesta *International Health Policy Surveys* del *Commonwealth Fund*.

Una de las experiencias mundiales pioneras en la medición de resultados y experiencias de salud informados por los usuarios a nivel de sistemas de salud fue la realización de encuestas telefónicas con muestras aleatorias de adultos. Se realizaron en países de altos ingresos, según una estructura común trasladada y adaptada al contexto local, y fueron llevadas a cabo por el *Commonwealth Fund*, un *think tank* con base en Nueva York, Estados Unidos, desde 1998. En la versión dirigida a la población general, las *International Health Policy Surveys* (Encuestas Internacionales de Políticas de Salud, o IHP por sus siglas en inglés) recopilan datos de muestras representativas de ciudadanos de varios países de la OCDE, y son repetidas cada tres años con el fin de evaluar la eficacia de los diferentes sistemas en una serie de características, desde la perspectiva de los usuarios (Osborn et al. 2016; Schoen et al. 2013; Schoen et al. 2010; Schoen et al. 2007; Schoen et al. 2004; Blendon et al. 2002; Schoen et al. 2000).

Esas encuestas son complementadas en los años siguientes con otras de adultos con enfermedades crónicas y otras de proveedores de atención primaria en los mismos países (Schoen et al. 2012; Schoen et al. 2011; Schoen et al. 2009; Schoen et al. 2006; Schoen et al. 2005; Blendon et al. 2004; Blendon et al. 2001). Las encuestas de población general más recientes tuvieron lugar en 2016 y la muestra incluyó 26.863 adultos de 18 años o más en Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza (Osborn et al. 2016). Los estudios llevados a cabo por el *Commonwealth Fund* han sido ampliamente citados en la literatura académica (Penm et al. 2017; Smith y Chalkidou 2017; Altin y Stock 2016; Nardin et al. 2016), y sus resultados han influenciado la discusión y las decisiones acerca de políticas públicas de salud en diversos países de la OCDE (Van Loenen et al. 2016).

Adaptación de la encuesta del *Commonwealth Fund* al contexto de ALC.

Considerando el éxito de la experiencia del *Commonwealth Fund* y la escasez de datos empíricos aplicables al contexto de ALC, entre los años 2012 y 2014 el Banco Interamericano de Desarrollo adaptó el cuestionario del *Commonwealth Fund* al contexto de Colombia, México, Brasil, El Salvador, Panamá y Jamaica, con especial énfasis en la atención primaria de salud. En ALC, los seis países estudiados se eligieron en función de la magnitud de las reformas de salud, de la viabilidad de aplicar la encuesta y del interés en incluir países de cada una de las cuatro regiones administrativas según la organización del BID (Caribe, Cono Sur, Istmo Centroamericano y República Dominicana y Países Andinos). El equipo del BID tradujo y adaptó los

cuestionarios al contexto de cada país para asegurar que las expresiones utilizadas fueran adecuadas a la realidad local. La estructura del cuestionario y la mayoría de las preguntas incluidas en la Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en América Latina y Caribe son idénticas a las propuestas por el *Commonwealth Fund* en su encuesta del 2013 (Schoen et al. 2013).

Aunque la encuesta del *Commonwealth Fund* haya sido diseñada en un contexto de países miembros de la OCDE y de ingresos altos, su diseño fue evolucionando a lo largo del tiempo desde su versión inicial en 1998, para incorporar elementos que son transversales a sistemas de salud tan diversos como los de Estados Unidos, el Reino Unido y Alemania. Por esa razón, las versiones más recientes buscan evaluar elementos del sistema de salud que también tienen amplia aplicabilidad a los desafíos enfrentados por los sistemas de salud de la región de ALC, tales como acceso, coordinación del cuidado y experiencia del paciente (Schoen et al. 2007), gastos de bolsillo (Schoen et al. 2010), tiempos de espera para recibir atención primaria, utilización de salas de emergencia y visión general del sistema de salud (Schoen et al. 2013). En la adaptación al contexto de ALC, se buscó mantener la comparabilidad de las variables en la medida de lo posible, utilizándose textos similares en la preparación de las preguntas. Sin embargo, algunas sobre elementos más específicos del sistema de salud de Estados Unidos, como por ejemplo el tiempo utilizado para completar formularios de reembolso de gastos médicos, fueron eliminadas o recibieron menor atención en la versión utilizada en América Latina y el Caribe.

En el contexto de ALC, y en comparación con los países de altos ingresos, la

implementación de la encuesta también involucró desafíos específicos del contexto de la región, razón por la que se diseñaron estrategias particulares para manejar cada uno de esos problemas metodológicos. Por ejemplo, la desigualdad socioeconómica y la variación en el acceso a la telefonía fija según nivel socioeconómico podían potencialmente poner en riesgo la representatividad de la muestra, en especial entre poblaciones de ingresos más bajos. Por ello, se especificó que la encuesta debería incluir también la telefonía móvil en todos los países, ya que la penetración de ese canal de comunicación tiene niveles elevados en todos los estratos socioeconómicos en la región (BM, 2017).

Asimismo, la variación en el nivel educativo y en la capacidad de comprensión de las preguntas de la encuesta motivó la realización de pruebas previas con entrevistados reales en todos los países, lo que permitió adaptar y reformular aquellas preguntas que les generaron dudas durante la etapa preliminar. Debido a la desconfianza y resistencia de los entrevistados en proveer información personal a entrevistadores desconocidos por medio telefónico, se diseñó un protocolo de contacto inicial y el bloque de preguntas de carácter socioeconómico pasó hacia el final de la entrevista. Por último, la fragmentación en los sistemas de salud y la existencia de distintos grupos de usuarios por tipo de cobertura determinaron la inclusión de preguntas específicas que permitieran identificar dicha variación.

Antes de comenzar con las entrevistas en vivo, se realizaron reuniones informativas con los supervisores del proyecto y los gerentes de los centros de llamadas. El propósito de estas sesiones fue revisar los objetivos del estudio, las especificaciones

de la muestra, las cuotas blandas/objetivos demográficos para la ponderación, las notas del entrevistador y la elegibilidad del entrevistado, así como abordar cualquier asunto o inquietud que los supervisores o gerentes pudieran haber tenido con respecto al proceso de recolección de datos. Se realizaron diez pruebas previas para identificar posibles problemas con el cuestionario, por ejemplo, dificultad para entender las preguntas y las opciones de respuesta, las traducciones, la duración de la entrevista, etc. Las entrevistas previas a la prueba fueron registradas para dar al BID la oportunidad de detenerse, revisar partes de las entrevistas y tomar notas, según sea necesario.

Disposición de muestra y características de las entrevistas.

Los datos se recopilaron mediante entrevistas telefónicas, incluyendo líneas de teléfono fijas y móviles entre muestras aleatorias de poblaciones adultas en cada país (mayores de 18 años de edad), que fueron contactadas mediante selección aleatoria de números telefónicos. La muestra final incluyó 9.012 adultos de 18 años de edad o más. La firma encuestadora *Harris Interactive/Nielsen* fue contratada para diseñar la estrategia de muestreo, llevar a cabo la programación del cuestionario en un *software* de apoyo a la entrevista telefónica, entrenar a los entrevistadores, realizar todas las entrevistas, recopilar los datos, verificar la consistencia y calidad de las bases, calcular los pesos muestrales y generar las bases de datos, a través de un protocolo estandarizado en todos los países.

En cada país se realizaron entrevistas telefónicas a una muestra nacional de población adulta no institucionalizada, tomada

de listas de teléfonos residenciales fijos y móviles elaboradas por la encuestadora Harris Interactive/Nielsen y sus empresas asociadas en cada país. Se establecieron metas mínimas de cuotas por sexo y edad en regiones geográficas de los países, utilizadas para monitorear la representatividad de las muestras en comparación con las últimas encuestas censales disponibles. Se incluyeron los números de teléfono móvil y fijo, lo que permitió contar con muestras representativas de poblaciones tanto rurales como urbanas. Las entrevistas fueron realizadas en portugués para Brasil, en inglés para Jamaica y en español para los países restantes.

Se diseñó un marco muestral concreto para los seis países que buscó captar la representatividad de la población nacional adulta (mayor de 18 años de edad), según las especificaciones establecidas para lograr un margen de error del +/- 3,5% y un intervalo de confianza del 95%, que resultaron en una muestra mínima de 1500 observaciones por país. Para este estudio también se especificó una tasa de respuesta mínima del 20%, comúnmente utilizada en estudios de encuestas de opinión (Schoen et al. 2013), mediante la utilización de la siguiente fórmula de cálculo:

$$\text{Tasa de respuesta} = \frac{\text{Cuestionarios completados}}{\left(\text{muestra disponible} - \left(\text{teléfonos que no funcionan} + \text{teléfonos comerciales} + \text{inelegibles} < 18 \text{ años} + \text{rechazos} \right) \right)}$$

De acuerdo con esas especificaciones, el estudio fue llevado a cabo en los seis países. La Tabla 2.2 a continuación presenta los datos de disposición de la muestra.

El número de entrevistas completadas varió de 1.500 en El Salvador a 1.514 en Panamá, y las tasas de respuestas globales por país variaron de un 29% en Colombia a un 43,8% en El Salvador, cumpliendo con las especificaciones establecidas *a priori*. El tiempo promedio de duración de las entrevistas fue de un mínimo de 20 minutos en Brasil y un máximo de 28 minutos en Jamaica.

La recolección de datos fue realizada mediante una entrevista telefónica asistida

por computadora, con la utilización de una plataforma accesible desde *web browsers* (*COW - CATI Computer Assisted Telephone Interviewing over web*, por sus siglas en inglés). Los cuestionarios se programaron en el sistema, junto con algoritmos que introdujeron, en tiempo real, los siguientes siete procedimientos para asegurar la consistencia y calidad de las entrevistas y del registro de datos: (a) serie de preguntas y respuestas; (b) patrones de salto (por ejemplo, la no aplicabilidad de preguntas según el sexo o edad del usuario); (c) rotación de preguntas; (d) controles de rangos posibles durante el registro de los datos; (e) controles matemáticos; (f) comprobaciones de consistencia; y (g) procedimientos especiales de edición.

Tabla 2.2. Disposición de muestra y características de las entrevistas.

| CARACTERÍSTICAS | BRASIL | COLOMBIA | EL SALVADOR | JAMAICA | MÉXICO | PANAMÁ |
|-----------------------------------|--------|----------|-------------|---------|--------|--------|
| Muestra cargada (n) | 8.000 | 7.136 | 11.000 | 18.606 | 9.544 | 14.897 |
| Muestra disponible (n) | 5.978 | 6.668 | 10.480 | 18.241 | 8.000 | 13.900 |
| Total de llamadas (n) | 6.111 | 24.197 | 30.788 | 60.319 | 13.392 | 33.394 |
| Teléfonos que no funcionan (n) | 1.217 | 498 | 2.906 | 8.943 | 809 | 3.757 |
| Número comercial / oficinas (n) | 285 | 113 | 1.295 | 5 | 557 | 1.662 |
| Inelegible - Menos de 18 años (n) | 86 | 26 | 683 | 373 | 577 | 2.656 |
| Rechazado (n) | 705 | 851 | 2.172 | 4.071 | 1.204 | 1.348 |
| Entrevista completada (n) | 1.501 | 1.501 | 1.500 | 1.506 | 1.503 | 1.514 |
| Tasa de respuesta (%) | 40,7 | 29,0 | 43,8 | 31,1 | 31,0 | 33,8 |
| Duración promedio (minutos) | 20 | 27 | 22 | 28 | 24 | 27 |

Fuente: Harris Interactive/Nielsen.

Los sistemas *COW* reducen el error administrativo eliminando la necesidad de digitación, ya que los entrevistadores ingresan las respuestas de los encuestados directamente en una computadora durante la entrevista misma. Para preguntas con respuestas precodificadas, el sistema solo

permite respuestas dentro de un rango especificado; por ejemplo, si una pregunta tiene tres posibles opciones de respuesta, el sistema *COW* sólo aceptará contestaciones codificadas correspondientes a estas opciones. Todos los datos se compilan y se verifica su consistencia interna.

Se reunió información sobre la ciudad, la edad, el sexo, la situación socioeconómica, la educación y el tamaño del hogar con el objetivo de establecer los pesos muestrales objetivos de la encuesta en cada país. Luego, se utilizó un procedimiento de ponderación *random iterative method* (RIM, por sus siglas en inglés), lo que significa que los pesos se aplicaron iterativamente para cada variable individual incluida en la ponderación (McNulty et al. 2016). Este procedimiento busca garantizar que las distribuciones para cada una de las variables de interés reflejen estrechamente sus objetivos. Se lleva a cabo mediante la reducción del sesgo de falta de respuesta y la corrección de la tasa de no respuesta diferencial en diferentes grupos de variables de características de la muestra, utilizándose los datos de los censos nacionales más recientes que cada país tiene. Después de este proceso iterativo –la ponderación RIM–, cada encuestado terminó con un solo valor de peso. Los valores de peso individual fueron posteriormente estandarizados para limitar valores atípicos o cualquier ponderación extrema.

Estructura del cuestionario utilizado

El cuestionario incluyó alrededor de 90 y 98 preguntas (el número exacto varió dependiendo del país) y se evaluó su estructura para que pudiera ser respondido en un tiempo promedio de 20 minutos, considerando que el patrón de respuestas depende de las circunstancias específicas de cada entrevistado. El cuestionario está dividido en once secciones, descritas a continuación:

- a. **Introducción y datos básicos** (5 preguntas): presentación, objetivos de la encuesta y el tipo de información que será recolectada, edad, sexo y localización del entrevistado.
- b. **Visión general del sistema de salud** (3 preguntas): opinión general del sistema de salud del país, confianza en recibir tratamiento eficaz y en poder costear la atención necesaria.
- c. **Atención primaria** (27 preguntas): utilización de atención primaria, tipo de prestador, barreras organizacionales y financieras de acceso, tiempo de espera por una cita, facilidad de atención en noches y fin de semana, búsqueda de atención en un mismo local, tipo de centro habitualmente utilizado, longevidad del contacto con el lugar usual de atención, participación de enfermeros y otro personal de salud en la atención, formas de comunicación con el centro de salud, canales para agendar citas, experiencia y trato interpersonal durante la consulta, ayuda de atención primaria en la coordinación de la atención con otros niveles, necesidad de referencia a otros niveles, calificación de la atención recibida en el lugar usual de atención, números de médicos consultados.
- d. **Atención especializada** (5 preguntas): utilización de atención especializada, tiempo de espera por una cita, flujo de historia clínica entre atención primaria y atención especializada.
- e. **Hospitalización y sala de emergencias** (10 preguntas): necesidad de cirugías programadas o electivas; tiempo de espera por una cirugía programada

o electiva; hospitalización por una noche o más; utilización de sala de emergencia o rehospitalización después del alta hospitalaria; apoyo del hospital en la coordinación del cuidado durante el proceso de alta hospitalaria; utilización de sala de emergencias en general; coordinación del cuidado durante el proceso de alta de la sala de emergencias; utilización de sala de emergencias debido a una afección que podría haber sido tratada por la atención primaria.

- f. Cobertura de salud** (2 preguntas): tipo de cobertura pública y/o privada, y duración de la clase actual de cobertura.
- g. Gastos de bolsillo y cuentas médicas** (4 preguntas): monto total del gasto de bolsillo en atención médica y medicamentos recetados; forma de costeo de los tratamientos o servicios no cubiertos por seguros; dificultades para pagar facturas médicas o recibir reembolso por gastos médicos incurridos.
- h. Utilización de medicamentos con receta** (5 preguntas): número de medicamentos recetados, evaluación por parte del médico de atención primaria de todos los medicamentos recetados, explicación de los efectos secundarios de medicamentos por parte del médico de atención primaria, forma de costeo de los medicamentos recetados y su disponibilidad.
- i. Estado de salud** (10 preguntas): estado general de salud autoinformado, número de días que no se sintió bien, diagnóstico previo de artritis, asma o enfermedad pulmonar obstructiva

crónica, cáncer, depresión o ansiedad, diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión, colesterol elevado.

- j. Atención preventiva** (13 preguntas): medidas de control y estado actual de la presión arterial y el nivel de glucosa en sangre, confianza en poder manejar enfermedades crónicas, controles preventivos de cáncer cervical y cáncer de mama, verificación de nivel de colesterol, realización de controles médicos de rutina, recibimiento de orientación sobre estilos de vida y alimentación saludables.
- k. Estatus socioeconómico** (entre 6 y 14 preguntas): nivel de educación del entrevistado y del jefe del hogar, medidas de estatus socioeconómico (variable por país), forma de respuesta de la encuesta (telefonía fija o celular).

El grupo más importante de preguntas está centrado en la atención primaria, lo que permitió la medición de las principales dimensiones conceptuales de APS –acceso y primer contacto, integralidad y resolutivez, coordinación y longitudinalidad, atención primaria centrada en el usuario y experiencia del paciente–. También se enfoca en la utilización y experiencia con la atención especializada, sala de emergencias y hospitalización, y visión y confianza en el sistema de salud, tal como identificado en el modelo conceptual del capítulo anterior. El concepto de APS centrada en el paciente fue operacionalizado a partir de cuatro preguntas, según lo propuesto por Schoen et al. (2007), que funcionaron como indicadores para identificar la presencia de un *patient-centered medical home* (PCMH): (1) el paciente cuenta con lugar usual de atención primaria; (2) la comunicación del paciente con el lugar usual de atención

durante los días laborales es fácil; (3) los profesionales en el lugar usual de atención conocen la historia del paciente; y (4) los profesionales en el lugar usual de atención ayudan al paciente a coordinar la atención.

Análisis de los datos

En el presente volumen, los resultados descriptivos para los seis países encuestados fueron ponderados según los factores de expansión de la muestra a nivel nacional. Los mismos se exponen del Capítulo 3 al 8, en tablas que tuvieron como objetivo mapear la experiencia de la APS en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá¹.

Tomando en cuenta la fragmentación de los sistemas de salud en la región (Bossert et al. 2014), así como los diferenciales potenciales en cuanto a acceso y calidad entre los subsistemas de cobertura, los resultados fueron informados en columnas para cuatro modalidades de cobertura potenciales: sin seguro; seguro público o subsidiado —financiado por impuestos generales y que incluye a las personas más pobres y a los trabajadores informales—; seguro social o contributivo —financiado predominantemente por impuestos sobre la nómina de los trabajadores formales—; y seguro privado, adquirido voluntariamente en los mercados privados y financiados principalmente mediante el pago de primas. En muchos países, es común la existencia de doble o hasta triple cobertura entre las diferentes modalidades, lo que genera problemas para el desarrollo de estudios comparativos.

A modo de preservar la comparabilidad entre los diferentes grupos de cobertura en cada país, las estadísticas descriptivas —excepto las que se refieren a las características de la muestra—, fueron ajustadas por riesgo para sexo, edad (cinco grupos etarios, que fueron 18-25, 26-35, 36-45, 46-59 y 60 años o más), nivel educativo (primaria o menos, secundaria completa, superior o más), presencia de enfermedad crónica y percepción subjetiva del estado de salud. Los cálculos de las prevalencias ajustadas fueron realizados con el modelo de regresión de Poisson robusto (Chen et al. 2014), y los coeficientes representan las tasas de prevalencia. Las estimaciones fueron realizadas en el *software* de análisis estadístico Stata/SE versión 14.2 (Statacorp 2015). Se utilizó el nivel de significancia del 5% para determinar si hay diferencia estadísticamente significativa entre las prevalencias informadas para cada grupo de cobertura.

Con el objetivo de estandarizar el análisis, se optó por definir como “sin seguro” a los que no cuentan con ningún otro tipo de cobertura, “seguro público” a los que solamente cuentan con esa modalidad de cobertura; “seguro social” a los que cuentan con dicha cobertura, pero no tienen un seguro privado voluntario adicional; y “seguro privado” a los titulares de ese tipo de cobertura, independientemente de si poseen otra. Debido a la variación en las reglas de cobertura en cada país, hay variación en el número de modalidades que existe en ellos (ver Capítulo 1). En Brasil y Jamaica, que son países con sistemas de salud similares al modelo inglés de cobertura independiente de la afiliación laboral, hay dos categorías: seguro público y seguro privado. En Colombia, El Salvador y Panamá, países donde la afiliación laboral determina el tipo de cobertura, hay tres categorías: seguro público, seguro social y

1 El Capítulo 9 del libro presenta un análisis comparativo entre ALC y la OCDE según metodología específica, que se explica en el texto del propio capítulo.

seguro privado. En México, además de esas tres categorías, existe un grupo que declaró no tener ningún tipo de seguro de salud, por lo que se añadió una categoría sin seguro².

Para cada uno de los seis países incluidos en la encuesta, todos los resultados se informaron, según las siguientes secciones: (1) características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud, (2) barreras de acceso a los servicios, (3) experiencia con la utilización de la APS y resolutivez de los servicios, (4) coordinación de la atención especializada,

2 Dos estudios anteriores, que utilizaron los mismos, datos se apoyaron en una definición distinta para la población "sin seguro" (Pérez-Cuevas et al. 2017; Doubova et al. 2016), según la cual el 43,5% de la población en Jamaica y el 43,7% de la población en El Salvador se consideró como "sin seguro". Debido a que el presente estudio realiza una distinción entre los conceptos de "seguro público" no contributivo y "seguridad social" contributiva, se considera que las personas de El Salvador que no están afiliadas a la seguridad social son elegibles a servicios prestados por el Ministerio de Salud (ver Tabla 1.1 y Capítulo 5). En Jamaica, por tratarse de un sistema basado en el modelo del sistema nacional de salud, no existe el seguro público contributivo (ver Tabla 1.1 y Capítulo 6). Por lo tanto, el presente estudio no incluye la categoría "sin seguro" para esos dos países.

los hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria y (5) discusión de los resultados y las conclusiones correspondientes. A continuación, se presenta en detalle la operacionalización de las variables incluidas en el estudio.

Características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud.

En esta sección se describen las características demográficas y socioeconómicas de la población estudiada, además de la percepción que los participantes tienen tanto de su propia salud, como del sistema de salud del país. Las variables de educación y, particularmente, del nivel socioeconómico tuvieron que adaptarse a la realidad de cada país. La variable "educación" fue dividida en tres categorías mutuamente excluyentes, según la definición de la Tabla 2.3 a continuación.

Para las variables restantes, la operacionalización fue idéntica en todos los países de la muestra. La Tabla 2.4 que sigue presenta las definiciones utilizadas para las variables de presencia de enfermedades crónicas, percepción subjetiva del estado de salud y percepción y confianza en el sistema de salud.

Tabla 2.3. Definición de grupos de educación por país.

| PAÍS | PRIMARIA | SECUNDARIA | UNIVERSITARIA |
|--------------------|--|--|--|
| Brasil | Sin educación, fundamental 1 completo, fundamental 2 completo | Secundaria completa, escuela técnica completa | Universidad completa, posgrado |
| Colombia | Ninguno, preescolar, primaria | Secundaria, técnica/tecnológica | Universitario |
| El Salvador | Ninguno, educación especial, educación inicial, parvulario, básica | Media | Superior universitario, superior no universitario |
| Jamaica | Primaria/preparatoria, escuela de todas edades (<i>all age school</i>) | Escuela secundaria tradicional, escuela técnica/vocacional | Universidad, posgrado |
| México | No estudió, primaria incompleta, primaria completa | Secundaria completa, carrera comercial, carrera técnica, preparatoria completa | Licenciatura completa, diplomado o maestría, doctorado |
| Panamá | Preescolar, primaria, premedia | Media, programa técnico | Superior universitario |

Barreras de acceso a los servicios.

Las barreras de acceso se refieren a los datos relacionados a los obstáculos financieros, de transporte, organizacionales y aquellos relacionados con la prestación de servicios. La Tabla 2.5 a continuación presenta las definiciones utilizadas para las variables de barreras.

Experiencia con la utilización de APS y resolutivez de los servicios.

Las variables de la experiencia con la utilización de APS y la resolutivez de los ser-

vicios describen la perspectiva del usuario sobre su experiencia con los profesionales de la APS, la utilización de los servicios de salud y la presencia de un modelo de APS centrada en el paciente. Asimismo, se describen los resultados en relación al uso de la APS para prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas, entre los que se encuentran consultas y exámenes preventivos y seguimiento de enfermedades crónicas. La Tabla 2.6 a continuación presenta las definiciones utilizadas para variables de utilización de APS y la Tabla 2.7 muestra las que se utilizaron para las variables de resolutivez de los servicios.

Tabla 2.4. Estado de salud autoinformado y visión general del sistema de salud.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|--|--|---|
| Estado de salud | <ul style="list-style-type: none"> Al menos una enfermedad crónica Dos o más enfermedades crónicas | Hay diagnóstico previo realizado por médico de artritis, asma, cáncer, depresión, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, hipertensión, o niveles elevados de colesterol. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Baja percepción subjetiva del estado de salud | La descripción de la propia salud del entrevistado es regular o mala. |
| Percepción del sistema de salud | <ul style="list-style-type: none"> El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor Nuestro sistema de salud tiene algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | Afirmación que se acerca más a la opinión general del entrevistado acerca del sistema de salud en su país. |
| Confianza | <ul style="list-style-type: none"> Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | Entrevistado muy confiado o algo confiado en que recibiría tratamiento si sufriera una enfermedad grave. |

Coordinación de la atención especializada, hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria.

La coordinación de la atención especializada, hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria describe los resultados sobre la experiencia del usuario en su trayectoria a través de los diferentes niveles de atención. Revela también su experiencia con el acceso a la atención especializada, su impresión sobre la coordinación entre

la APS y la atención especializada y, su vivencia en relación a hospitalización y el uso del servicio de emergencias. La Tabla 2.8 a continuación presenta las definiciones utilizadas para variables de acceso a la atención especializada y la coordinación con la atención primaria, mientras que la Tabla 2.9 muestra las que se emplearon para variables de la necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias.

Tabla 2.5. Barreras financieras, de transporte y organizacionales.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|-------------------------------|--|---|
| Barreras financieras | <ul style="list-style-type: none"> Confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario | Entrevistado muy confiado o algo confiado en que recibiría tratamiento si sufriera una enfermedad grave. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Tuvo problemas médicos, pero no acudió a un médico debido al costo No realizó un examen médico, tratamiento o control debido al costo | En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que el entrevistado omitió atención, examen o tratamiento debido al costo. |
| | Tuvo gasto de bolsillo: <ul style="list-style-type: none"> Cualquier monto > US\$ 200 > US\$ 500 | En los últimos 12 meses, cuál fue el monto que el entrevistado y su familia gastaron en efectivo o "de su bolsillo" para tratamientos o servicios médicos que no estaban cubiertos por el seguro médico o atención pública, convertidos a dólares por paridad de poder de compra. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Tuvo problemas serios para pagar el gasto de bolsillo | En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que el entrevistado no pudo pagar facturas médicas. |
| Barreras de transporte | <ul style="list-style-type: none"> No acudió a un médico por dificultades en el transporte | En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que el entrevistado no consultó a un médico por dificultades en transporte. |

Continúa en la página siguiente.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|----------------------------------|---|--|
| Barreras organizacionales | <ul style="list-style-type: none"> Hizo al menos una visita al centro de atención primaria (AP) en el último año | Número de visitas en los últimos 12 meses con médico general, médico de cabecera, médicos de familia o médicos clínicos. |
| | <ul style="list-style-type: none"> No realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita | En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que el entrevistado omitió consulta, examen o tratamiento porque no pudo obtener cita. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se puede agendar cita con la clínica de AP por teléfono, correo, web | Posibilidades de obtención de cita en el lugar que el entrevistado va habitualmente para recibir asistencia. |
| | <ul style="list-style-type: none"> La dificultad en conseguir atención médica por las noches, fines de semana, o feriados no hace posible el acceso a atención sin tener que acudir a un servicio de emergencias | Obtener atención médica en noches, fines de semana o días laborales sin ir a la sala de emergencias de un hospital es algo difícil o muy difícil. |
| | <p>Tiempo para acceder a atención por un médico o personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mismo día o al siguiente Más de dos semanas o nunca | Con respecto a la última vez que el entrevistado estuvo enfermo(a) o necesitó atención médica, qué tan rápido pudo obtener una cita o una consulta para ver un médico o un(a) enfermero(a) cuándo la solicitó, sin incluir visita a la sala de emergencias del hospital. |

Tabla 2.6. Experiencia con la utilización de APS y resolutivez de los servicios.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|------------------------------------|---|---|
| APS centrada en el paciente | <ul style="list-style-type: none"> Tiene un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente | El entrevistado va habitualmente a un mismo lugar o consulta habitualmente con un médico general. |
| | <ul style="list-style-type: none"> La comunicación con la clínica de AP durante el día es fácil | La comunicación con el consultorio del médico general durante los horarios de atención habituales por un problema de salud o para obtener las respuestas que necesita es muy fácil o fácil. |
| | <ul style="list-style-type: none"> El médico de atención primaria (MAP) conoce información importante sobre la historia clínica del paciente | Cuando necesita asistencia o tratamientos, el médico habitual o el personal médico al que el entrevistado consulta siempre, o con frecuencia, conoce la histórica clínica. |
| | <ul style="list-style-type: none"> El MAP ayuda a coordinar la atención | El médico habitual o alguna persona del consultorio del médico del entrevistado siempre, o con frecuencia, le ayuda a coordinar o a obtener la asistencia que recibe de otros médicos y en otros lugares. |
| Percepción de calidad | <ul style="list-style-type: none"> Cuenta con APS centrada en el paciente | El entrevistado contestó afirmativamente a las cuatro preguntas anteriores. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Percepción de muy buena calidad acerca de la atención en el primer nivel | En general, la asistencia médica que el entrevistado ha recibido en los últimos 12 meses en el consultorio, la clínica o establecimiento de salud de su médico general es excelente o muy buena. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado | En los últimos 12 meses, hubo algún momento en que el entrevistado tuvo un problema médico que le preocupó y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado. |

Continúa en la página siguiente.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|---------------------------------|---|--|
| Experiencia del paciente | <p>El MAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado • Pasa suficiente tiempo con el paciente • Explica la situación en una forma fácil de entender • Resuelve la mayoría de los problemas de salud | <p>Cuando necesita asistencia o tratamientos, el médico habitual o el personal médico al que el entrevistado consulta siempre, o con frecuencia, permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado, pasa suficiente tiempo con el paciente, explica la situación en una forma fácil de entender, resuelve la mayoría de los problemas de salud.</p> |
| | <p>El MAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisó los medicamentos • Explicó los potenciales efectos secundarios de los medicamentos | <p>En los últimos 12 meses, algún médico general u otro personal del lugar al que el entrevistado recurre habitualmente para recibir asistencia revisó los medicamentos y explicó los potenciales efectos secundarios de medicamentos recetados.</p> |

Tabla 2.7. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|---------------------------------|--|---|
| Prevención | <ul style="list-style-type: none"> El MAP envió recordatorio para cita preventiva | El entrevistado recibe recordatorios para solicitar citas de asistencia preventiva (por ejemplo, para una vacuna contra la influenza, un examen de diagnóstico de cáncer o un examen ocular). |
| | <ul style="list-style-type: none"> El MAP habló sobre estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, factores de estrés) | En los últimos dos años, el entrevistado ha hablado con su médico u otro personal clínico sobre dieta saludable, ejercicios y actividad física, aspectos de la vida que preocupan o producen estrés. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Tuvo una cita preventiva (check-up) en los últimos dos años | Vio a un médico o enfermero para un control médico de rutina hace menos de dos años. |
| Exámenes de detección oportuna | <ul style="list-style-type: none"> Se realizó medición de la presión arterial en el último año (mujeres/hombres) | Durante el año pasado, algún médico o enfermero le ha tomado la presión al entrevistado. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Se realizó medición de colesterol sérico en los últimos cinco años (mujeres/hombres) | Le controlaron el colesterol al entrevistado hace menos de cinco años. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Exámenes básicos de detección oportuna para mujeres | La entrevistada contestó afirmativamente a las preguntas anteriores relativas a exámenes preventivos (presión arterial en el último año y control de colesterol en los últimos cinco). |
| | <ul style="list-style-type: none"> Exámenes básicos de detección oportuna para hombres | El entrevistado contestó afirmativamente a las preguntas anteriores relativas a exámenes preventivos (presión arterial en el último año y control de colesterol en los últimos cinco). |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mujeres que se realizaron un examen citológico-cervical en los últimos tres años | La entrevistada se realizó un Papanicolaou hace menos de tres años. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Mujeres mayores de 40 años que se realizaron mamografía en los últimos tres años | La entrevistada se realizó una mamografía o examen de diagnóstico de cáncer de mama hace menos de tres años. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de detección oportuna para mujeres mayores de 40 años | La entrevistada contestó afirmativamente a las preguntas anteriores relativas a los cuatro exámenes preventivos (presión arterial en el último año, control de colesterol en los últimos cinco, examen citológico-cervical en los últimos tres y mamografía en los últimos tres). |
| Manejo de enfermedades crónicas | <ul style="list-style-type: none"> Tiene enfermedad crónica, confía en que puede manejar sus problemas de salud | Entrevistado que tiene enfermedad crónica está muy confiado o algo confiado en poder controlar y manejar sus problemas de salud. |

Tabla 2.8. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|--|--|---|
| Acceso a la atención especializada | <ul style="list-style-type: none"> • Consultó con un especialista en los últimos dos años | El entrevistado ha consultado o necesitó consultar con algún médico especialista en los últimos dos años (médicos cirujanos, cardiólogos o dermatólogos, pediatras u obstetras que se especializan en un área de la atención médica). |
| | <p>Tiempo de espera para una consulta con el especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 2 semanas • 2-8 semanas • > 8 semanas | Luego de que le recomendaran al entrevistado consultar con un médico especialista o que decidió hacerlo, cuántos días, semanas o meses tuvo que esperar para la consulta. |
| Coordinación entre APS y atención especializada | <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario pedir una referencia para atención especializada | Para consultar con un especialista, fue necesario pedir una remisión o referencia en la clínica/establecimiento de salud habitual o al médico general del entrevistado. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • El proceso de referencia fue realizado por médico del lugar usual de atención | El proceso de remisión o referencia a un especialista fue realizado por el médico de lugar de asistencia habitual o por la sala de emergencias. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • El proceso de referencia fue realizado por un médico que no es del lugar usual de atención o por la sala de emergencias | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • El especialista tenía información médica básica del proveedor habitual de AP sobre el motivo de consulta del paciente o resultados de exámenes | En los últimos dos años, el entrevistado ha experimentado alguna de las siguientes situaciones: el especialista tenía información sobre el motivo de su consulta o los resultados de los exámenes provenientes del médico general; luego de consultar con el especialista, su médico general parecía informado y actualizado sobre la asistencia que obtuvo del especialista. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tras la consulta con el especialista, el proveedor habitual de AP fue informado sobre las recomendaciones hechas por el especialista | | |

Tabla 2.9. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias.

| CONCEPTO | CARACTERÍSTICAS | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE |
|-----------------------------|---|--|
| Hospitalización | <ul style="list-style-type: none"> Requirió hospitalización en los últimos dos años | El entrevistado ha tenido que ser hospitalizado(a) por una o más noches en los últimos dos años. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Tras el alta, fue readmitido o tuvo que acudir al Servicio de Emergencias | Luego de haber sido dado(a) de alta, el entrevistado fue hospitalizado de nuevo o tuvo que ir a la Sala de Emergencias de un hospital debido a complicaciones. |
| | <ul style="list-style-type: none"> El personal del hospital proporcionó información sobre la medicación al darle el alta | Cuando fue dado(a) de alta, alguien habló con el entrevistado sobre el propósito de tomar cada uno de sus medicamentos. |
| | <ul style="list-style-type: none"> El personal del hospital ayudó a coordinar una consulta de seguimiento | Cuando el entrevistado fue dado(a) de alta, el hospital coordinó o se aseguró de que tuviera consultas de seguimiento con un médico o con otro profesional de atención médica. |
| | <ul style="list-style-type: none"> El personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados | Cuando fue dado(a) de alta, el entrevistado recibió información escrita sobre lo que debía hacer cuando regresara a su hogar y a qué síntomas debía estar atento(a). |
| Departamento de emergencias | <ul style="list-style-type: none"> Usó el servicio de emergencias en los últimos dos años | Número de veces que el entrevistado ha usado personalmente la Sala de Emergencias de un hospital en los últimos dos años. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Considera que utilizó el departamento de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario | La última vez que el entrevistado fue a la Sala de Emergencias de un hospital fue debido a una afección o enfermedad que piensa que podría haber tratado su médico general o establecimiento de salud. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Después de ser evaluado por el servicio de emergencias fue hospitalizado o referido a otra clínica médica | Cuando dejó la Sala de Emergencias, se indicó al entrevistado que debía quedarse en el hospital para ser hospitalizado(a), o fue remitido(a) o referido(a) a otra clínica o establecimiento médico. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Después de ser evaluado por el servicio de emergencias, recibió el alta | Cuando dejó la Sala de Emergencias, el entrevistado fue dado(a) de alta. |

Limitaciones del estudio

La interpretación de los datos generados a partir de la encuesta debe observar algunas limitaciones intrínsecas al diseño del estudio y a las características de su implementación. Primero, los datos recolectados son autoinformados, por lo que se concentran en la percepción del usuario acerca de los atributos y de la calidad de la atención de salud experimentada. Si no se registraron datos de identificación de los entrevistados más allá de las características sociodemográficas necesarias para el proceso de construcción de la muestra, no es posible correlacionar los resultados con medidas de percepción informadas por los prestadores de servicios de salud, ni asociar los datos a historia clínica de los pacientes o registros administrativos. Sin embargo, el creciente énfasis en la experiencia del paciente como medida relevante de calidad de los servicios de salud (Burt et al. 2017) justifica las decisiones metodológicas de centrar las encuestas en la perspectiva del paciente.

Segundo, las tasas de respuesta del estudio son relativamente bajas, comprendidas entre un mínimo del 29,0% en Colombia y un máximo del 43,8% en El Salvador. Sin embargo, las tasas observadas se alinean con lo esperado para estudios similares (Sá et al. 2016; Vallance et al. 2014; O'Toole et al. 2008); cumplen de manera estricta con los parámetros establecidos inicialmente en los protocolos del estudio, que previeron una tasa de respuesta mínima del 20%, en línea con el establecido en los estudios llevados a cabo por el *Commonwealth Fund* (Schoen et al. 2013).

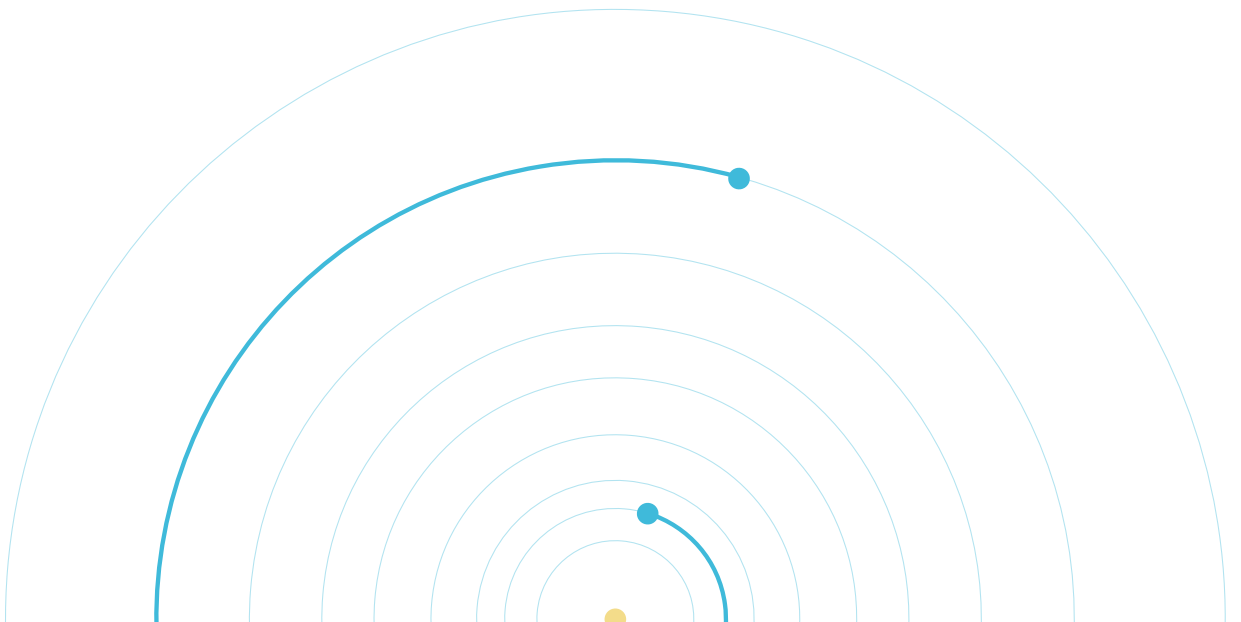
Tercero, la comparación entre los distintos países puede ser complicada debido a diferencias en las percepciones relativas al sistema de salud y a la necesidad de atención en salud. Con el objetivo de minimizar esta limitación, los cuestionarios fueron adaptados a la realidad y a la variante del idioma en cada país (el castellano en Colombia, El Salvador, México y Panamá; el inglés en Jamaica; y el portugués brasileño en Brasil). Las entrevistas se probaron previamente y se ajustaron de acuerdo con las dificultades de comprensión identificadas durante la fase de inicio del estudio en cada país.

En cuarto lugar, al tratarse de entrevistas telefónicas existe un potencial sesgo en la muestra por no incluir a la población sin teléfono (posiblemente las personas más pobres en cada país), y a la población con mayor resistencia a la participación en encuestas telefónicas, así como debido a las dificultades de alcanzar a la población en áreas rurales. Con el objetivo de minimizar dicha limitación, la metodología de la encuesta especificó la inclusión de teléfonos móviles, considerando las altas tasas de penetración que dicha tecnología exhibe en la región de ALC. En 2015, el número de teléfonos móviles cada 100 personas en los países incluidos en el estudio fue de 126,6 en Brasil, 115,7 en Colombia, 145,3 en El Salvador, 111,5 en Jamaica, 86,0 en México, y 174,2 en Panamá, frente al promedio de 115,4 en los países de la OCDE (BM, 2017). Además, los protocolos de investigación establecieron un mínimo de ocho intentos en caso de no respuesta y un texto introductorio preestablecido que incluyó garantías de que no se trataba de un esfuerzo de ventas, para minimizar el sesgo por resistencia a la participación. Finalmente, los pesos muestrales apuntaron a buscar la representatividad de la población nacional de cada país.

Quinto, una vez que se establecieron los tamaños de la muestra con el objetivo de lograr representatividad poblacional en cada país, es difícil obtener estimativas precisas en los eventos de relativamente baja prevalencia, como es el caso de las cirugías electivas en la población general de los países de ALC. Además, la fragmentación de los modelos de cobertura en salud subdivide la población en grupos, lo que puede ampliar todavía más los intervalos de confianza estimados para las estadísticas descriptivas por tipo de cobertura. Tal limitación es menos problemática para eventos asociados a la atención primaria de salud, como la concertación de citas preventivas, que son de más alta prevalencia. Sin embargo, estudios más detallados sobre grupos poblacionales con necesidades complejas de salud o sobre la experiencia de los pacientes de grupos de cobertura con menor participación (por ejemplo, las personas que tienen un seguro privado), pueden considerar cuotas adicionales para lograr mejores estimaciones en esos grupos.

Sexto, en la región de ALC se observa una dificultad por parte de la población para autoinformar a cuál régimen de cobertura de salud pertenece. Posiblemente, dicha dificultad se relacione con la multiplicidad y fragmentación de los modelos de cobertura de estos países y con las desigualdades en los niveles educativos y de acceso a la información (Atun et al. 2014). Por lo tanto, es probable que los datos de cobertura autoinformados por los entrevistados sean diferentes a los encontrados en las bases administrativas nacionales.

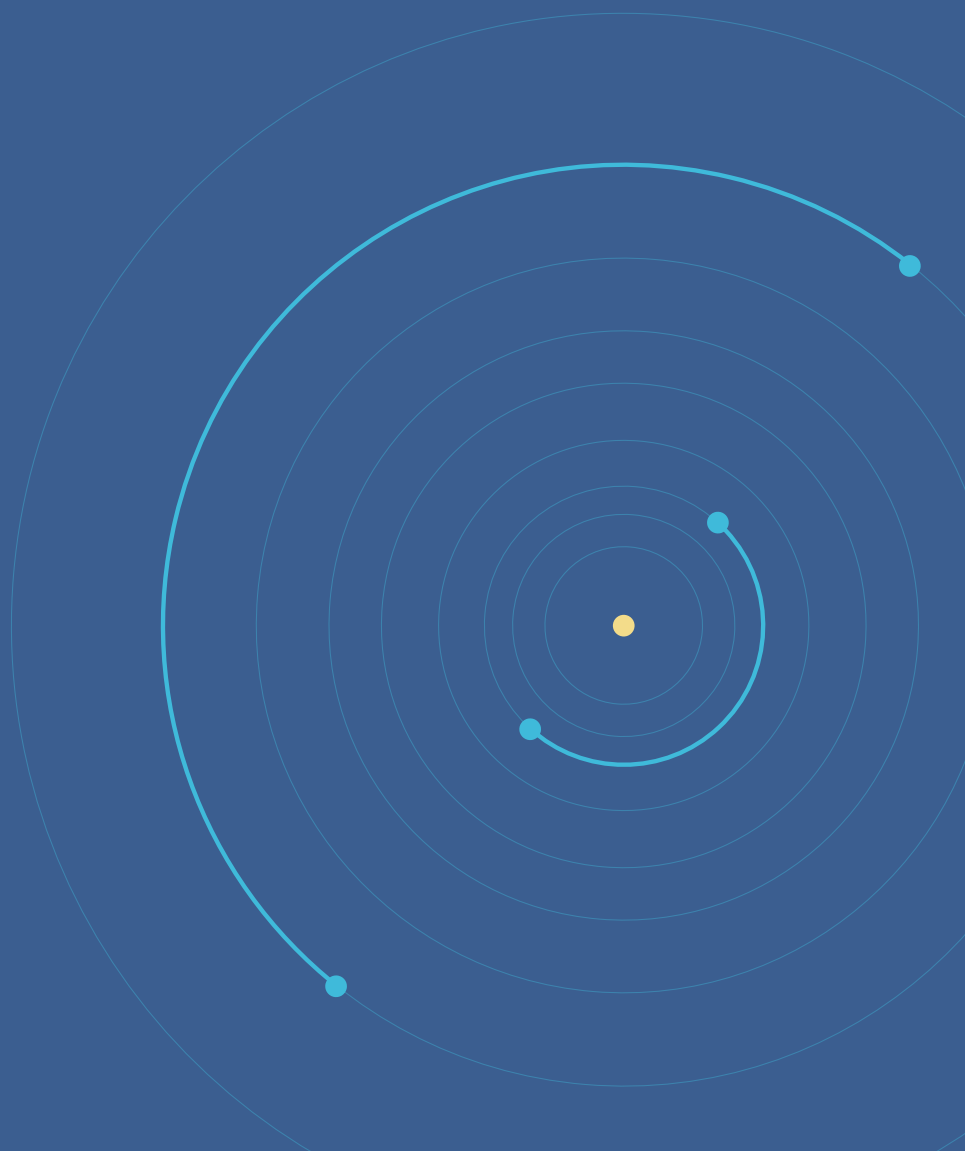
Para concluir, la selección de países incluidos en la encuesta consideró, además de la magnitud de las reformas de salud en cada país, los criterios de conveniencia de la aplicación de la encuesta, así como la inclusión de países de cada una de las cuatro regiones administrativas según la organización del BID. Por lo tanto, la posibilidad de generalizar los resultados para contemplar a otros países no incluidos en la muestra es limitada.



La experiencia con la atención primaria de salud en Brasil

3

Marcia Rocha,
Tania Marín y
Frederico Guanais





Perfil epidemiológico y características del sistema de salud en Brasil

En 2015, Brasil registró un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de US\$ 8.539, lo cual lo coloca ligeramente por encima del promedio de la región en términos de nivel de ingresos. El crecimiento promedio anual fue de 1,0% en los últimos cinco años, con una fuerte tendencia a la baja en el periodo (BM 2017). Los niveles de pobreza y desigualdad se han reducido de manera sostenida en las últimas dos décadas, y en 2014 alrededor del 3,1% de la población tenía un ingreso diario inferior a US\$ 3,10, ajustados por paridad de poder adquisitivo. Para el año 2014, el gasto total en salud en Brasil fue del 8,3% del PIB, alrededor de US\$ 950 por persona, y en el mismo año el gasto gubernamental en salud fue de 3,8%, alrededor de US\$ 440 por persona (OMS 2017). El 46% del gasto total en salud fue público, el 54% fue privado, mientras que el gasto de bolsillo correspondía al 25,4% del gasto total.

Como la mayoría de los países de la región de ALC, así como aquellos otros que se incluyen en el presente estudio, Brasil se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. En los últimos 14 años, la esperanza de vida al nacer se incrementó 4,4 años, y según los indicadores del año 2014, mujeres y hombres brasileiros pueden esperar vivir 78,3 y 70,7 años, respectivamente (BM 2017). A su vez, la proporción de adultos mayores

de 65 años aumenta a una tasa superior al crecimiento de la población total. En Brasil, se espera que este grupo etario se incremente del 5,1% que representaba en el año 2000 al 17,9% en el año 2050, posicionando a Brasil como un país con más de 44 millones de adultos mayores.

De acuerdo con datos del *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME), para el año 2015 la carga de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, se atribuye en un 70,9% a ECNT, un 14,8% a lesiones y un 14,2% al grupo de enfermedades infecciosas y materno-infantiles (IHME 2015). La carga por ECNT y lesiones presenta una tendencia al aumento, desplazando a las enfermedades infecciosas y materno-infantiles. En la composición de las ECNT predominan las enfermedades cardiovasculares (14,8% del total de AVAD), trastornos mentales y consumo de sustancias (10,5%), diferentes tipos de cáncer (9,9%), otras enfermedades no transmisibles (9,1%) y diabetes, y enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas (7,2%). Entre los principales factores de riesgo para las ECNT se destacan la presión arterial sistólica alta (13,3% del total de riesgo atribuible en la carga global de enfermedad), alto índice de masa corporal (10,9%), elevada glucosa en plasma en ayunas (9,8%), tabaquismo (7,6%) y niveles altos de colesterol total (5,7%).

El actual sistema de salud de Brasil fue creado en la Constitución Federal de 1988 y reglamentado en 1990. El Sistema Único de Salud (SUS) tiene como principio fundamental el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, integradas en una red regionalizada y jerarquizada de prestación de servicios, bajo la responsabilidad y cofinanciación de las

esferas federal, estatal y municipal, y con la participación complementaria del sector privado (Becerril-Montekio et al. 2011). La cobertura pública es universal, gratuita en los lugares de atención (no se prevé ningún tipo de gastos de bolsillo), y los servicios son financiados mediante la asignación presupuestal de los recursos del estado, originados por los impuestos generales (Bitrán y Burgos 2012). Sin embargo, en 2015, alrededor de un cuarto de los brasileños (25,7%) contaba con cobertura privada complementaria, por intermedio de seguros adquiridos voluntariamente en el mercado privado (ANS 2017).

El Ministerio de Salud es el rector de la política y establece las directrices del SUS, mientras que los Estados promueven la integración de servicios entre regiones y son proveedores complementarios de salud, y los municipios prestan los servicios directamente a la población y son responsables exclusivos por la atención básica. A partir de su reglamentación en 1990, uno de los principales motores de la expansión y consolidación del SUS fue un modelo de atención con fuerte énfasis en la atención primaria por intermedio del Programa de Salud de la Familia (PSF), actualmente mejor conocido como Estrategia de Salud Familiar (ESF) (Becerril-Montekio et al. 2011; Albino da Silva et al. 2015).

Desde su concepción, la ESF fue la base de un modelo de atención primaria de salud claramente definido, basado en la comunidad. Equipos multidisciplinarios compuestos por un médico, un enfermero, uno o dos auxiliares de enfermería y cinco o seis agentes comunitarios de salud remunerados deben atender a un territorio asignado con una población de entre 3.000 y 4.500 personas (Acosta Ramírez et al. 2016; Giovanella et al. 2015). Posteriormente, se creó la opción de incluir equipos

de salud bucal además de un mayor número de profesionales médicos. Durante los años noventa y la primera década de los 2000, la ESF se expandió rápidamente: en 1998, alrededor de dos mil equipos de salud familiar, incluyendo 60.000 agentes comunitarios de salud atendían a siete millones de personas (4% de la población del país), mientras que en 2014 más de 39.000 equipos, incluyendo 265.000 agentes comunitarios de salud, atendían 120 millones de brasileros (alrededor del 60% de la población) [Macinko y Harris 2015]. A partir de un primer estudio en 2006 que asoció la expansión de la ESF a la reducción de la mortalidad infantil (Macinko et al. 2006), diversas investigaciones en la última década han asociado la ESF a la reducción de mortalidad y morbilidad en niños y adultos (Guanais 2015; Rasella et al. 2014; Dourado et al. 2011; Rocha y Soares 2010; Macinko et al. 2010; Guanais y Macinko 2009). Sin embargo, persisten las críticas acerca de la calidad y acceso a los servicios de salud en Brasil (Duncan et al. 2015) y los progresos en términos de equidad han disminuido en los últimos años (Mullachery et al. 2016).

En el contexto actual, el aumento en la prevalencia de las condiciones crónicas presenta renovados retos para el funcionamiento de los servicios de salud. En años recientes, el SUS viene buscando responder a los desafíos de la transición epidemiológica avanzando en la organización de los servicios de acuerdo con una lógica de redes de atención en salud (Vilaça Mendes 2013). Estas redes son arreglos organizativos de acciones y servicios de salud, de diferentes complejidades. Integradas por medio de sistemas de apoyo técnico y logístico, buscan generar mayor eficiencia en los gastos y garantizar la integralidad de la atención. En Brasil, existen importantes fuentes de información acerca del estado

de salud de la población, especialmente la Encuesta Nacional de Salud, realizada a los hogares a nivel nacional y llevada a cabo en el año 2013 (Szwarcwald et al. 2014). Sin embargo, considerando la prioridad que el gobierno nacional ha destinado al fortalecimiento de la atención primaria en las últimas dos décadas, y al modelo de redes integradas en la última década, es relevante contar con un instrumento diseñado justamente para explorar la perspectiva de los usuarios a partir de la organización de los servicios de salud, sus experiencias con la atención primaria, y sus trayectorias en los procesos de coordinación de la red entre atención primaria, especializada y hospitalizaciones, como es el caso de la encuesta del *Commonwealth Fund* (Macinko et al. 2016). Por lo tanto, los resultados de la aplicación de una variación de la Encuesta Commonwealth en el país ofrecen una primera mirada para caracterizar el sistema de salud del país desde la óptica de un modelo de redes basadas en atención primaria. Además, a la fecha hay pocas fuentes de información acerca del desempeño de los servicios de salud en Brasil que sean similares a encuestas internacionales que hayan utilizado la misma metodología.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos acerca de las percepciones generales de los usuarios del sistema de salud en Brasil, el acceso financiero y físico a los servicios de salud, las percepciones sobre la calidad de la atención primaria, y datos sobre la atención especializada, además de los resultados relativos a la utilización de los servicios de emergencia y servicios hospitalarios. Discutimos qué significan estos datos en el contexto de Brasil, y qué nos pueden señalar sobre las brechas que existen en el sistema de salud y las inequidades entre los principales subsistemas: (a) el sistema público,

financiado por impuestos generales; (b) el sistema privado, que incluye los que deciden por adquirir un seguro privado complementario. En el caso de Brasil, no hay un modelo de cobertura que sea comparable a los modelos de seguro social financiados por contribuciones obligatorias sobre la nómina. Para facilitar la lectura y la comparabilidad entre los seis países incluidos en la versión 2013 de la encuesta en ALC, en el presente capítulo se utiliza el término “Público” en referencia a todos los brasileros que no cuentan con un seguro privado complementario, dado que la cobertura del seguro público es universal; y “Privado”, en alusión a aquellos que han suscrito un plan privado adicional.

Características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud

La muestra incluyó 1.500 entrevistados con datos válidos, que fueron contactados por teléfono fijo y celular en el año 2013, mediante un diseño que buscó representatividad para la población brasilera mayor de 18 años de edad³. La Tabla 3.1 a continuación presenta las características generales de la población objeto del estudio.

³ Para más detalles acerca del diseño metodológico, ver el Capítulo 2.

Si bien todos los habitantes de Brasil cuentan con cobertura del SUS, la muestra fue dividida entre aquellos que únicamente son usuarios de este sistema (76,9%), y aquellos que cuentan con un seguro privado adicional (23,0%). Existe una correlación importante entre el régimen de afiliación y las variables que describen el nivel educativo, socioeconómico y estado de salud de los entrevistados. Las personas que tienen un seguro privado complementario, en general, informaron un menor nivel educativo, indicaron un estatus socioeconómico más alto y un peor estado de salud autoinformado que las personas afiliadas exclusivamente al seguro público. En promedio, un 48,7% de los entrevistados fue de sexo masculino y un 51,3% fue de sexo femenino. Respecto a la educación, el 74,0% de los usuarios del SUS no superó el nivel primario, mientras que para los afiliados a seguros privados complementarios el porcentaje fue del 29,6%.

En cuanto al estado de salud de la población entrevistada, el porcentaje de entrevistados que informó tener al menos una enfermedad crónica es significativamente mayor entre los afiliados a seguros privados adicionales (41,6%) que entre los usuarios del SUS (32,0%). El porcentaje de entrevistados con una baja autopercepción de su estado de salud fue significativamente menor entre los afiliados a seguros privados complementarios (10,4%) que entre los usuarios del SUS (18,4%).

Tabla 3.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Brasil⁴.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO | PRIVADO | TOTAL |
|---|-------------------|---------|-------|
| Número de entrevistados (n) | 1.136 | 364 | 1.500 |
| Ponderación (%) | 76,9 | 23,0 | 100,0 |
| Sexo (%) | | | |
| Mujeres | 51,3 | 51,2 | 51,3 |
| Edad (%) | | | |
| Edad - 18-25 | 19,4 | 22,4 | 20,1 |
| Edad - 26-35 | 23,7 | 24,5 | 23,9 |
| Edad - 36-45 | 21,4 | 22,0 | 21,5 |
| Edad - 46-59 | 20,4 | 18,3 | 19,9 |
| Edad - 60+ | 14,9 | 12,6 | 14,3 |
| Educación (%) | | | |
| Primaria | 74,0 ^a | 29,6 | 63,8 |
| Secundaria | 22,1 ^a | 35,9 | 25,3 |
| Universitaria | 3,7 ^a | 34,3 | 10,8 |
| Estado de salud (%) | | | |
| Al menos una enfermedad crónica | 32,0 ^a | 41,6 | 34,2 |
| Dos o más enfermedades crónicas | 15,3 ^a | 21,8 | 16,8 |
| Baja percepción subjetiva del estado de salud | 18,4 ^a | 10,4 | 16,6 |

Notas:

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

4 Todos los resultados presentados en las tablas, excepto el número de entrevistados, utilizan los pesos muestrales para representatividad de la población nacional.

La Tabla 3.2 a continuación presenta las percepciones de la población acerca del sistema de salud. La gran mayoría de los entrevistados —tanto quienes únicamente cuentan con cobertura del SUS como aquellos que disponen de un seguro privado complementario—, consideró que el sistema de salud requiere cambios fundamentales. Mientras que el 38,3% de los usuarios del SUS y el 46,9% de los afiliados a un seguro privado adicional consideraron que el sistema de salud posee aspectos positivos, pero necesita cambios fundamentales, un 56,6% de los usuarios del SUS y un 46,2% de los afiliados a un

seguro privado complementario consideraron que hay tantos problemas en el sistema de salud que es preciso reconstruirlo completamente. Tan solo un 2,8% de los entrevistados con cobertura únicamente del SUS y un 4,7% de los afiliados a seguros privados adicionales opinó que el sistema de salud funciona bien y solo hacen falta cambios menores para que funcione mejor.

La confianza en recibir el tratamiento más efectivo fue particularmente baja entre los usuarios del SUS (27,4%) y relativamente baja entre los afiliados a seguros privados complementarios (54,1%).

Tabla 3.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud de Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------|-----------|
| Percepción | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 2,8 | 4,7 | 3,1 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 38,3 | 46,9 | 40,1 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 56,6 | 46,2 | 54,0 |
| Confianza | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 27,4 ^a | 54,1 | 32,1 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Barreras de acceso a los servicios

La Tabla 3.3 a continuación presenta las respuestas de los entrevistados acerca de las barreras financieras y de transporte en el acceso a los servicios de salud. A pesar de la gratuidad de los servicios establecida en el diseño del SUS, las barreras financieras aún representan un grave obstáculo en el acceso

a estos servicios en Brasil. Se observa que la confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario fue particularmente baja entre usuarios del SUS (22,6%), y relativamente baja entre afiliados a seguros privados complementarios (52,2%). Entre los usuarios del SUS, un 90% indicó haber tenido gastos de bolsillo el último año y, entre ellos, un 9,5% advierte que tuvo serias dificultades para pagarlos. Algunos entrevistados incluso informaron no haber

Tabla 3.3. Barreras financieras y de transporte en Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras financieras | | | |
| Confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario | 22,6 ^a | 52,2 | 27,4 |
| Tuvo problemas médicos, pero no acudió a un médico debido al costo | 15,3 ^a | 8,8 | 13,4 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control debido al costo | 16,5 ^a | 9,1 | 14,4 |
| Gasto de bolsillo | | | |
| Tuvo gasto de bolsillo | 90,0 | 89,3 | 89,8 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 200 | 20,0 | 24,3 | 21,0 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 500 | 5,9 | 13,2 | 7,2 |
| Tuvo problemas serios para pagar el gasto de bolsillo | 9,5 | 11,3 | 9,9 |
| Barreras de transporte | | | |
| No acudió a un médico por dificultades en el transporte | 8,2 ^a | 4,5 | 7,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

accedido al médico (15,3%) o al tratamiento sugerido por el mismo (16,5%) debido al costo. Entre los usuarios de sistema público, el 20% indicó haber tenido en el último año gastos de bolsillo superiores a US\$ 200 y el 5,9% mencionó gastos superiores a US\$ 500. En el grupo de asegurados en el mercado privado, la proporción de entrevistados que dijo no haber ido al médico (8,8%) o no haber hecho un tratamiento (9,1%) a causa de su costo, es más bajo. Sin embargo, un 89,3% de los entrevistados con seguro privado informó haber incurrido en gastos de bolsillo adicionales al pago de la prima del seguro y un 11,3% indicó haber tenido dificultades para pagarlos. El seguro privado tampoco es una garantía de bajos gastos de bolsillo: en el año anterior a la encuesta, el 24,3% de los usuarios informó gastos de bolsillo superiores a US\$ 200 y el 13,2% indicó que superaron los US\$ 500.

Un poco más del 7% de la muestra no consultó a un médico por dificultades con el transporte. Este porcentaje es significativamente más alto para los usuarios del sistema público (8,2%) que para quienes poseen un seguro privado (4,5%).

La Tabla 3.4 a continuación presenta las respuestas de los entrevistados acerca de barreras organizacionales que enfrentaron en el acceso a los servicios de salud. En el caso de la atención primaria dicho acceso fue relativamente generalizado (78,6%), tanto para los usuarios del sistema público como para los afiliados a seguros privados complementarios. En cuanto a las barreras organizacionales, el 75% de los usuarios del sistema público y el 51,9% de aquellos pertenecientes al seguro privado señaló que la falta de disponibilidad durante el turno vespertino, los fines de semana y los feriados no hace posible el acceso a servicios de atención sin tener que acudir al servicio de emergencia.

Por otro lado, el tiempo de espera para recibir atención por parte de un médico o una enfermera fue relativamente corto, principalmente entre los entrevistados con seguros privados adicionales. Entre usuarios únicamente del sistema público, el 35,3% señaló haber sido atendido el mismo día o al día siguiente, mientras que el 15,6% esperó más de dos semanas o nunca consiguió un turno. Entre los afiliados a seguros privados complementarios, el 57,2% fue atendido el mismo día o al siguiente, y el 10,3% tuvo que esperar dos semanas o nunca pudo concertar un turno. Asimismo, el 22,3% de los usuarios del sistema público y el 12,7% de los afiliados a seguros privados adicionales comentó que no realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita.

Experiencia con la utilización de la APS

La Tabla 3.5 a continuación presenta los resultados de la experiencia de los usuarios con los servicios en la atención primaria de salud. La muestra poblacional para las preguntas de experiencia en la atención primaria se compone de quienes informan contar con un centro o un médico regular, para que puedan evaluar el conjunto de las atenciones recibidas y no cada atención individualizada. Las medidas de experiencia con la utilización de la atención primaria fueron divididas en tres dimensiones: primero, la alineación con un modelo de APS centrada en el paciente; luego, la percepción acerca de la calidad de atención; y, finalmente, el enfoque de la prestación de los servicios centrados en el paciente.

Tabla 3.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras organizacionales | | | |
| Hizo al menos una visita al centro de atención primaria en el último año | 79,0 | 77,4 | 78,6 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita | 22,3 ^a | 12,7 | 19,6 |
| Se puede agendar cita con la clínica de AP por teléfono, correo o web | 10,4 ^a | 80,2 | 20,4 |
| La dificultad para conseguir atención médica por las noches, fines de semana, o feriados, no hace posible el acceso a atención sin tener que acudir a un servicio de emergencias | 75,0 ^a | 51,9 | 68,9 |
| Tiempo para acceder a atención primaria provista por un médico o personal de enfermería | | | |
| Mismo día o al siguiente | 35,3 ^a | 57,2 | 39,5 |
| > 2 semanas o nunca | 15,6 | 10,3 | 14,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

En términos de los cuatro atributos que describen un modelo de cuidados centrado en el paciente, hay importante diferencia que no favorece a los usuarios del SUS. Tan solo un 21,0% indicó tener un servicio de salud o médico al que acude regularmente. Este porcentaje es significativamente mayor (69,8%) entre los afiliados a seguros privados complementarios. Los usuarios del SUS también informaron una menor facilidad de comunicación con la clínica de AP durante el día (42,5% en el SUS frente al 76,6% de los que

utilizan seguros privados), menor grado de conocimiento de la historia clínica (29,6% en el SUS frente al 76,3% en los seguros privados), y menor apoyo de los médicos para coordinar la atención (11,9% en el SUS frente al 53,2% en los seguros privados). Todavía más representativa fue la diferencia cuando las cuatro características se compararon en conjunto: el 1,7% de los usuarios del SUS informa contar con APS centrada en el paciente, mientras que en el caso de los que tienen un seguro privado lo hace el 33,9%.

Existen varios factores que influyen en la experiencia que tienen los pacientes y en la percepción que construyen de la atención. Algunos de ellos se relacionan al vínculo que forman los pacientes con su médico. En la mayoría de estos aspectos, se observaron diferencias significativas entre los usuarios del sistema público y los afiliados a seguros privados complementarios. Entre los primeros, un 55,5% dijo que su médico le permite hacer preguntas respecto al tratamiento indicado, tan solo un 20,7% comentó que su médico pasa suficiente tiempo con él o ella, un 60,0% indicó que le explica la situación de una forma fácil de entender y un 46,4% dijo que su médico resuelve la mayoría de sus problemas de salud. Entre los segundos, un 71,9% señaló que pudo hacer preguntas respecto al tratamiento, un 57,7% comentó que tuvo suficiente tiempo con su médico, un 79,1% dijo que recibió explicaciones fáciles de entender y el 72,2% informó que el médico resuelve la mayoría

de sus problemas de salud. Diferencias similares se observaron en relación con la prescripción de medicamentos. Mientras que un 57,2% de los usuarios del SUS dijo que su médico revisó los medicamentos, este porcentaje asciende al 66,6% entre los afiliados a seguros privados adicionales.

Un 13,2% de los usuarios del SUS y un 11,6% de los afiliados a seguros privados complementarios tuvo un problema médico y dijo haber tardado mucho tiempo en conseguir una atención adecuada. Todas estas dimensiones contribuyen a que los pacientes desarrollen diferentes percepciones sobre la atención recibida. En línea con lo expuesto previamente, la percepción de la calidad de la atención primaria fue significativamente más alta entre los afiliados a seguros privados adicionales (56,4%) que entre los usuarios del sistema público (18,8%).

Tabla 3.5. Experiencia con la atención primaria en Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------|-----------|
| APS centrada en el paciente | | | |
| Tiene un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente | 21,0 ^a | 69,8 | 27,7 |
| Comunicación con la clínica de AP durante el día es fácil | 42,5 ^a | 76,6 | 52,0 |
| El médico de AP (MAP) conoce información importante sobre la historia clínica del paciente | 29,6 ^a | 66,3 | 38,7 |
| El MAP ayuda a coordinar la atención | 11,9 ^a | 53,2 | 19,6 |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 1,7 ^a | 33,9 | 3,1 |
| Experiencia del paciente | | | |
| El MAP permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado | 55,5 ^a | 71,9 | 60,5 |
| El MAP pasa suficiente tiempo con el paciente | 20,7 ^a | 57,7 | 29,1 |
| El MAP explica la situación en una forma fácil de entender | 60,0 ^a | 79,1 | 65,9 |
| El MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud | 46,4 ^a | 72,2 | 53,7 |
| El MAP revisó los medicamentos | 55,2 | 66,6 | 59,1 |
| El MAP explicó los potenciales efectos secundarios de los medicamentos | 52,7 | 60,0 | 55,2 |
| Percepción de calidad | | | |
| Percepción de muy buena calidad acerca de la atención en el primer nivel | 18,8 ^a | 56,4 | 27,1 |
| Tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado | 13,2 | 11,6 | 12,8 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

La Tabla 3.6 a continuación presenta los resultados de prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas. Con respecto a si el MAP envió un recordatorio para la cita preventiva, 22,0% del total de encuestados respondió afirmativamente, existiendo una diferencia significativa entre los usuarios del SUS (18,9%) y los que cuentan con un seguro privado (34,2%). El 24,3% de los entrevistados indicó haber recibido algún tipo de recomendación sobre estilos de vida saludables por parte de su médico familiar. Este porcentaje fue menor entre los usuarios del SUS (21,9%) en comparación con los afiliados a seguros privados complementarios (34,1%).

Una medida importante de la calidad de los servicios de atención primaria es el grado de cumplimiento con normas preventivas. Debido al crecimiento de la carga de enfermedades crónicas en la región, las medidas de prevención de enfermedades crónicas son particularmente importantes. Se preguntó a todos los encuestados sobre la medición de la presión arterial y el colesterol sérico, y a todas las mujeres sobre el tamizaje con Papanicolaou y realización de mamografía en mujeres mayores de 40 años. El porcentaje de hombres que

informó una medición de presión arterial en el último año y medición de niveles séricos de colesterol en los últimos cinco fue considerablemente superior entre los afiliados a seguros privados adicionales (62,3%) que entre los usuarios del SUS (44,6%). En contraste, hubo un gradiente más bajo en el porcentaje de mujeres que a las que se les realizaron estas dos mediciones, comparándose los usuarios del SUS y los que tienen un seguro de salud privado complementario (55,9% y 65,1%, respectivamente).

Los exámenes de detección oportuna (en la población objetivo) informados con mayor frecuencia por las mujeres fueron el examen citológico cervical (92,8%) y la mamografía entre mayores de 40 años (87,8%), con leves diferencias entre usuarias del SUS (92,0% y 85,6% respectivamente para los dos exámenes) y afiliadas a seguros privados adicionales (95,8% y 96,5% respectivamente). Le siguen la medición de niveles séricos de colesterol (81%) y medición de la presión arterial (62,0%), sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de cobertura.

Tabla 3.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------|-----------|
| Prevención | | | |
| El MAP envió recordatorio para cita preventiva (check-up) | 18,9 ^a | 34,2 | 22,0 |
| El MAP habló sobre estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, factores de estrés) | 21,9 ^a | 34,1 | 24,3 |
| Tuvo una cita preventiva en los últimos dos años | 39,4 ^a | 50,7 | 41,7 |
| Exámenes de detección oportuna en mujeres | | | |
| Mujeres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 60,3 | 67,9 | 62,0 |
| Mujeres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 80,3 | 83,5 | 81,0 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para mujeres (presión arterial y control de colesterol) | 55,9 | 65,1 | 57,9 |
| Mujeres que se realizaron un examen citológico-cervical en los últimos tres años | 92,0 | 95,8 | 92,8 |
| Mujeres mayores de 40 años que se realizaron mamografía en los últimos tres años | 85,6 ^a | 96,5 | 87,8 |
| Exámenes de detección oportuna para mujeres mayores de 40 años (presión arterial, control de colesterol, examen citológico-cervical y mamografía) | 54,1 | 68,8 | 56,6 |
| Exámenes de detección oportuna en hombres | | | |
| Hombres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 49,2 ^a | 68,1 | 53,0 |
| Hombres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 76,3 | 85,3 | 78,3 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para hombres (presión arterial y control de colesterol) | 44,6 ^a | 62,3 | 48,2 |
| Manejo de enfermedades crónicas | | | |
| Tiene enfermedad crónica, confía en que puede manejar sus problemas de salud | 76,8 | 86,1 | 79,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. Prevalencias de las variables de prevención y manejo de enfermedades crónicas también ajustadas por sexo.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Acceso y coordinación de la atención especializada, los hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria

Otro aspecto importante que influye sobre la continuidad del cuidado es la coordinación de la atención. La Tabla 3.7 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de atención especializada, y la experiencia de los usuarios con la referencia y contrarreferencia entre la atención primaria y especializada.

El uso de servicios de atención especializada fue del 35,3% entre usuarios del SUS y del 57,5% entre afiliados a seguros privados complementarios. El tiempo de espera requerido para agendar una consulta fue relativamente bajo entre los entrevistados con seguros privados complementarios (33,2% dijo haber conseguido una consulta en menos de dos semanas, 27,4% entre dos y ocho semanas y 21,2% más de ocho semanas) en comparación con los usuarios del SUS: un 9,4% de ellos

indicó haber agendado una consulta en menos de dos semanas, un 31,4% entre dos y ocho semanas y un 43,4% en más de ocho semanas. En cuanto al proceso de referencia a la atención especializada, un 78,7% de los entrevistados señaló haber sido referido por el médico de su centro de atención usual.

Entre los usuarios del SUS fue notable la falta de comunicación entre médicos familiares y especialistas: solo un 26,8% de los entrevistados indicó que el especialista contaba con información clínica básica proporcionada por el médico familiar sobre el motivo de la derivación o resultados de exámenes realizados. Asimismo, un 24,2% relató que tras la consulta con el especialista, el médico familiar había sido informado o actualizado sobre las recomendaciones que el primero había realizado. Si bien un porcentaje de afiliados a seguros privados adicionales informó esta situación con mayor frecuencia, las cifras siguen siendo bajas: un 44,6% declaró que el especialista recibió información en relación al motivo de la referencia y un 45,0% dijo que el médico familiar estaba enterado de las recomendaciones hechas por el especialista.

Tabla 3.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------|-----------|
| Acceso a la atención especializada | | | |
| Consultó con un especialista en los últimos dos años | 35,3 ^a | 57,5 | 39,5 |
| Tiempo de espera para una consulta con el especialista | | | |
| < 2 semanas | 9,4 ^a | 33,2 | 13,8 |
| Entre 2 y 8 semanas | 31,4 | 27,4 | 30,1 |
| > 8 semanas | 43,4 ^a | 21,2 | 34,9 |
| Coordinación entre APS y atención especializada | | | |
| Es necesario pedir una referencia para atención especializada | 70,8 | 66,0 | 69,2 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico del lugar usual de atención | 79,3 | 77,5 | 78,7 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico que no es del lugar usual de atención o por la sala de emergencias | 5,4 | 2,5 | 4,1 |
| El especialista tenía información médica básica del proveedor habitual de AP sobre el motivo de consulta del paciente o resultados de exámenes | 26,8 ^a | 44,6 | 31,8 |
| Tras la consulta con el especialista, el proveedor habitual de AP fue informado sobre las recomendaciones hechas por el especialista | 24,2 ^a | 45,0 | 29,9 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

La Tabla 3.8 a continuación presenta los resultados de acceso y calidad de los servicios de hospitalización y emergencias. El porcentaje de entrevistados que requirió hospitalización en los últimos dos años fue del 3,1% entre los usuarios del sistema público y del 10,6% entre los afiliados a seguros privados complementarios. De los usuarios del SUS que fueron hospitalizados, el 18,9% fue readmitido tras el alta o tuvo que acudir a un servicio de emergencias por complicaciones. Entre los afiliados a seguros privados adicionales, este porcentaje fue del 9,5%.

Tras haber recibido el alta hospitalaria, en promedio, el 79,3% del total de entrevistados indicó que el personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados y un 73,5% informa haber recibido ayuda para coordinar una consulta de seguimiento. En relación con los medicamentos prescritos, el 70,7% dijo que recibió información sobre la medicación al ser dado de alta, sin diferencia significativa por tipo de cobertura.

En promedio, un 25,2% de los entrevistados indicó haber utilizado el servicio de emergencias en los últimos dos años. Este porcentaje varió entre el 25,3% para los usuarios del SUS y el 25,0% para los afiliados a seguros privados adicionales. Un 22,9% de los entrevistados del primer grupo considera que utilizó el servicio de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el primer nivel de atención. Entre los afiliados a seguros privados complementarios, este porcentaje representó el 43,2% de los entrevistados.

Asimismo, aproximadamente un 15,7% de los entrevistados señaló haber sido hospitalizado o referido a otra clínica tras su paso por el servicio de emergencias y un 81,1% informa haber sido dado de alta.

Este último porcentaje es similar entre los afiliados a seguros privados adicionales (81,8%) y los usuarios del SUS (80,8%). Por otra parte, se observó un fenómeno similar en el número de hospitalizados o referidos a otras clínicas médicas (15,6% entre los usuarios del SUS y 16% entre los afiliados a seguros privados adicionales).

Discusión

El grado de satisfacción que los brasileros señalaron con respecto a los sistemas de salud fue el más bajo del grupo de seis países incluidos en la encuesta en ALC. La mayoría de los entrevistados (54%) opinó que hay tantos problemas en el sistema de salud que es necesario reconstruirlo completamente: esta percepción, así como la diferencia que se observa entre los usuarios del sistema público y privado, no es estadísticamente significativa. Un punto que debe observarse en la interpretación de dichas cifras es que la recolección de datos para el estudio se llevó a cabo en Brasil en el año 2013, cuando se registraron en todo el país importantes protestas en las calles y altos niveles de insatisfacción popular con las políticas públicas en general (Macinko et al. 2016).

En términos de barreras de acceso, persisten importantes barreras financieras para la utilización de los servicios, a pesar de que el país cuenta con un sistema público único, de afiliación universal independientemente del estatus laboral o socioeconómico, y sin costos al usuario en el punto de atención. Entre los usuarios exclusivos del sistema público, alrededor del 17% informó no haber acudido al médico o no haber realizado exámenes o tratamientos debido al costo, porcentaje superior al observado entre quienes poseen seguro

Tabla 3.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------|-----------|
| Hospitalización | | | |
| Requirió hospitalización en los últimos dos años | 3,1 ^a | 10,6 | 4,2 |
| Tras el alta, fue readmitido o tuvo que acudir al Servicio de Emergencias | 18,9 | 9,5 | 13,4 |
| El personal del hospital proporcionó información sobre la medicación al darle el alta | 66,4 | 74,8 | 70,7 |
| El personal del hospital ayudó a coordinar una consulta de seguimiento | 68,5 | 78,2 | 73,5 |
| El personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados | 75,7 | 82,7 | 79,3 |
| Departamento de emergencias | | | |
| Usó el servicio de emergencias en los últimos dos años | 25,3 | 25,0 | 25,2 |
| Considera que utilizó el departamento de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario | 22,9 ^a | 43,2 | 27,0 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias fue hospitalizado o referido a otra clínica médica | 15,6 | 16,0 | 15,7 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias, recibió el alta | 80,8 | 81,8 | 81,1 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

privado, y que, en general, tienen mejor nivel socioeconómico. La gran mayoría de los brasileros indicó haber incurrido en gastos de bolsillo en el último año, incluso los usuarios del sistema público, lo que puede señalar que elementos esenciales del tratamiento no están cubiertos, como los medicamentos (Paim et al. 2011), o que, por razones de calidad o tiempos de espera en los servicios públicos, las personas están buscando servicios en la red privada (Fundación Telefónica 2008).

A pesar de que el sistema público haya definido un modelo claro para la atención primaria (la ESF), los datos indican que todavía hay una importante agenda inconclusa en la APS: las barreras organizacionales crean inequidades de acceso a la atención primaria entre los usuarios del sistema público y quienes cuentan con seguros privados. El porcentaje de personas que informó haber conseguido una cita en la atención primaria el mismo día o al siguiente fue casi el doble entre los usuarios de seguros privados que entre los usuarios del sistema público. Asimismo, un número sorprendentemente bajo de personas en el sistema público indicó tener un médico o servicio usual de atención (21%), uno de los pilares del modelo de ESF, lo que refuerza la idea de la agenda inconclusa. De igual forma, la comunicación con la APS es mucho más fácil para los pacientes que tienen seguros privados que para los que utilizan el sistema público: el porcentaje de personas que logró comunicarse con la APS durante el día fue casi el doble para los que tienen seguros privados y el porcentaje de quienes pueden agendar citas por teléfono, correo o web fue casi ocho veces superior (76,6% frente a 42,5% y 80,2% frente a 10,4%, respectivamente). Dichos números confirman el argumento de que el modelo de ESF necesita importantes ajustes para atender a una población

predominantemente urbana (Giovannella et al. 2009), para quien el costo financiero y de oportunidad del desplazamiento puede ser una importante barrera.

Las percepciones del usuario en cuanto a las barreras de acceso al sistema de salud pública en Brasil son sistemáticamente recolectadas por el Programa de Mejoría del Acceso y Calidad de la Atención Básica (PMAQ, por sus siglas en portugués⁵). Los datos de las encuestas aplicadas en todo el territorio nacional en el año 2012 (primera ronda del programa), brindan información interesante que puede corroborar algunos hallazgos de este estudio. Por ejemplo, también se encontró que apenas el 2,2% de los usuarios entrevistados logró agendar sus consultas médicas por teléfono y el 11,6% recibió ayuda del Agente Comunitario de Salud para hacerlo. Esto indica que más del 90% de las citas son concertadas personalmente, en las unidades de salud. De hecho, más del 30% de los entrevistados señaló haber tenido que enfrentarse a filas para agendar una consulta. Asimismo, el 41,4% de los usuarios informó que sus servicios de referencia de atención primaria solo permiten agendar las citas médicas en algunos días de la semana. Ello indica que existe un amplio margen de mejora para que la APS cumpla efectivamente su papel de coordinadora de la atención, tal como se establece en la ESF.

En términos generales, los niveles de utilización de la APS son similares para los dos subsistemas en Brasil, casi el 80% de los usuarios en ambos sistemas indicó haber tenido una consulta en el último año. Sin embargo, casi el 60% de los afiliados a

5 Ver los resultados de la primera ronda del PMAQ en http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/retratos_atencao_basica_2012_sl_vol1.pdf

un seguro privado señaló una percepción de muy buena calidad sobre la atención en el primer nivel, frente al 20% entre los usuarios del sistema público. Se debe observar que esa es la percepción de los usuarios y corresponde a su interpretación sobre qué es atención primaria, ya que no existe un modelo de APS claramente definido en el sector privado para ese nivel de atención. Las variables que buscan medir la calidad de la experiencia con la atención primaria también sugieren importantes inequidades, confirmando los análisis que se observan en la literatura (Mullacherry et al. 2016; Boccolini et al. 2016; Malta et al. 2016). Por ejemplo, tan solo el 30% de las personas en el sistema público informó que los médicos conocían sus historias clínicas (frente al 66% en el sector privado), el 21% de los usuarios del sistema público señaló que el médico pasa tiempo suficiente con ellos (frente al 58% en el sector privado) y el 46% en el sistema público opinó que la APS resuelve la mayoría de sus problemas (72% en sector privado). A pesar de que los niveles promedio indican importantes inequidades, es vital considerar que también hay importantes desigualdades entre los usuarios del sistema público —ampliamente documentadas— (Guanais 2010) y entre usuarios de los seguros privados, que recién están empezando a ser documentadas (Werneck 2016).

Los resultados indican que hay importantes aspectos para mejorar en cuanto al grado de proactividad de la atención primaria. Menos de un cuarto de los entrevistados recibió recordatorios de la APS para una cita preventiva (19% en el sistema público frente al 34% en el sistema privado) o recomendaciones de estilos de vida saludables (22% frente al 34%). Tomando en cuenta el perfil epidemiológico de la población de Brasil, aumentar el grado de proactividad de los servicios de salud para involucrar al

paciente en su tratamiento será un desafío que irá en aumento (Vilaça Mendes 2014). En términos de exámenes de detección oportuna, las inequidades entre el sistema público y los que tienen un seguro privado son menores, especialmente entre mujeres. Por ejemplo: el 56% de las mujeres en el sistema público y el 65% de las mujeres con seguros privados indicó haber cumplido con los exámenes básicos (45% frente al 62% entre hombres). Estos resultados están respaldados en la literatura, que sugiere que la ESF muestra resultados más modestos entre hombres que entre mujeres, lo que puede estar asociado al horario de funcionamiento de los servicios de salud y a la participación laboral más baja de las mujeres comparado con los hombres en Brasil (Guanais y Macinko 2009). Acerca de exámenes preventivos en mujeres, los datos que llaman la atención para los últimos tres años son las altas tasas de realización de exámenes de Papanicolaou en ambos subsistemas (92% en el sistema público y 96% en los seguros privados) y la realización de mamografías en mayores de 40 años (86% frente al 97%), números que son superiores a la medición de presión arterial en el último año.

El porcentaje de la muestra que consultó a un médico especialista en los últimos dos años fue más bajo entre los usuarios del sistema público, y los tiempos de espera fueron considerablemente superiores que los informados por aquellos con seguro privado: en el sistema público, solo el 9% de las personas logró una cita con un especialista en menos de dos semanas, mientras que de los usuarios con seguro privado, lo hizo el 33%. Esto también puede explicarse debido a la ausencia y/o fragilidad, en la mayoría las aseguradoras privadas, de los servicios de regulación (que funcionan como *gatekeepers* del acceso a los servicios especializados),

que son más frecuentes y robustos en el sistema público. Acerca de la coordinación entre la APS y la atención especializada, en el sistema público los usuarios informaron bajos niveles de apoyo del médico a este respecto, y en los dos subsistemas se relataron problemas de comunicación entre ambos tipos de atención, aunque en el sistema público dicho problema fue aún más importante: más del 63% de las personas indicó que la comunicación era inexistente, mientras que en los seguros privados lo señaló el 55%.

La utilización de los servicios de emergencias en Brasil es relativamente más baja que en los demás países de la encuesta en ALC, y no difiere entre usuarios del sistema público y los afiliados a cobertura privada (en ambos casos alrededor del 25% utilizó la emergencia en los últimos dos años). Sin embargo, la utilización innecesaria del servicio de emergencias parece ser superior en el sistema privado, en donde el 43% de los usuarios consideró que su problema podría haber sido resuelto en la atención primaria (frente al 23% en el sistema público).

Algunas barreras organizacionales (dificultad para comunicarse, para obtener citas, coordinación entre niveles, etc.) se pueden asociar a deficiencias en la gestión local de la atención primaria, y a lo difícil que resulta homogeneizar los procesos debido a las grandes diferencias culturales entre las distintas regiones del país. De igual forma, el grado de descentralización en Brasil da pie a diferencias entre los municipios según su nivel de desarrollo, es decir, los municipios con un mayor nivel de ingresos y avances tienen mayor oportunidad de invertir en tecnología y en recursos humanos para mejorar su gestión y oferta de servicios.

Conclusiones

En su conjunto, los resultados indican que el modelo de atención primaria y el énfasis en los cuidados preventivos en Brasil han logrado importantes avances para reducir la brecha entre el sistema público universal y los usuarios de seguros privados —tanto en términos de cobertura como de equidad—. Las diferencias informadas en la realización de exámenes preventivos entre los diferentes subsistemas en Brasil son sorprendentemente pequeñas, incluso en el caso de exámenes especializados como Papanicolaou o mamografías. Sin embargo, entre estos grupos aún persisten importantes inequidades en el acceso a la atención primaria, y es evidente que los usuarios de los seguros privados señalaron haber percibido una mejor experiencia en la atención primaria. De todos modos, en ambos subsistemas se informan problemas de coordinación.

A pesar de los importantes éxitos de la atención primaria en Brasil, ampliamente documentados en la literatura, los resultados indican la necesidad de mejorar el modelo de gestión de los servicios, por ejemplo: mejor comunicación con los pacientes, mejores sistemas de programación de citas y consultas, y mejores procedimientos de coordinación entre los niveles de atención. Es importante que el país pueda fortalecer continuamente su modelo de atención primaria y seguir promoviendo su integración a los demás niveles de atención, enfatizando la coordinación entre la atención primaria y secundaria, para brindar cuidados de largo plazo debido al envejecimiento de la población (Stein y Ferri 2017). La coordinación entre niveles de atención logra más efectividad y continuidad del cuidado, adecuándolo así al desafío de atender poblaciones urbanas

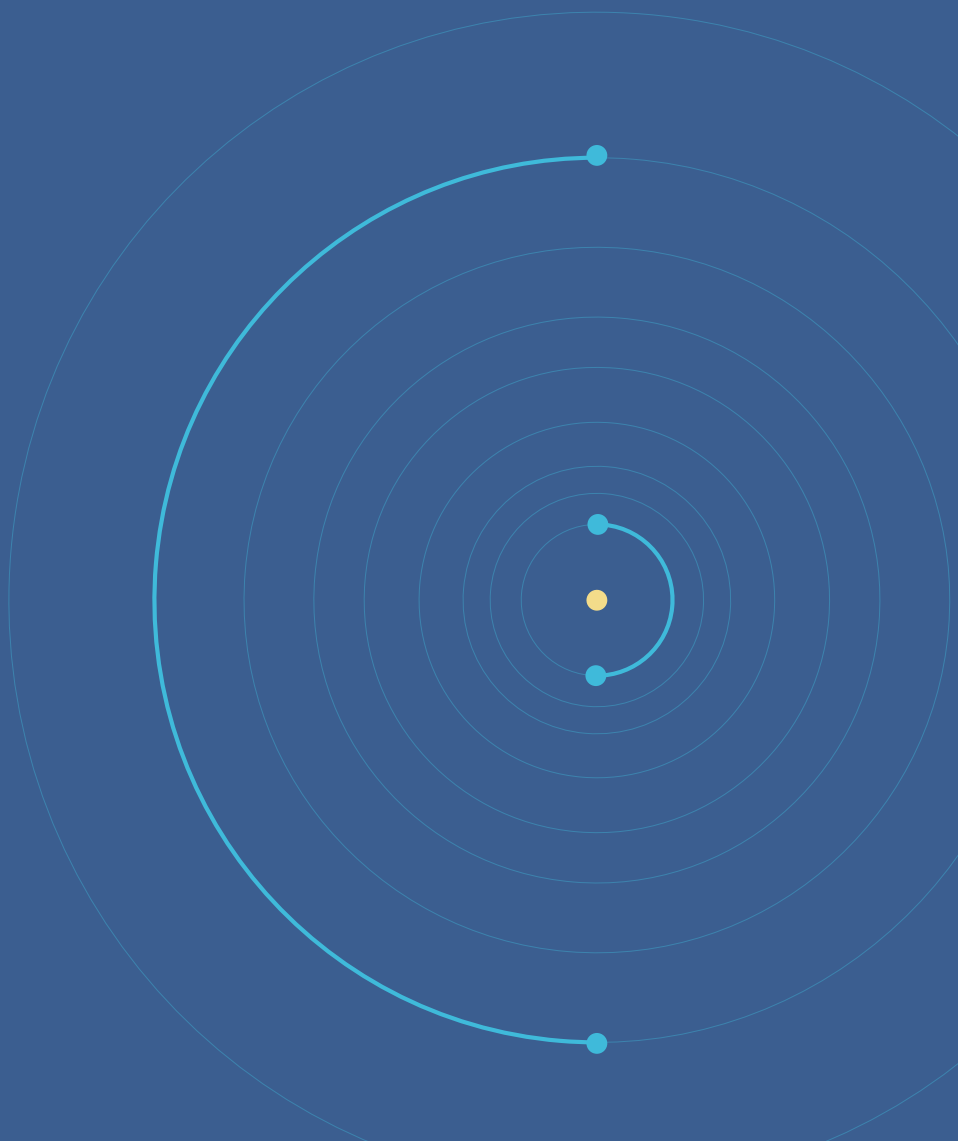
con alta carga de enfermedades crónicas y, con expectativas acerca de la cobertura y calidad de los servicios que van en aumento. El fortalecimiento de la atención primaria a través de la Estrategia de Salud en la Familia ha tenido un efecto tangible, por ejemplo, en la reducción de mortalidad

evitable (Hone et al. 2017), entre otros logros. Sin embargo, en una sociedad en transición como la de Brasil, es importante que el proceso de modernización de la atención primaria sea constante e intensivo para preservar los logros y alcanzar mejores resultados en el futuro.

La experiencia con la atención primaria de salud en Colombia

4

Diana Pinto,
Karolina Schantz y
Ralfh Moreno





Perfil epidemiológico y características del sistema de salud en Colombia

En 2015, Colombia registró un PIB per cápita de US\$ 6.056, lo cual coloca al país ligeramente por debajo del promedio de la región en términos de nivel de ingresos mientras que el crecimiento promedio anual fue del 4,6% en los últimos cinco años (BM 2017). Los niveles de pobreza y desigualdad se han reducido de manera sostenida en los últimos años, y en 2014 alrededor del 5% de la población tenía un ingreso diario inferior a US\$ 3,10, ajustados por paridad de poder adquisitivo. Para el año 2014, el gasto total en salud en Colombia fue del 7,2% del PIB, alrededor de US\$570 por persona, mientras que en el mismo año el gasto gubernamental en salud fue de 5,4%, alrededor de US\$428 por persona (OMS 2017). El 75% del gasto total en salud fue público y el 25% fue privado, siendo que el gasto de bolsillo corresponde al 15,4% del gasto total.

Como la mayoría de los países de la región de ALC, y todos los demás países incluidos en el presente estudio, Colombia se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. En los últimos 14 años, la esperanza de vida al nacer se incrementó tres años, y según los indicadores del año 2014, mujeres y hombres colombianos pueden esperar vivir 77,7 y 70,5 años, respectivamente (IHME 2015). A su vez, la proporción de adultos mayores

de 65 años crece a una tasa superior al crecimiento de la población total. En Colombia, se espera que este grupo etario se incremente del 4,7% en el año 2000 al 16,2% en el año 2050, posicionando a Colombia como un país con más de 11 millones de adultos mayores.

De acuerdo con datos del IHME para el año 2015 la carga de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, se atribuye en un 70,8% a enfermedades crónicas no transmisibles, en un 16,6% a lesiones y en un 12,6% al grupo de enfermedades infecciosas y materno-infantiles (IHME 2015). La carga por ECNT y lesiones presenta una tendencia al aumento, desplazando a las enfermedades infecciosas y materno-infantiles. En la composición de las ECNT predominan las enfermedades cardiovasculares (11,5% del total de AVAD), trastornos mentales y consumo de sustancias (10,5%), diferentes tipos de cáncer (9,7%), otras enfermedades no transmisibles (12,2%) y trastornos musculoesqueléticos (8,9%). Entre los principales factores de riesgo para las ECNT se destacan la presión arterial sistólica alta (10,8% del total de riesgo atribuible en la composición de la carga de enfermedades), alto índice de masa corporal (8,0%), elevada glucosa en plasma en ayunas (7,8%), tabaquismo (4,9%) y niveles altos de colesterol total (4,2%).

El sistema de salud colombiano actual fue establecido por medio de la promulgación de la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los principales objetivos de la ley apuntaban a mejorar la salud de la población incrementando el acceso, la eficiencia y calidad de los servicios, así como la equidad. La estrategia central de esta reforma para lograr tales objetivos consistió en la creación de un seguro

de salud universal, la focalización de los servicios públicos y la realización de cambios en la financiación, organización y administración de la provisión de servicios.

Como mencionamos, el SGSSS consiste en un seguro de salud universal con cobertura familiar, administrado por compañías denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), que cumplen la función de aseguradoras (gestionan riesgos a cambio de una prima) y se encargan de contratar los servicios a los que tienen derecho los afiliados a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los servicios, intervenciones y medicamentos cubiertos según el esquema de seguros están delimitados por un paquete de beneficios denominado el Plan Obligatorio de Salud (POS)⁶. La prima o valor monetario reconocido a las EPS por el POS se conoce como la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La afiliación al seguro se realiza de acuerdo con dos regímenes. Uno es el contributivo (RC), para empleados formales, jubilados, pensionados y trabajadores independientes, que en 2015 cubría aproximadamente 44,5% de la población total: alrededor de 21,5 millones de personas. El RC se financia con impuestos sobre la nómina de los trabajadores formales (contribuciones de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo). El otro régimen es el subsidiado, que cubre la población de bajos recursos sin capacidad de pago— aproximadamente 48,1% de la población total, unos 23,2 millones de personas (MSPS, 2016b). El RS se financia principalmente con recursos del estado, originados por impuestos generales (Guerrero et al. 2011).

6 Este era el esquema vigente al momento de realizar la encuesta. En 2017, Colombia analiza cambios en su plan de beneficios.

El sistema está organizado como un modelo de competencia regulada en dos niveles. En el primero, los beneficiarios seleccionan una EPS dentro de un conjunto disponible. Dado que tanto el POS como la UPC están predeterminados, en teoría las EPS deben competir atrayendo a sus afiliados por diferencias en la amplitud y calidad de la red de prestación de servicios. En el segundo nivel la competencia se da entre las IPS, que buscan obtener contratos con las EPS según el precio y calidad de los servicios ofertados. El papel del Ministerio de Salud y las demás entidades regulatorias relacionadas es proveer información y formular, monitorear y hacer cumplir las normativas encaminadas a minimizar las fallas de mercado y a garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos acerca de las percepciones generales de los usuarios del sistema de salud en Colombia, el acceso financiero y físico a los servicios, las percepciones sobre la calidad de la atención primaria y datos sobre la atención especializada, además de los resultados relativos a la utilización de los servicios de emergencia y servicios hospitalarios. Discutimos qué significan estos datos en el contexto de Colombia, y qué nos pueden señalar sobre el funcionamiento de la atención primaria de salud en los principales subsistemas. Para facilitar la lectura y la comparabilidad entre los seis países incluidos en la versión 2013 de la encuesta en ALC, en el presente capítulo se utiliza el término “Seguro Social” para aquellos que están afiliados al RC, “Público” en referencia a los afiliados al RS, y “Privado” en alusión a aquellos que han suscrito un plan privado adicional.

Características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud

La muestra incluye 1.463 personas mayores de 18 años de edad⁷ que respondieron a una encuesta por teléfono fijo y celular en el año 2013. La Tabla 4.1 a continuación presenta sus características generales.

De los encuestados, el 22,7% declaró estar afiliado al RS, el 68,0% al RC y el 9,3% a un seguro privado complementario⁸. El 51% de los entrevistados fue del sexo femenino, siendo el porcentaje menor en el RC (50,4%) y en seguro privado (45,9%), y el mayor para el RS (55,5%). Los encuestados que pertenecen al RS son más jóvenes —más del 80% por ciento se ubica en la franja entre 18-45 años— y este porcentaje es menor en el RC (62,6%), mientras que casi la mitad de los que cuentan con seguro privado es mayor de 45 años.

Existe una correlación entre el régimen de afiliación y las variables que describen el nivel educativo, socioeconómico y el estado de salud de los entrevistados. En general, la educación de los afiliados al RS es menor, y su estado de salud autoinformado es peor en comparación con los afiliados al RC y a seguros privados adicionales. Un tercio de los encuestados indicó haber sido diagnosticado con al menos una enfermedad crónica, siendo el porcentaje mayor entre los que pertenecen al RC y al seguro pri-

⁷ Para más detalles acerca del diseño metodológico, ver Capítulo 2.

⁸ Se aclara que 26 entrevistados (1,78% del total) que declararon no estar afiliados a ningún plan de salud fueron incluidos dentro del régimen subsidiado (Público).

vado (35,1% y 34,2%, respectivamente) en comparación con el 25,0% de los afiliados al RS, lo que es congruente con el hecho de que los encuestados de este último régimen son más jóvenes.

El porcentaje de entrevistados que informó una baja percepción de su estado de salud fue del 18,3%, siendo inferior en el RC (16,8%) y en seguro privado (13,8%), y mayor entre los afiliados al RS (24,9%).

Tabla 4.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Colombia⁹.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) | SEGURO SOCIAL (RC) | PRIVADO | TOTAL |
|---|----------------------|--------------------|---------|-------|
| Número de entrevistados (n) | 277 | 1.046 | 140 | 1.463 |
| Ponderación (%) | 22,7 | 68,0 | 9,3 | 100,0 |
| Sexo (%) | | | | |
| Mujeres | 55,5 | 50,4 | 45,9 | 51,2 |
| Edad (%) | | | | |
| 18-25 | 30,0 ^{a, b} | 16,5 | 12,6 | 19,2 |
| 26-35 | 26,3 ^b | 25,3 ^b | 13,2 | 24,4 |
| 36-45 | 26,7 | 20,9 | 25,2 | 22,6 |
| 46-59 | 14,6 ^{a, b} | 25,0 | 26,9 | 22,8 |
| 60+ | 2,3 ^{a, b} | 12,4 ^b | 22,2 | 11,0 |
| Educación (%) | | | | |
| Primaria | 31,3 | 23,6 | 18,6 | 24,9 |
| Secundaria | 64,1 ^{a, b} | 51,7 ^b | 37,9 | 53,2 |
| Universitaria | 4,6 ^{a, b} | 24,7 ^b | 43,6 | 21,9 |
| Estado de salud (%) | | | | |
| Al menos una enfermedad crónica | 25,0 ^a | 35,1 | 34,2 | 32,7 |
| Dos o más enfermedades crónicas | 9,9 | 12,8 | 14,9 | 12,4 |
| Baja percepción subjetiva del estado de salud | 24,9 ^a | 16,8 | 13,8 | 18,3 |

Notas:

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

⁹ Todos los resultados presentados en las tablas, excepto el número de entrevistados, utilizan los pesos muestrales para representatividad de la población nacional.

La Tabla 4.2 a continuación presenta las percepciones de los encuestados acerca del sistema de salud. La percepción de que se necesitan cambios es predominante: el 51,0% de los encuestados señaló que el sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero que hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor, mientras que el 30,3% consideró que hay tantos problemas en el sistema de salud que hay que reconstruirlo completamente. Solo el 14,7% de los entrevistados estimó que el sistema de salud funciona bien y que

tan solo hacen falta cambios menores. Los encuestados pertenecientes al RS tienen percepciones más negativas que los del RC y el seguro privado.

En cuanto a la confianza en recibir el tratamiento más efectivo o en poder pagar el tratamiento, poco más de la mitad de los encuestados indicó tenerla, siendo más alta para el seguro privado (61,1%) en comparación con el RS (56,1%) y el seguro social (53,2%).

Tabla 4.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en Colombia.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) (%) | SEGURO SOCIAL (RC) (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|------------------|------------------------|-------------|-----------|
| Percepciones | | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 8,6 | 15,7 | 16,5 | 14,7 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 59,1 | 49,8 | 45,6 | 51,0 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 29,0 | 30,9 | 33,8 | 30,3 |
| Confianza | | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 56,1 | 53,2 | 61,1 | 54,9 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos para las variables señaladas en la tabla.

Barreras de acceso a los servicios

La Tabla 4.3 a continuación presenta las respuestas de los entrevistados sobre las barreras financieras y de transporte en el acceso a los servicios de salud. En términos de barreras financieras, el porcentaje de los encuestados que tuvo problemas médicos en los últimos 12 meses, pero no acudió a un médico o se saltó un examen, tratamiento o control debido al costo está alrededor de 11%, sin diferencias significativas entre los grupos de afiliación.

Un promedio de 35,3% de los encuestados dijo haber incurrido en gastos de bolsillo en el último año, sin diferencias entre los diferentes regímenes. De todos los encuestados, el 11,5% tuvo problemas serios para pagar los gastos de bolsillo, sin diferencias significativas por afiliación¹⁰. Un 7,1% declaró que sus gastos de bolsillo

¹⁰ La encuesta no presentó una definición formal de problemas "serios" en los gastos de bolsillo. Por lo tanto, la interpretación de la pregunta correspondió al entrevistado.

Tabla 4.3. Barreras financieras y de transporte en Colombia.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) (%) | SEGURO SOCIAL (RC) (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|------------------|------------------------|-------------|-----------|
| Barreras financieras | | | | |
| Confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario | 53,2 | 53,9 | 66,8 | 54,8 |
| Tuvo problemas médicos, pero no acudió a un médico debido al costo | 8,1 | 11,2 | 12,7 | 10,6 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control debido al costo | 15,9 | 10,7 | 7,0 | 11,3 |
| Gasto de bolsillo | | | | |
| Tuvo gasto de bolsillo | 39,4 | 34,1 | 41,2 | 35,3 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 200 | 7,6 | 6,7 | 11,0 | 7,1 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 500 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tuvo problemas serios para pagar el gasto de bolsillo | 15,6 | 10,7 | 9,9 | 11,5 |
| Barreras de transporte | | | | |
| No acudió a un médico por dificultades en el transporte | 9,6 | 8,5 | 4,0 | 8,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos para las variables señaladas en la tabla.

fueron superiores a los US\$ 200, mientras que en ninguno de los grupos se informó que hayan superado los US\$ 500, siendo la media del gasto de bolsillo informado (sin contar pagos a primas de seguro), unos 73.373,75 pesos colombianos¹¹. Alrededor del 8% de la muestra no consultó a un médico por dificultades con el transporte. Este porcentaje no presentó diferencias significativas por tipo de afiliación.

Un segundo conjunto importante de barreras de acceso es aquellas relacionadas a la organización de los servicios de salud para facilitar que los usuarios los utilicen de manera compatible con sus actividades cotidianas. La Tabla 4.4 presenta las respuestas de los entrevistados acerca de barreras organizacionales experimentadas en el acceso a los servicios de salud. Casi el 80% indicó haber hecho al menos una visita al centro de atención primaria en el último año. Este porcentaje fue significativamente más alto entre los encuestados afiliados al seguro social (84,1%) comparado con el seguro privado (69,6%) y el sistema público (69,5%).

Con base en su experiencia de acceso a los servicios en la atención primaria de salud, el 16,5% de todos los encuestados señaló no haber acudido a un examen, tratamiento o control por dificultades en la concertación de un turno, sin diferencia por régimen. No sucede lo mismo en la posibilidad de agendar cita por teléfono, correo o web, que es significativamente más fácil entre las personas con un seguro privado adicional

(el 92,5% puede agendar citas), seguido por los pacientes que están en el RC (86,1%) y finalmente los que están en el RS. De los entrevistados que respondieron sobre el uso de los servicios en horas no laborales (n=986, 68,6% de la muestra total), el 48,8% dijo que las dificultades en conseguir atención médica por la noche, fines de semana, o feriados no hizo posible el acceso a atención sin tener que ir a la sala de emergencias. En cuanto al tiempo de espera para acceder a un médico o enfermera la última vez que lo necesitaron, el 30,4% lo logró el mismo día o el siguiente, mientras que el 19,8% esperó más de dos semanas o nunca obtuvo atención.

Experiencia con la utilización de APS

La Tabla 4.5 a continuación presenta los resultados de la experiencia de los usuarios con los servicios en la atención primaria de salud. La muestra poblacional para las preguntas de experiencia en la atención primaria se compone de quienes informan contar con un centro o un médico regular, para que puedan evaluar el conjunto de las atenciones recibidas y no cada atención individualizada. Las medidas de experiencia con la utilización de la atención primaria fueron divididas en tres dimensiones: primero, la alineación con un modelo de APS centrada en el paciente; luego, la percepción acerca de la calidad de atención; y, finalmente, el enfoque de la prestación de los servicios centrados en el paciente.

Sobre la disponibilidad de atención primaria centrada en el paciente, de todos los encuestados, un poco menos de la tercera parte indicó tener un médico y/o

¹¹ Los datos financieros fueron informados por los entrevistados en pesos colombianos corrientes de 2013 y convertidos a dólares estadounidenses ajustados por paridad del poder adquisitivo (dólares internacionales), con el objetivo de posibilitar la comparabilidad entre los países.

Tabla 4.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Colombia.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) (%) | SEGURO SOCIAL (RC) (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|----------------------|------------------------|-------------|-----------|
| Barreras organizacionales | | | | |
| Hizo al menos una visita al centro de atención primaria en el último año | 69,5 ^a | 84,1 ^b | 69,6 | 79,4 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita | 19,7 | 16,0 | 15,1 | 16,5 |
| Se puede agendar cita con la clínica de AP por teléfono, correo o web | 68,1 ^{a, b} | 86,1 ^b | 92,5 | 83,7 |
| La dificultad para conseguir atención médica por las noches, fines de semana, o feriados no hace posible el acceso a atención sin tener que acudir a un servicio de emergencias | 49,5 | 49,8 | 41,4 | 48,8 |
| Tiempo para acceder a atención provista por un médico o personal de enfermería | | | | |
| Mismo día o al siguiente | 34,5 | 28,6 | 36,6 | 30,3 |
| > 2 semanas o nunca | 22,8 | 19,0 | 21,9 | 19,8 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

un servicio de salud al que acude en forma habitual. Aproximadamente la mitad de la muestra (49,6%) señaló que la comunicación telefónica con la clínica de atención primaria era muy fácil o algo fácil. Entre los encuestados que contaban con un médico de atención primaria (MAP), el 74,0% del total dijo que el mismo conoce información importante sobre la historia clínica, y menos de la mitad de las personas informó que el

MAP coordinó la atención. Los resultados que combinan esas cuatro últimas variables, y que son un proxy para la disponibilidad de APS centrada en el paciente, son bastante bajos en todos los subsectores, pero especialmente en el RS: apenas el 3,4% de los pertenecientes al RS, el 8,6% de los que están en el RC y el 10,1% de los que poseen seguro privado contestaron afirmativamente a las cuatro dimensiones.

Tabla 4.5. Experiencia con la atención primaria en Colombia.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) (%) | SEGURO SOCIAL (RC) (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|------------------|------------------------|-------------|-----------|
| APS centrada en el paciente | | | | |
| Tiene un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente | 27,1 | 33,5 | 30,3 | 31,8 |
| Comunicación con la clínica de AP durante el día es fácil | 52,6 | 47,0 | 61,5 | 49,6 |
| El médico de AP (MAP) conoce información importante sobre la historia clínica del paciente | 69,0 | 74,8 | 76,7 | 74,0 |
| El MAP ayuda a coordinar la atención | 39,0 | 43,5 | 59,0 | 44,7 |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 3,4 | 8,6 | 10,1 | 7,5 |
| Experiencia del paciente | | | | |
| El MAP permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado | 77,5 | 73,2 | 83,4 | 75,4 |
| El MAP pasa suficiente tiempo con el paciente | 75,1 | 69,6 ^a | 86,1 | 72,3 |
| El MAP explica la situación en una forma fácil de entender | 77,5 | 78,5 | 83,5 | 78,6 |
| El MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud | 72,0 | 69,5 | 83,0 | 71,6 |
| El MAP revisó los medicamentos | 41,0 | 39,2 | 50,8 | 41,1 |
| El MAP explicó los potenciales efectos secundarios de los medicamentos | 41,6 | 36,6 | 57,5 | 39,6 |
| Percepción de calidad | | | | |
| Percepción de muy buena calidad acerca de la atención en el primer nivel | 24,0 | 26,7 | 38,0 | 27,8 |
| Tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado | 19,2 | 20,5 | 13,2 | 19,5 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Acerca de la experiencia del paciente, el 75,4% aseguró que el MAP les permite hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado, mientras que el 72,3% indicó que pasa suficiente tiempo con el paciente y el 78,6% percibió que explica la situación en una forma fácil de entender. En cuanto a si el MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud, el 71,6% respondió afirmativamente. Entre los pacientes que señalaron tomar por lo menos un medicamento recetado o formulado (n=390), cerca del 41,1% mencionó que el MAP revisó los medicamentos, incluyendo los recetados por otros médicos. Asimismo, alrededor del 39,6% indicó que se les explicaron los potenciales efectos secundarios.

En general, el 27,8% de la muestra percibió que la calidad de la atención primaria es buena, no existiendo una diferencia significativa entre los pertenecientes a los diferentes regímenes. Un 19,5% de los encuestados declaró haber tenido un problema médico para el que tardó mucho tiempo en conseguir el diagnóstico adecuado, también sin diferencia significativa entre los regímenes.

La Tabla 4.6 presenta los resultados de prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas. Con respecto a si el MAP envió un recordatorio para la cita preventiva, el 27,9% del total de encuestados respondió afirmativamente, sin diferencia significativa entre regímenes. El 23,6% de los encuestados indicó que el MAP habló acerca de temas relacionados a estilos de vida saludables como alimentación, actividad física y factores de estrés. Por otra parte, del total de encuestados, cerca del 70% afirmó haber tenido una cita preventiva en los últimos dos años, con desventaja para los que están en el RS (58,6%) en comparación con los usuarios del RS (70,9%) y con los que poseen seguro privado (72,8%).

Una medida importante de la calidad de los servicios de atención primaria es el grado de cumplimiento con normas preventivas. Debido al crecimiento de la carga de enfermedades crónicas en la región, las medidas de prevención de estas enfermedades son particularmente significativas. La encuesta preguntó a todos sobre la medición de la presión arterial y el colesterol, a todas las mujeres sobre el tamizaje de citología cérvico-vaginal y a las mujeres de más de 40 años sobre la realización de mamografías. El porcentaje de hombres que informó una medición de la presión arterial en el último año fue del 59,1%. En cuanto a la realización de una prueba de colesterol durante los últimos cinco años, cerca del 55,6% de los hombres respondió afirmativamente. Aunque no haya diferencias significativas por tipo de afiliación para la realización de cada una de las pruebas diagnósticas por separado, cuando se combinan las dos se observa que el porcentaje de hombres que están al día con las dos pruebas es significativamente inferior entre los que pertenecen al RS (33,6%) frente a los titulares de un seguro privado (43,8%). Entre las mujeres los niveles promedio de cobertura de exámenes básicos son similares a los hombres —con un total de 38,4%—, sin diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes regímenes.

El porcentaje de mujeres encuestadas que informó tamizaje para cáncer cérvico-uterino con Papanicolaou en los últimos tres años fue del 87%, pero hubo diferencias significativas entre aquellos pertenecientes al RS (76%) frente a los afiliados al RC (89%) y a un seguro privado (98,5%). La muestra para la mamografía estuvo restringida a las mujeres con más de 40 años al momento de la entrevista. Así, en cuanto a la realización de una mamografía, el 59% de las mujeres encuestadas indicó haberse

Tabla 4.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Colombia.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) (%) | SEGURO SOCIAL (RC) (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|------------------------|-------------|-----------|
| Prevención | | | | |
| El MAP envió recordatorio para cita preventiva (check-up) | 25,9 | 27,3 | 34,6 | 27,9 |
| El MAP habló sobre estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, factores de estrés) | 20,0 | 23,9 | 28,5 | 23,6 |
| Tuvo una cita preventiva en los últimos dos años | 58,6 ^a | 70,9 | 72,8 | 68,5 |
| Exámenes de detección oportuna en mujeres | | | | |
| Mujeres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 60,2 | 58,5 ^b | 78,2 | 60,5 |
| Mujeres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 51,9 | 52,3 | 66,2 | 53,1 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para mujeres (presión arterial y control de colesterol) | 39,0 | 36,7 | 54,1 | 38,4 |
| Mujeres que se realizaron un examen citológico-cervical en los últimos tres años | 76,0 ^b | 89,0 | 98,5 | 87,0 |
| Mujeres mayores de 40 años que se realizaron mamografía en los últimos tres años | 60,2 | 58,1 | 60,0 | 59,0 |
| Exámenes de detección oportuna para mujeres mayores de 40 años (presión arterial, control de colesterol, examen citológico-cervical y mamografía) | 30,6 | 27,7 | 46,0 | 30,1 |
| Exámenes de detección oportuna en hombres | | | | |
| Hombres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 53,1 | 58,5 | 69,7 | 59,1 |
| Hombres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 56,0 | 55,5 | 54,0 | 55,6 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para hombres en el último año (presión arterial y control de colesterol) | 33,6 ^b | 38,2 | 43,8 | 38,2 |
| Manejo de enfermedades crónicas | | | | |
| Tiene enfermedad crónica, confía en que puede manejar sus problemas de salud | 68,2 | 80,7 | 85,2 | 79,1 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. Prevalencias de las variables de prevención y manejo de enfermedades crónicas también ajustadas por sexo.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

realizado una en los últimos tres años, sin diferencias significativas entre regímenes. Combinados los resultados de las cuatro pruebas diagnósticas en mujeres de más de 40 años, un 30,1% de las colombianas adultas declaró estar al día.

Acceso y coordinación de la atención especializada, los hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria

Para complementar la capacidad resolutive de la atención primaria, es imprescindible contar con una red de apoyo de atención especializada que resuelva los problemas más complejos idealmente de forma coordinada, con protocolos definidos e intercambio de información. La Tabla 4.7 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de atención especializada, y la experiencia de los usuarios con la referencia y contrarreferencia entre la atención primaria y especializada. Cerca del 42% (n=656) de los encuestados señaló haber consultado a un especialista en los últimos dos años. Este porcentaje fue significativamente más bajo entre los afiliados al RS (33,1%), seguido del 42,7% de los pertenecientes al RC y el 51,5% de los afiliados al seguro privado. El tiempo de espera para ver a un especialista según la mitad de los encuestados fue de dos a ocho semanas, sin diferencia significativa por tipo de régimen.

Dentro de los mecanismos para acceder al especialista, la mayoría (77,6%) indicó referencia al especialista por parte del

MAP. De los encuestados que pertenecen al RS, 24% dijo que el especialista tenía información médica básica del MAP sobre los motivos de la consulta o resultados de exámenes, lo que contrasta con el 47,6% y 51,8% de los encuestados afiliados al RC y a un seguro privado, respectivamente. Aproximadamente la mitad de los entrevistados en los regímenes indicó que el MAP no fue informado tras la consulta con el especialista.

La Tabla 4.8 presenta los resultados de acceso y calidad de los servicios de hospitalización y emergencias. Un reducido número de los encuestados (n=215 o 13,5%) requirió hospitalizarse en los últimos dos años, sin diferencia significativa por tipo de afiliación. De estos, el 18,0% indica haber sido readmitido tras haber sido dado de alta, o que debió acudir a una sala de emergencia: el porcentaje fue significativamente menor para los afiliados al régimen privado (0,6%) en comparación con aquellos pertenecientes al RS (19,0%) y al RC (24,4%). La gran mayoría de los encuestados —el 80,0%—, declaró que el personal del hospital le brindó información sobre la medicación recibida al darle de alta, así como información por escrito sobre autocuidados (81,1%). Un menor porcentaje, el 64,8%, indicó que el personal del hospital los ayudó a coordinar una consulta de seguimiento con su proveedor de salud.

Para todos los regímenes, el 46,2% de los entrevistados dijo haber acudido al departamento de emergencias en los últimos dos años, y más de la mitad considera que utilizó los servicios de emergencia para afecciones que se podrían haber tratado en el nivel primario. Solo el 14,9% señaló haber sido hospitalizado o referido a otra clínica.

Tabla 4.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Colombia

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) (%) | SEGURO SOCIAL (RC) (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|----------------------|------------------------|-------------|-----------|
| Acceso a la atención especializada | | | | |
| Consultó con un especialista en los últimos dos años | 33,1 ^b | 42,7 | 51,5 | 42,2 |
| Tiempo de espera para una consulta con el especialista | | | | |
| < 2 semanas | 32,3 | 20,3 ^b | 41,0 | 24,1 |
| Entre 2 y 8 semanas | 58,6 | 48,8 | 38,9 | 49,3 |
| > 8 semanas | 6,8 ^a | 25,5 | 16,2 | 18,9 |
| Coordinación entre APS y atención especializada | | | | |
| Es necesario pedir una referencia para atención especializada | 75,9 | 84,2 | 69,1 | 81,0 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico del lugar usual de atención | 74,8 | 83,7 ^b | 51,3 | 77,6 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico que no es del lugar usual de atención o por la sala de emergencias | 8,8 | 6,4 | 13,6 | 7,1 |
| El especialista tenía información médica básica del proveedor habitual de AP sobre el motivo de consulta del paciente o resultados de exámenes | 24,0 ^{a, b} | 47,6 | 51,8 | 44,2 |
| Tras la consulta con el especialista, el proveedor habitual de AP fue informado sobre las recomendaciones hechas por el especialista | 46,2 | 51,5 | 55,5 | 51,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Tabla 4.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Colombia.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (RS) (%) | SEGURO SOCIAL (RC) (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|------------------------|-------------|-----------|
| Hospitalización | | | | |
| Requirió hospitalización en los últimos dos años | 11,1 | 14,6 | 10,2 | 13,5 |
| Tras el alta, fue readmitido o tuvo que acudir al Servicio de Emergencias | 19,0 ^a | 24,4 ^a | 0,6 | 18,0 |
| El personal del hospital proporcionó información sobre la medicación al darle el alta | 67,2 ^a | 81,8 ^a | 100,0 | 80,0 |
| El personal del hospital ayudó a coordinar una consulta de seguimiento | 53,5 | 68,4 | 68,4 | 64,8 |
| El personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados | 70,3 | 85,0 | 72,7 | 81,1 |
| Departamento de emergencias | | | | |
| Usó el servicio de emergencias en los últimos dos años | 45,0 | 46,3 | 47,5 | 46,2 |
| Considera que utilizó el departamento de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario | 44,0 | 55,2 ^a | 33,9 | 50,3 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias fue hospitalizado o referido a otra clínica médica | 16,1 | 14,3 | 17,7 | 14,9 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias, recibió el alta | 82,1 | 84,0 | 80,7 | 83,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Discusión

El grado de satisfacción y confianza que los colombianos señalaron con respecto al sistema de salud no es alto y la gran mayoría considera necesario realizar un cambio. El periodo de la encuesta coincide con un momento de crisis operativa y gerencial en el sector salud, caracterizada por problemas de liquidez, que en muchos casos se reflejan en una deficiente atención a los usuarios, corrupción e ineficiencia en el uso de los recursos, además de una enorme presión jurídica y fiscal sobre el sistema (Fedesarrollo 2013). La influencia de los medios de comunicación como un factor que explica las percepciones sobre el sistema de salud ha sido demostrada en la literatura (Feo-Acevedo y Feo-Istúriz 2013), haciendo plausible estos resultados.

Asimismo, la percepción general sobre la calidad de atención primaria tampoco es favorable, especialmente en el sistema público y en el seguro social. Esto contrasta con que la mayoría de encuestados dan cuenta de que los indicadores de una adecuada calidad de la interacción con el MAP se cumplen en buena medida, a excepción del manejo de medicamentos. Esta discrepancia sugiere que es posible que los usuarios desconozcan la importancia o no valoren estos aspectos de la atención primaria como parte de su apreciación general. Por lo tanto, posiblemente se apunte a la necesidad de informar al usuario sobre estos aspectos con buenas campañas de comunicación, tanto a nivel nacional como en las EPS e IPS. Además, es posible que la opinión negativa que el usuario tiene sobre el sistema en general (como se demostró en la Tabla 4.2) incida en la percepción de calidad de la atención primaria.

En cuanto a barreras de acceso, los resultados corroboran que las políticas para la protección financiera han sido exitosas, tal como se ha documentado en la literatura internacional (Bonet-Morón 2015). Sin embargo, el hecho de que haya diferencias entre regímenes con respecto a la no realización de un examen médico, tratamiento o control debido al costo llama la atención y convoca a examinar aspectos de financiamiento de recursos que puedan estar fallando a la hora de prestar atención en el régimen subsidiado. El hecho de que exista una proporción de encuestados que se enfrenta a barreras de transporte podría indicar que la ubicación de la oferta en relación con las áreas de captación de la demanda es un aspecto que podría mejorarse.

Según esta encuesta, las barreras organizacionales son el principal impedimento para acceder a los servicios. Hay espacio para mejorar en cuanto a la oportunidad de las citas y contar con horarios compatibles con actividades cotidianas de los colombianos. En este sentido, podemos encontrarnos ante una manifestación de debilidades en los modelos de gestión de la APS en el país, señaladas por algunos autores (Giovannella et al. 2015). La encuesta indica que pueden haber mejoras en la comunicación con los prestadores y en la tecnología para ello (por ejemplo, disponibilidad de citas en línea) con el fin de incidir en la facilidad para la obtención de citas. También llaman la atención los problemas de articulación, ya que la proporción de encuestados que indica que el MAP coordina la atención es menor a la mitad, y es aún menor para los usuarios del seguro social. Esta falta de coordinación es un resultado que puede relacionarse con alto nivel de fragmentación dentro del sistema de salud en Colombia —que ya ha sido reconocido en las evaluaciones

del sistema— (Giovannella et al. 2015), con debilidades en los protocolos de referencia y contrarreferencia, así como con los procesos administrativos para autorizar procedimientos, remisiones y otros servicios (Rodríguez-Hernández 2015).

En general, el sistema de salud parece ser poco proactivo para implementar la prevención y promover hábitos de vida saludables. Según las metas establecidas en las guías de práctica clínica nacionales, las tasas de tamizaje para la presión arterial y el colesterol, así como las tasas de realización de mamografías para las mujeres pueden ser más altas (MSPS 2013; INC 2012). Ello amerita tomar medidas para facilitar el cumplimiento de los protocolos nacionales existentes por parte de los proveedores, y evaluar a fondo los problemas de acceso a estos servicios. Por otro lado, la tasa de realización de exámenes de citología cervical informada es superior a la de la toma de presión y colesterol —que son pruebas relativamente más sencillas—, lo que sugiere que los pasos que ha tomado el país relativos al control del cáncer cérvico-uterino están funcionando pero que hay oportunidades perdidas en el tamizaje para las demás enfermedades crónicas. Entre las personas que indican ya haber recibido diagnóstico de una enfermedad crónica, la mayoría confía en que puede manejar bien sus problemas de salud, lo que coincide con la buena percepción que se ha informado sobre la interacción con el MAP. Esto también podría reflejar la percepción que el paciente tiene acerca de poder acceder a servicios de salud y recibir instrucciones.

Es un buen indicio que una alta proporción de la población haya consultado a un médico de atención primaria en el último año, aunque fue menor en el caso de los afiliados al seguro público. Este mismo grupo también registró menores cifras

de acceso a consulta especializada en los últimos dos años. Parece plausible que las cifras más bajas para los encuestados del régimen subsidiado sean secundarias a que este grupo es en promedio más joven y tiene menos enfermedades crónicas. De igual manera, existen otros factores que podrían estar implicados, como barreras económicas para asistir a consultas de control (ver Tabla 4.3), o un menor nivel educativo que a su vez lleve a buscar menos consultas preventivas (como se expone en la Tabla 4.6). Además, no sorprende que el número de consultas sea más alto para los afiliados a un seguro privado complementario, ya que incluso acceder a estos servicios puede ser una motivación para pagar por este beneficio.

Con respecto a la obtención de citas médicas, los largos tiempos para acceder a una consulta especializada sugieren falta de oferta y/o fallas en el proceso de referencia. Los resultados a nivel de hospital insinúan, como se ha discutido anteriormente, que hay aspectos para mejorar en el seguimiento, coordinación y articulación del alta hospitalaria, como el hecho de que exista una proporción de pacientes para la cual el hospital no organizó una consulta de seguimiento.

Un hallazgo preocupante es que casi la mitad de la población dice haber usado el departamento de emergencias en los últimos dos años. Para comparar, en el Estudio de Evaluación de los Servicios de las EPS por parte de los usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado, llevado a cabo en el año 2014, se encontró que el 27% de la población había recurrido al servicio de emergencias en los últimos seis meses (Infométrika 2014). Así, la tasa encontrada está por encima de muchos de los países de la OCDE investigados a través de la Encuesta Commonwealth (Osborn 2011), así

como por encima de los otros países de ALC que participaron en este estudio. Tomando en cuenta el porcentaje de usuarios que debieron esperar más de los tres días reglamentarios para acceder a una consulta de atención primaria (DAFP 2012), considerando las dificultades de coordinación si el problema requiere servicios especializados, tiene sentido que los usuarios en Colombia recurran a los servicios de emergencia como una opción más conveniente para ellos, aunque sea a expensas de la eficiencia del sistema de salud.

Para validar los resultados de esta encuesta en el contexto colombiano, encontramos la limitante de que los estudios acerca del desempeño del sistema de salud en el país —particularmente desde la perspectiva de los usuarios— son escasos y han sido realizados con metodologías diferentes. No obstante, nuestros hallazgos por lo general coinciden con la dirección de las valoraciones (positiva/negativa) de algunas dimensiones similares que han sido medidas por otras investigaciones, como se describe a continuación. Por ejemplo, La Defensoría del Pueblo realizó encuestas a usuarios de EPS en 2009-2010 (Defensoría 2010). Se solicitó a los encuestados calificar diferentes aspectos de la atención entre 0 y 100, incluyendo la facilidad de acceso a los servicios de salud y la oportunidad de la atención prestada. En 2009, la accesibilidad recibió una calificación de 74 puntos en promedio, y de esa dimensión los ítems con calificaciones insatisfactorias fueron los relacionados a información sobre la red de prestadores, los servicios a los que tienen derecho y la invitación a programas de promoción y prevención. La oportunidad recibió una calificación del 80%, en la que los usuarios en promedio señalaron demorar cinco días en recibir atención en medicina general. Los resultados de esta encuesta también reflejaron

el uso de emergencias como una puerta de entrada a los servicios de salud, además de percepciones de falta de coordinación entre las EPS y las clínicas.

Otros indicadores sobre la perspectiva de los usuarios de EPS e IPS entre el periodo 2013-2014 están publicados en el Informe Nacional de la Calidad en Salud (MSPS 2014). Se basan en una encuesta nacional realizada por el MSPS a personas que han usado los servicios de salud en los seis meses anteriores a la encuesta. En el caso de los usuarios de EPS, el 70% calificó su experiencia global con los servicios recibidos como muy buena o buena. La calidad del trato asistencial también fue evaluada favorablemente por los usuarios, con un 85% considerándolo como muy bueno o bueno. Es de resaltar que el nivel de satisfacción de los usuarios en dicha encuesta se refiere a la calificación de la EPS/IPS, no al sistema.

Finalmente, existe información a partir de las Encuestas de Percepción Ciudadana que, entre otros temas, indagan periódicamente acerca de la opinión de los ciudadanos sobre temas de salud. Este es el caso de la encuesta “Cómo vamos”, realizada en 2012 y llevada a cabo en diez ciudades del país, con una muestra que por ciudad fue de alrededor de 1.150 hombres y mujeres mayores de 18 años (Reina 2014). En la misma se encontró que más del 95% de la población que requirió atención médica efectivamente la recibió, que el tiempo promedio de espera para las citas es de uno a cinco días, y que el 56,3% de las personas se sienten satisfechas con la atención recibida. Sin embargo, al evaluar la evolución de estos indicadores en los últimos cinco años, se observó un incremento en la percepción del tiempo de espera para una cita, así como una reducción en el porcentaje de personas satisfechas con el

servicio de salud, con algunas diferencias en la evolución de la complacencia entre estratos socioeconómicos. En cuanto a barreras de acceso, entre los años 2008 y 2012 se denota un incremento en la importancia de las barreras del lado de la oferta (atribuidas al funcionamiento del servicio de salud). En cifras, en las ciudades estudiadas, el 73,5% de las razones que explicaron la no utilización del servicio médico en 2008 estaban relacionadas con barreras del lado de la demanda, cifra que se redujo al 61,2% en 2012. Por otro lado, el porcentaje que corresponde a las barreras del lado de la oferta ascendió del 22,6% al 35,9%.

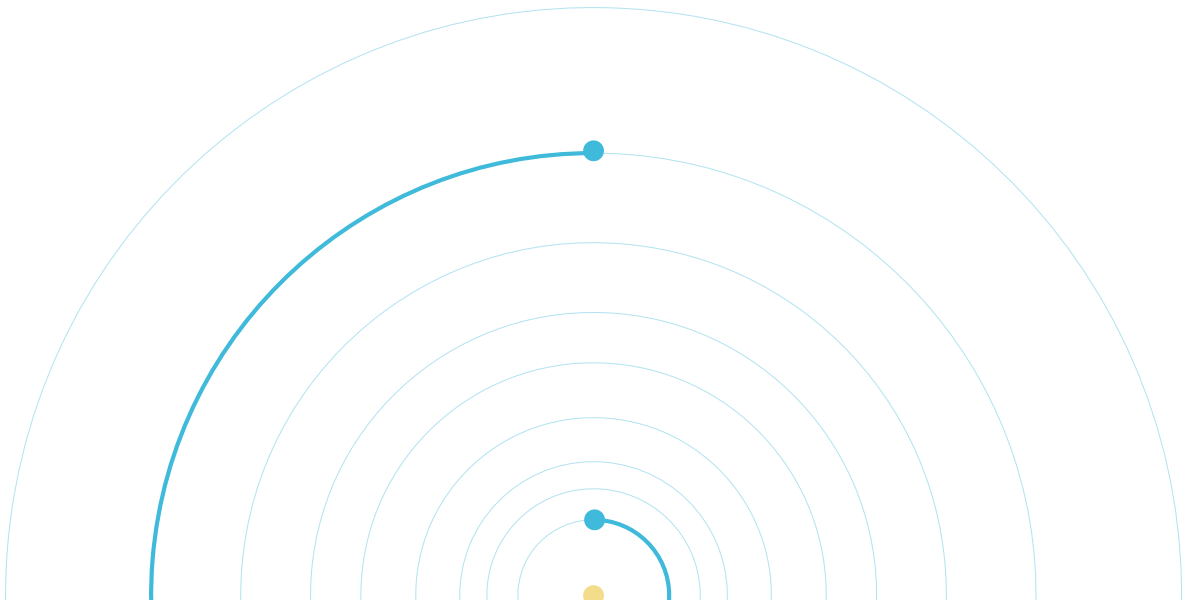
Conclusiones

A pesar de los importantes logros del SGSSS en los últimos 20 años en cuanto a afiliación –particularmente entre las poblaciones de bajos recursos–, existen indicios de que el acceso efectivo, la capacidad resolutoria de los servicios y la calidad de la atención no ha evolucionado a la par de los requerimientos para llegar a la cobertura universal (MSPS 2016b). Al momento de la concepción del modelo de atención, la expectativa era que las EPS contaran con incentivos económicos para organizar la prestación en redes de servicios con diferentes niveles de atención y con atención primaria como puerta de entrada, promoviendo y manteniendo la salud a lo largo de un continuo de atención (Londoño 1997). Sin embargo, a lo largo de la reforma no se han generado verdaderos incentivos para el desarrollo de un modelo de esta naturaleza, siendo obstáculos para ello la fragmentación de la oferta, la permanencia de orientación hacia la atención curativa, limitada resolutoria y capacidad para vigilar y hacer cumplir

el marco regulatorio (Giovannella et al. 2015). Desde 2011, el gobierno nacional ha adelantado iniciativas de reforma para dar protagonismo al papel de la atención primaria, siendo ejemplos de ello la Ley 1438 de 2011 y la expedición de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) en 2016 (MSPS 2016b).

Los resultados de la presente encuesta son particularmente relevantes para el contexto colombiano actual, en la medida que captan los elementos fundamentales de la experiencia del paciente con la atención primaria y su relación con los siguientes niveles de atención (Macinko et al. 2016). Además, su enfoque en la medición de la calidad de atención no solo se basa en los resultados sino también en los procesos de atención. Contar con la perspectiva de la población provee información sobre potenciales áreas de mejora, que deben estar presentes al momento de planificar la implementación de las reformas del modelo de atención.

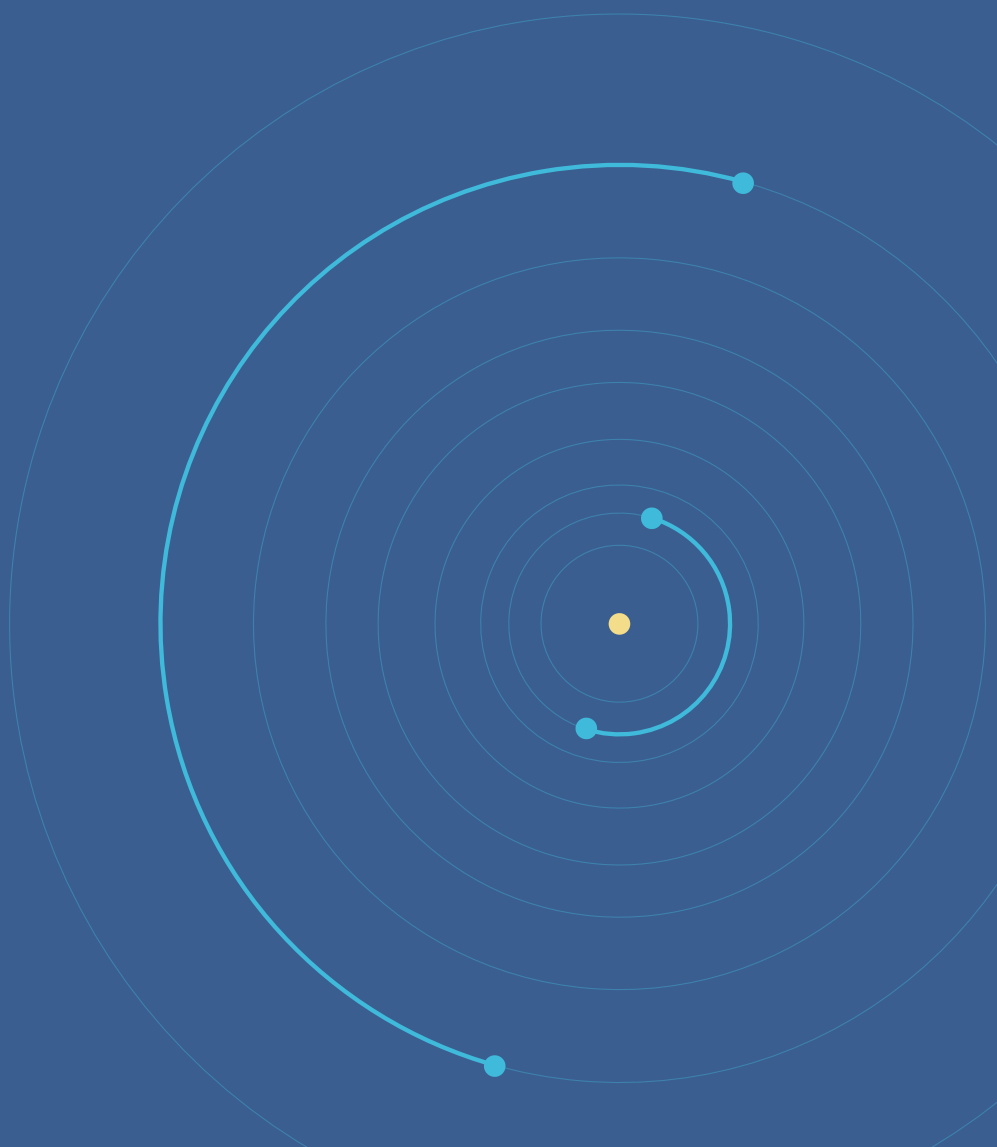
Se destacan dos áreas de acción. Primero, es importante que el país siga trabajando para cerrar las brechas de coordinación en el sistema de salud y que tome medidas para asegurar que la calidad de la atención de salud sea realmente alta, tanto para los usuarios del régimen subsidiado como para los del régimen contributivo (Vargas et al. 2017). La información del Observatorio Nacional de Calidad es un insumo útil en la definición de intervenciones para mejorar la calidad (MSPS 2016c). En segundo lugar, la definición e implementación a escala nacional de un modelo de atención primaria más claro, con metas e indicadores de desempeño, parece ser un buen punto de partida para iniciar tal esfuerzo en políticas de salud. Este primer paso se ha dado con la expedición del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).



La experiencia con la atención primaria de salud en El Salvador

5

Luis Tejerina,
Maria Deni Sánchez y
Milagros Anaya





Perfil epidemiológico y características del sistema de salud en El Salvador

En 2015, El Salvador registró un PIB per cápita de US\$ 4.219, lo cual lo coloca por debajo del promedio de la región en términos de nivel de ingresos, mientras que el crecimiento promedio anual fue del 2,0% en los últimos cinco años (BM 2017). Los niveles de pobreza y desigualdad se han reducido de manera sostenida en los 20 años a partir del final de la guerra civil que finalizó en 1992, y en 2014 alrededor del 3% de la población tenía un ingreso diario inferior a US\$3,1, ajustados por paridad de poder adquisitivo. Para ese mismo año, el gasto total en salud en El Salvador fue del 6,8% del PIB, alrededor de US\$ 280 por persona, mientras que el gasto gubernamental en salud fue del 4,5%, aproximadamente US\$ 185 por persona (OMS 2017). El 66% del gasto total en salud fue público y el 34% fue privado, siendo que el gasto de bolsillo corresponde al 28,9% del gasto total.

Como la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe, y como en todos los demás países incluidos en el presente estudio, El Salvador se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. En los últimos 14 años, la esperanza de vida al nacer se incrementó cuatro años, y según los indicadores del año 2014, mujeres y hombres salvadoreños pueden esperar vivir 77,4 y 68,3 años, respectivamente (BM 2017). A su

vez, la proporción de adultos mayores de 65 años aumenta a una velocidad superior al crecimiento de la población total. En El Salvador, se espera que este grupo etario se incremente del 5% en el año 2000 al 15,5% en el año 2050, posicionando a El Salvador como un país con más de 1,6 millones de adultos mayores.

De acuerdo con datos del IHME, para el año 2015 la carga de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, se atribuye en un 64,9% a enfermedades crónicas no transmisibles, en un 21,7% a lesiones y en un 13,4% al grupo de enfermedades infecciosas y materno-infantiles (IHME 2015). La carga por ECNT y lesiones presenta una tendencia al aumento, desplazando a las enfermedades infecciosas y materno-infantiles. En la composición de las ECNT predominan las enfermedades cardiovasculares (10,1% del total de AVAD), trastornos mentales y consumo de sustancias (9,8%), diferentes tipos de cáncer (7,3%), otras enfermedades no transmisibles (9,7%) y diabetes, enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas (11,0%). Entre los principales factores de riesgo para las ECNT se destacan la presión arterial sistólica alta (14,5% del total de riesgo atribuible a los AVAD), alto índice de masa corporal (12,4%), elevada glucosa en plasma en ayunas (13,1%), función renal deteriorada (9,5%) y el consumo de alcohol (6,0%).

El aumento en la prevalencia de las afecciones crónicas presenta un reto para el funcionamiento de los servicios de salud. Para lidiar con este nuevo perfil de enfermedad se requiere un aumento en las capacidades resolutorias de los servicios del primer nivel de atención, junto con la gestión de redes de servicios complejas e integradas, un esfuerzo que el gobierno viene emprendiendo en los últimos años

(Asamblea Legislativa de El Salvador 2007). Sin embargo, a la fecha hay pocas fuentes de información acerca del desempeño de los servicios de salud en el país, particularmente desde la perspectiva de sus usuarios.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se creó a través de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud de 2007, en la cual se nombra al Ministerio de Salud (MINSAL) como la entidad rectora del sistema y se definen las instituciones que formarán parte (Asamblea Legislativa de El Salvador 2007). El sistema de salud de El Salvador está compuesto por el subsistema público y el privado.

El subsistema público fue denominado “Sistema Nacional de Salud” en la Ley de la Creación del Sistema Nacional de Salud, y sus principales componentes son: (1) el Ministerio de Salud, que es responsable de la atención de la población que no está cubierta por las instituciones de la seguridad social o regímenes especiales —aproximadamente el 73% de la población total, unos 4,5 millones de personas—; y (2) el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), que cubre al 24% de la población, siendo ésta trabajadores del sector público y el privado con empleo formal, sus conyugues e hijos menores de 12 años, y pensionados del ISSS. La principal fuente de financiamiento del ISSS son los impuestos sobre la nómina de los trabajadores formales, repartido entre empleadores y empleados hasta un límite predefinido (Acosta et al. 2011). Las prestaciones del MINSAL son financiadas por recursos del estado, originados por impuestos generales (Acosta et al. 2011). Otro 1,7% de la población está cubierto por el Bienestar Magisterial y el Comando de Sanidad Militar, que son programas con una población meta claramente definida

(maestros y militares, respectivamente, junto con sus familias). El Fondo Solidario para la Salud ofrece servicios de salud enmarcados principalmente en programas asociados al manejo y prevención del tabaquismo y las adicciones, a la atención de emergencias y desastres, pero también viene brindando cobertura de salud a la población en general en los puntos de atención del MINSAL durante los horarios adicionales (nocturnos, festivos, etc.) con su propio recurso humano y despacho de farmacia, entre otros (Acosta et al. 2011). Cada una de las instituciones del sistema organiza la prestación de servicios con su propia red o mediante la compra de servicios.

En 2009, El Salvador inició un proceso de reforma del sector salud con el objetivo principal de alcanzar la cobertura universal (Rodríguez 2010). El modelo de atención existente antes de la reforma de salud estaba basado en una combinación de la contratación de organizaciones no gubernamentales (ONG) y personal institucional para la entrega de un paquete básico de servicios de salud preventiva, nutrición y planificación familiar. La reforma de 2009 se dirige hacia la implementación de un modelo de atención con enfoque de salud familiar, teniendo como ejes centrales la prevención, la promoción de la salud y la provisión de servicios a través de Equipos Comunitarios de Salud Familiar. Otros elementos de la reforma incluyen la introducción de la gratuidad de servicios en todas las instalaciones públicas.

En su concepción, la prestación de servicios del MINSAL se organiza acorde al modelo de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) y dispone de una visión clara acerca del papel de la atención primaria de salud, que debe ser resolutiva y servir como puerta de entrada

para el resto de la red. El modelo define el primer nivel de atención como el punto de entrada al sistema y que su continuidad se brindará a través de un sistema de referencia y retorno. Para lograrlo se ha establecido el Modelo de Atención Integral en Salud, que utiliza Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS-F) compuestos por personal de medicina, enfermería, auxiliar de enfermería y promotores de salud para acercar los servicios de salud a la comunidad y Equipos Comunitarios de Salud Especializados (ECOS-E)¹² (Rodríguez 2009). Cada ECOS atiende a un promedio de 600 familias en el área rural y 1.800 en el área urbana, y parte de la elaboración de un mapa y de un perfil de salud de cada familia atendida. De acuerdo con los lineamientos de los ECOS, el médico y la enfermera deben brindar atención de consulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) básica tres días a la semana y realizar visitas a domicilio los dos días restantes, siempre garantizando la presencia del médico o la enfermera en la Unidad. En las pautas de los ECOS se establece un plan de seguimiento para individuos según su edad y perfil de riesgo, tomando en cuenta condiciones específicas como el embarazo o padecimiento de enfermedades crónicas, el entorno físico de la vivienda y el acceso a servicios. Los ECOS especializados atienden a un promedio de 6.000 familias en áreas rurales y 8.000 familias en áreas urbanas. A su vez, los ECOS son ligados a las ya mencionadas Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

12 El personal de los ECOS-E está compuesto por un pediatra, un ginecólogo obstetra, un internista, una enfermera, un auxiliar de enfermería, tres dentistas, un fisioterapeuta, dos técnicos de laboratorio, un educador en salud, un auxiliar de estadística y un motorista.

Si bien esto está organizado con base en un sólido modelo conceptual de redes integradas y de atención primaria, a la fecha no hay estudios empíricos en El Salvador que capten los elementos fundamentales de la atención primaria y su relación con los siguientes niveles de atención más allá de los sistemas administrativos. Por lo tanto, los resultados de la aplicación de una variación de la Encuesta Commonwealth en el país ofrecen una primera mirada para caracterizar el sistema de salud del país en función de los esfuerzos llevados a cabo desde la reforma de 2009.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos acerca de las percepciones generales de los usuarios del sistema de salud en El Salvador, el acceso financiero y físico a los servicios de salud, las percepciones sobre la calidad de la atención primaria, y datos sobre la atención especializada, además de los resultados relativos a la utilización de los servicios de emergencia y servicios hospitalarios. Discutimos qué significan estos datos en el contexto de El Salvador, y qué nos pueden señalar sobre las brechas que existen en el sistema de salud y las inequidades entre los principales subsistemas: (a) el seguro social ISSS, financiado por impuestos sobre la nómina de trabajadores formales; (b) el seguro público a través del MINSAL, cuyas prestaciones son financiadas predominantemente por impuestos generales e incluyen a las personas más pobres y a los trabajadores informales; y (c) los que deciden adquirir un seguro privado complementario, independientemente de su afiliación a uno de los dos subsistemas gubernamentales. Para facilitar la lectura y la comparabilidad entre los seis países incluidos en la versión 2013 de la encuesta en ALC, en el presente capítulo se utiliza el término “Seguro Social” para aquellos que están afiliados al ISSS, “Público” en

referencia a los que no cuentan con seguro social o seguros privados, y “Privado” en alusión a aquellos que han suscrito un plan privado, adicional al seguro social o no.

Características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud

La muestra incluye 1.463 entrevistados con datos válidos, que fueron contactados por teléfono fijo y celular en el año 2013. Para tener una mejor aproximación de la representatividad nacional, se aplicaron pesos muestrales durante el análisis de los datos con el fin de reflejar una cifra cercana a la población adulta del país¹³. La Tabla 5.1 a continuación presenta las características generales de la población objeto del estudio.

El porcentaje ponderado con la cobertura pública es del 43,1%, con seguro social del 46,7%, y con seguro privado del 10,2%. En total, el 46,2% de la muestra pertenece al sexo masculino. Los usuarios del sistema de seguridad social son en promedio un poco mayores que los de los otros regímenes: 54,8% para los mayores de 35 años frente al 46,6% y 37,6% para la cobertura pública y privada, respectivamente. La proporción de entrevistados con un nivel de educación de escuela primaria o menor es del 42,8% de la muestra total, siendo significativamente mayor para los afiliados al sistema público (51,3%) en comparación con los afiliados al seguro social (36,7%) y al privado (35,8%). El porcentaje de

13 Para más detalles acerca del diseño metodológico, ver Capítulo 2.

entrevistados con al menos una enfermedad crónica es del 30,2%, y es similar para las tres categorías de cobertura. Sin embargo, los usuarios del sistema público

indican con más frecuencia tener una baja percepción subjetiva del estado de salud (el 22,6%) frente al 18,8% del total de entrevistados.

Tabla 5.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en El Salvador¹⁴.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO | SEGURO SOCIAL | PRIVADO | TOTAL |
|---|----------------------|-------------------|---------|-------|
| Número de entrevistados (n) | 628 | 684 | 148 | 1.460 |
| Ponderación (%) | 43,1 | 46,7 | 10,2 | 100,0 |
| Sexo (%) | | | | |
| Mujeres | 58,7 ^a | 49,0 | 55,0 | 53,8 |
| Edad (%) | | | | |
| 18-25 | 31,2 ^a | 19,9 ^b | 37,1 | 26,6 |
| 26-35 | 22,2 | 25,3 | 25,4 | 24,0 |
| 36-45 | 16,6 | 20,2 | 16,7 | 18,3 |
| 46-59 | 17,8 | 17,5 | 13,1 | 17,2 |
| 60+ | 12,2 ^a | 17,0 ^b | 7,8 | 14,0 |
| Educación (%) | | | | |
| Primaria | 51,3 ^{a, b} | 36,7 | 35,8 | 42,8 |
| Secundaria | 31,7 | 32,3 | 34,8 | 32,3 |
| Universitaria | 17,0 ^{a, b} | 31,0 | 29,4 | 24,9 |
| Estado de salud (%) | | | | |
| Al menos una enfermedad crónica | 31,1 | 29,4 | 30,6 | 30,2 |
| Dos o más enfermedades crónicas | 15,8 | 14,5 | 16,0 | 15,2 |
| Baja percepción subjetiva del estado de salud | 22,6 ^a | 16,3 ^b | 14,3 | 18,8 |

Notas:

- a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).
- b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

14 Todos los resultados presentados en las tablas, excepto el número de entrevistados, utilizan los pesos muestrales para representatividad de la población nacional.

La Tabla 5.2 a continuación presenta las percepciones de la población acerca del sistema de salud. Solo el 9,8% de los entrevistados cree que el sistema funciona bien y que tan solo hacen falta cambios menores. La mayoría de la muestra, el 52,5%, dice que el sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero que hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor. Una proporción sustancial de la muestra, el 35%, cree que hay tantos problemas en el sistema de salud que hay que reconstruirlo completamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre los regímenes de cobertura. Por lo tanto, era de esperarse que la confianza

en recibir el tratamiento más efectivo —incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico— tampoco sea muy alta, con un 56,2%.

Barreras de acceso a los servicios

La confianza en poder pagar el tratamiento es baja, solo el 38,7% de los encuestados señala tenerla. Considerando que el sistema público provee servicios gratuitos a la población necesitada, la baja confianza en poder pagar sugiere que pueden existir

Tabla 5.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en El Salvador.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Percepciones | | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 7,4 | 12,0 | 11,0 | 9,8 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 50,9 | 50,7 | 59,0 | 52,5 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 39,8 | 35,1 | 28,0 | 35,0 |
| Confianza | | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 52,1 | 59,7 | 56,4 | 56,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos para las variables señaladas en la tabla.

gastos indirectos que generen una barrera al acceso a servicios o falta de educación para que la población conozca el funcionamiento de los servicios públicos.

Teniendo en cuenta la alta tasa de entrevistados que no tiene confianza en poder pagar el tratamiento necesario, es de esperarse que también se informe una gran presencia de barreras financieras. El 27,3% de los encuestados dice haber tenido problemas médicos, pero que no acudió al médico debido al costo. El 24,4% de la muestra indica haberse saltado un examen médico, tratamiento o control debido al costo, en este caso sin diferencia marcada por tipo de cobertura. La gran mayoría, el 78,2%, dice haber incurrido en gastos de bolsillo, también sin diferencias por tipo de afiliación. De todos los encuestados, el 21,3% tuvo problemas serios para pagar los gastos de bolsillo¹⁵, el 46,0% señaló que fueron superiores a los US\$ 200, mientras que para el 27,7% de los encuestados superaron los US\$ 500, con alguna diferencia significativa entre los regímenes (31,3% sistema público, 20,8% seguridad social y 40,2% seguro privado)¹⁶. Un 15,4% de la muestra informa no haber consultado a un

médico debido a dificultades con el transporte. La Tabla 5.3 a continuación presenta los resultados de las entrevistas acerca de barreras financieras y de transporte para acceder a los servicios de salud.

Las cuestiones organizacionales representan una barrera de acceso a la APS bastante importante en El Salvador, especialmente para los usuarios del sistema público. El 67,0% de los entrevistados con seguro social dice haber realizado al menos una visita al centro de atención primaria en el último año, frente al valor significativamente inferior del 62,0% para los del grupo público y del 62,8% para los que poseen un seguro privado. El 21,1% de la muestra dice haberse saltado un examen médico, tratamiento o control por dificultades en la concertación de un turno. Un 36,8% indica haber esperado más de dos semanas o que nunca logró acceder a un médico o una enfermera, sin diferencias significativas entre los regímenes. El acceso a la concertación de citas por teléfono, correo o web es bajo en todos los grupos, especialmente entre los usuarios del seguro público (20,2%) y del seguro social (20,8%). El 75,2% de los encuestados informa que las dificultades para conseguir atención médica por las noches, fines de semana, o feriados no hace posible acceder a atención sin tener que ir a una sala de emergencias. Este número llega al 78,6% de los usuarios del sistema público, al 74,1% de los que cuentan con seguro social y al 66,1% de los afiliados al seguro privado. La Tabla 5.4 a continuación presenta los resultados acerca de barreras organizacionales en el acceso a los servicios de salud.

15 La encuesta no presentó una definición formal de problemas "serios" en los gastos de bolsillo. Por lo tanto, la interpretación de la pregunta correspondió al entrevistado.

16 Los datos financieros fueron informados por los entrevistados en dólares estadounidenses corrientes de 2013 y convertidos a dólares estadounidenses ajustados por paridad del poder adquisitivo (dólares internacionales), con el objetivo de posibilitar la comparabilidad entre los países.

Tabla 5.3. Barreras financieras y de transporte en El Salvador.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras financieras | | | | |
| Confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario | 35,9 | 44,1 | 35,0 | 38,7 |
| Tuvo problemas médicos, pero no acudió a un médico debido al costo | 30,8 | 26,4 | 24,1 | 27,3 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control debido al costo | 28,8 | 24,0 | 19,1 | 24,4 |
| Gasto de bolsillo | | | | |
| Tuvo gasto de bolsillo | 81,0 | 74,9 | 82,0 | 78,2 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 200 | 50,3 | 38,6 ^a | 58,3 | 46,0 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 500 | 31,3 | 20,8 ^a | 40,2 | 27,7 |
| Tuvo problemas serios para pagar el gasto de bolsillo | 26,1 | 19,4 | 18,3 | 21,3 |
| Barreras de transporte | | | | |
| No acudió a un médico por dificultades en el transporte | 15,7 | 15,1 | 14,1 | 15,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Tabla 5.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en El Salvador.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras organizacionales | | | | |
| Hizo al menos una visita al centro de atención primaria en el último año | 62,0 ^a | 73,8 | 62,8 | 67,0 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita | 21,8 | 22,1 | 17,7 | 21,1 |
| Se puede agendar cita con la clínica de APS por teléfono, correo o web | 20,2 | 20,8 | 29,3 | 22,4 |
| La dificultad para conseguir atención médica por las noches, fines de semana, o feriados no hace posible el acceso a atención sin tener que acudir a un servicio de emergencias | 78,6 ^b | 74,1 | 66,1 | 74,2 |
| Tiempo para acceder a atención provista por un médico o personal de enfermería | | | | |
| Mismo día o al siguiente | 36,7 | 40,9 | 47,5 | 40,8 |
| > 2 semanas o nunca | 38,3 | 36,4 | 35,0 | 36,8 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Experiencia con la utilización de APS

La Tabla 5.5 a continuación presenta los resultados de la experiencia de los usuarios con los servicios en la atención primaria de salud. La muestra poblacional para las preguntas de experiencia en la atención primaria se compone de quienes informan contar con un centro o un médico regular, para que puedan evaluar el conjunto de las atenciones recibidas y no cada atención individualizada. Las medidas de experiencia con la utilización de la atención primaria fueron divididas en tres dimensiones: primero, la alineación con un modelo de APS centrada en el paciente; luego, la percepción acerca de la calidad de atención; y, finalmente, el enfoque de la prestación de los servicios centrados en el paciente.

En El Salvador, muy pocos entrevistados señalan contar con atención primaria centrada en el paciente, especialmente los usuarios del grupo público. El porcentaje que indica tener acceso a un centro o médico regular es bajo para toda la muestra, pero especialmente entre los usuarios del sistema público, (solo el 28,3%), comparado con el 38,7% de los que tienen seguro social y el 42,7% de aquellos con un seguro privado. El 53,9% de los entrevistados declara que la comunicación con la clínica de APS durante el día les parece difícil. La mayoría de entrevistados de los tres grupos, el 67,3%, indica que el médico de atención primaria conoce información importante sobre la historia clínica del paciente. Las percepciones sobre la coordinación de la atención por parte del MAP son muy bajas: solo el 31,2% de los del grupo de cobertura pública lo consideró, aunque parece haber sido algo mejor para los del grupo de seguridad social (44,2%) y para aquellos con seguro privado (52,7%).

Esto puede señalar una falta de integración, sugiriendo que los MAP no están cumpliendo su función como puerta de entrada al sistema de salud. Los resultados informados para la disponibilidad de APS centrada en el paciente, o sea, el conjunto de las cuatro variables anteriores, en los grupos público, seguro social y privado fueron solamente del 5,0%, 9,4% y 13,6%, respectivamente.

El 71,2% del total de entrevistados señala que el MAP le permite hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado, sin diferencia significativa por tipo de afiliación. Existe una brecha más marcada entre los grupos con respecto a la pregunta de si el MAP pasa suficiente tiempo con el paciente. Solo el 51,7% de los afiliados a la cobertura pública respondió afirmativamente, comparado con el 63,4% de los del grupo de seguridad social y el 62,2% de los pertenecientes al seguro privado. Vemos esta misma tendencia en cuanto a si el MAP explicó la situación de una forma fácil de entender. El 63,5% de los del grupo de cobertura pública responde que sí, frente al 74,4% de los del grupo de seguridad social y 75,8% de los afiliados a un seguro privado. A pesar de los problemas con la atención primaria anteriormente señalados, la mayoría de entrevistados (el 70,4%) observa que el MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud, sin diferencia significativa por tipo de régimen. Con relación a los medicamentos, el 54,3% de los encuestados informa que el médico los revisó, incluyendo aquellos recetados por otros. El 45,1% de los del grupo de cobertura pública señala que el médico les habló sobre los efectos secundarios de los medicamentos, porcentaje significativamente diferente frente al 66,3% de los del grupo de seguro social y al 69,0% de los usuarios de un seguro privado.

Tabla 5.5. Experiencia con la atención primaria en El Salvador.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|----------------------|-------------------|-------------|-----------|
| APS centrada en el paciente | | | | |
| Tiene un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente | 28,3 ^{a, b} | 38,7 | 42,7 | 35,5 |
| Comunicación con la clínica de APS durante el día es fácil | 42,3 ^b | 52,3 ^b | 68,5 | 53,9 |
| El médico de AP (MAP) conoce información importante sobre la historia clínica del paciente | 61,2 | 71,0 | 70,3 | 67,3 |
| El MAP ayuda a coordinar la atención | 31,2 ^{a, b} | 44,2 | 52,7 | 41,6 |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 5,0 ^b | 9,4 | 13,6 | 8,1 |
| Experiencia del paciente | | | | |
| El MAP permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado | 65,0 | 74,3 | 74,0 | 71,2 |
| El MAP pasa suficiente tiempo con el paciente | 51,7 | 63,4 | 62,2 | 59,5 |
| El MAP explica la situación en una forma fácil de entender | 63,5 | 74,4 | 75,8 | 71,2 |
| El MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud | 64,5 | 74,1 | 71,3 | 70,4 |
| El MAP revisó los medicamentos | 46,3 | 61,1 | 56,9 | 54,3 |
| El MAP explicó los potenciales efectos secundarios de los medicamentos | 45,1 ^a | 66,3 | 69,0 | 58,4 |
| Percepción de calidad | | | | |
| Percepción de muy buena calidad acerca de la atención en el primer nivel | 43,3 | 42,5 | 57,4 | 45,5 |
| Tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado | 22,1 | 23,5 | 18,9 | 22,0 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Encontramos que el 57,4% de los afiliados al sistema privado indicó tener una percepción de muy buena calidad acerca de la atención primaria, comparado con los usuarios del sistema público (43,3%) y los del seguro social (42,5%). Esto también puede deberse a que los usuarios de los diferentes sistemas tienen expectativas diferentes. Otro indicador de calidad desde la perspectiva del paciente es el porcentaje de entrevistados que tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en conseguir el diagnóstico adecuado: se trata del 22,0%, sin diferencia por tipo de cobertura.

Una medida importante de la calidad de los servicios de atención primaria es el grado de cumplimiento con normas preventivas. Debido al crecimiento de la carga de enfermedades crónicas en la región, las medidas de prevención de estas enfermedades son particularmente importantes. La Tabla 5.6 a continuación presenta los resultados de prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas.

El 58,5% del total de encuestados afirma haber tenido una cita preventiva en los últimos dos años; sin embargo, hay un gradiente entre los tres grupos: 50,2% para el seguro público, 66% para el seguro social y 56,7% para el seguro privado. Las tasas de medición de la presión arterial en el último año son más altas para las mujeres que para los hombres. También existen diferencias por tipo de cobertura, con mayores tasas de monitoreo en el régimen de seguro social comparado con grupo público, tanto para el sexo masculino como para el femenino. En total, el 53,1% de los hombres informa haberse medido

la presión arterial en el último año, frente al 75,6% de las mujeres. Mientras solo el 45,9% de los hombres del grupo con cobertura pública declara haberse medido la presión en el último año, este número es significativamente diferente para los hombres del grupo de seguridad social (60,5%), mientras que los usuarios del seguro privado arrojan un 49,7%. Con respecto a las mujeres, el 72,5% de quienes son parte del grupo de cobertura pública señala haberse medido la presión en el último año, mientras este porcentaje es del 78,4% para las del seguro social y del 74,9% para las afiliadas a un seguro privado, sin diferencias estadísticas para los tres grupos. El 29,3% de los hombres del grupo de cobertura pública dice haber tenido un control de colesterol en los últimos cinco años, comparado con el 44,9% de los del grupo de seguridad social y con el 43,5% de los que tienen seguro privado. Se observa la misma tendencia entre las mujeres: el 35,6% del grupo de cobertura pública informa un control de colesterol en los últimos dos años, mientras que entre las usuarias del seguro social fue el 46,8% y para las usuarias de un seguro privado, el 38,4%.

El 60,0% de las mujeres entrevistadas dice haberse realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años, mientras que el 53,3% de las mujeres de más de 40 años informa haberse hecho una mamografía en los últimos tres años. Con respecto al acceso a este último estudio, existe una significativa diferencia entre el seguro público y el seguro social (29,3% frente al 44,9%, respectivamente).

Tabla 5.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en El Salvador.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Prevención | | | | |
| El MAP envió recordatorio para cita preventiva (check-up) | 35,5 | 35,6 | 32,0 | 34,9 |
| El MAP habló sobre estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, factores de estrés) | 32,1 ^a | 43,3 ^b | 28,2 | 35,6 |
| Tuvo una cita preventiva en los últimos dos años | 50,2 ^a | 66,0 | 59,7 | 58,5 |
| Exámenes de detección oportuna en mujeres | | | | |
| Mujeres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 72,5 | 78,4 | 74,9 | 75,6 |
| Mujeres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 35,6 | 46,8 | 38,4 | 40,2 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para mujeres (presión arterial y control de colesterol) | 29,7 | 41,3 | 32,6 | 34,4 |
| Mujeres que se realizaron un examen citológico-cervical en los últimos tres años | 54,7 | 65,0 | 59,6 | 60,0 |
| Mujeres mayores de 40 años que se realizaron mamografía en los últimos tres años | 40,6 ^a | 65,7 | 48,0 | 53,3 |
| Exámenes de detección oportuna para mujeres mayores de 40 años (presión arterial, control de colesterol, examen citológico-cervical, mamografía) | 16,9 | 32,1 | 18,1 | 22,5 |

Continúa en la página siguiente.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Exámenes de detección oportuna en hombres | | | | |
| Hombres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 45,9 ^a | 60,5 | 49,7 | 53,1 |
| Hombres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 29,3 ^a | 44,9 | 43,5 | 38,6 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para hombres (presión arterial y control de colesterol) | 21,8 | 33,2 | 28,7 | 28,2 |
| Manejo de enfermedades crónicas | | | | |
| Tiene enfermedad crónica, confía en que puede manejar sus problemas de salud | 77,4 ^a | 94,9 ^b | 75,0 | 82,9 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformada. Prevalencias de las variables de prevención y manejo de enfermedades crónicas también ajustadas por sexo.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Acceso y coordinación de la atención especializada, los hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria.

La Tabla 5.7 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de atención especializada, y la experiencia de los usuarios con la referencia y contra-referencia entre la atención primaria y especializada.

En términos de atención especializada, solo el 20,7% de los entrevistados dice haber consultado a un especialista en los últimos dos años, sin diferencia significativa por tipo de régimen. La mayoría fueron referidos por un médico del centro de atención usual, el 69,2% en el caso de los del grupo de cobertura pública, el 81,6% de los de seguridad social y el 51,6% de los afiliados a un seguro privado. Un poco más de la mitad de las personas que vio a un especialista, el 54,9%, indica un tiempo de espera de ocho semanas o menos.

Según los tres grupos de cobertura, no hay diferencias significativas en cuanto al flujo de información entre el MAP y el especialista. El 60,0% de los entrevistados señala que el especialista tenía información médica básica del MAP sobre las razones

de la consulta, y el 52,3% declara que tras la visita al especialista, el proveedor habitual de AP fue informado.

La Tabla 5.8 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de los servicios de hospitalización y emergencias. El 5,2% de la muestra indica haber sido hospitalizado en los últimos dos años, no existiendo diferencia por tipo de régimen. La mayoría de los pacientes (79,8%) declaró que el personal del hospital le dio información sobre la medicación que estaban tomando al darle el alta, siendo similar para los tres regímenes. La mayoría también informa coordinación de una consulta de seguimiento con su proveedor de salud por parte del personal del hospital (72%). No hubo tanta diferencia en cuanto a recibir información por escrito sobre los autocuidados. El 72,6% de los del grupo de cobertura pública, el 78% de los afiliados al seguro social y el 100% de aquellos afiliados a un seguro privado, señala que el personal del hospital le dio información por escrito al respecto.

El 14,4% dice haber acudido al departamento de emergencias en los últimos dos años, porcentaje que es similar para los tres regímenes. Poco más del 40% de los entrevistados indica haberlo utilizado para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario. La mayoría de pacientes en los tres regímenes fue dada de alta después de ir a la sala de emergencias.

Tabla 5.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en El Salvador.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Acceso a la atención especializada | | | | |
| Consultó con un especialista en los últimos dos años | 16,9 | 24,1 | 21,8 | 20,7 |
| Tiempo de espera para una consulta con el especialista | | | | |
| < 2 semanas | 33,6 | 25,8 | 28,7 | 28,6 |
| Entre 2 y 8 semanas | 25,9 | 22,7 | 39,0 | 26,3 |
| > 8 semanas | 32,1 | 43,2 | 26,7 | 35,6 |
| Coordinación entre APS y atención especializada | | | | |
| Es necesario pedir una referencia para atención especializada | 69,4 | 77,0 | 64,4 | 72,0 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico del lugar usual de atención | 69,2 | 81,6 ^a | 51,6 | 70,4 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico que no es del lugar usual de atención o por la sala de emergencias | 9,7 | 6,0 | 17,6 | 8,8 |
| El especialista tenía información médica básica del proveedor habitual de AP sobre el motivo de consulta del paciente o resultados de exámenes | 60,3 | 60,7 | 54,8 | 60,0 |
| Tras la consulta con el especialista, el proveedor habitual de AP fue informado sobre las recomendaciones hechas por el especialista | 46,1 | 57,7 | 46,1 | 52,3 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Tabla 5.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en El Salvador.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Hospitalización | | | | |
| Requirió hospitalización en los últimos dos años | 5,2 | 5,7 | 4,7 | 5,2 |
| Tras el alta, fue readmitido o tuvo que acudir al Servicio de Emergencias | 12,1 | 11,7 | 31,7 | 14,6 |
| El personal del hospital proporcionó información sobre la medicación al darle el alta | 65,6 | 86,9 | 95,2 | 79,8 |
| El personal del hospital ayudó a coordinar una consulta de seguimiento | 57,1 | 84,3 | 84,1 | 72,5 |
| El personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados | 72,6 | 78,0 | 100,0 | 79,7 |
| Departamento de emergencias | | | | |
| Usó el servicio de emergencias en los últimos dos años | 11,9 | 16,0 | 17,0 | 14,4 |
| Considera que utilizó el departamento de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario | 41,6 | 44,7 | 38,2 | 41,4 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias fue hospitalizado o referido a otra clínica médica | 30,5 | 30,0 | 24,1 | 27,8 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias, recibió el alta | 65,9 | 66,9 | 73,0 | 68,8 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos para las variables señaladas en la tabla.

Discusión

La mayoría de los salvadoreños informa un nivel medio de satisfacción con el sistema de salud, aunque el gradiente de complacencia entre los usuarios del sistema público, seguro social y el sistema privado vaya en aumento. La proporción de personas que señala barreras financieras de acceso es superior entre los usuarios del sistema público, seguida por los usuarios del seguro social. A pesar de reformas recientes que tuvieron como uno de sus pilares la gratuidad de los servicios públicos de salud, el número de personas que declaran haber incurrido en gastos de bolsillo continúa siendo elevado, así como los montos promedio indicados por los entrevistados. Posiblemente existan costos indirectos asociados a la utilización de los servicios de salud que puedan estar siendo informados como gastos de bolsillo. Un estudio sobre la pensión básica universal¹⁷ encuentra un aumento de la utilización de los servicios de salud entre los beneficiarios, lo que sugiere que la pensión puede estar aliviando restricciones en gastos indirectos relacionados con la búsqueda de servicios de salud y no necesariamente los asociados con los gastos directos en atención médica (Martínez et al. 2015).

Las barreras organizacionales son un importante factor limitante del acceso a los servicios, que no favorece a los usuarios del seguro público. El porcentaje de personas que realizó una consulta de atención primaria en el último año es del 62% en el seguro público y del 74% en el seguro social. El gradiente de accesibilidad que

va en aumento para los servicios entre los grupos con seguro público, seguro social y seguro privado se repite en las respuestas acerca de la existencia de un médico o un servicio de salud al que acuden regularmente, facilidad de comunicación con la clínica de atención primaria durante el día y apoyo en la coordinación de la atención. En las tres medidas, los números informados entre los entrevistados que tienen seguro público muestran un cuadro que no los favorece en comparación con los que poseen seguro social o un seguro privado. Tales niveles de acceso representan un importante cuello de botella en la implementación de un sistema basado en la atención primaria de salud.

La percepción sobre la calidad de la atención primaria tiene menores gradientes entre los tres grupos, pero el patrón se repite en la mayoría de las variables. Hay mejores resultados entre los usuarios de un seguro privado, seguido de los que tienen seguro social y finalmente entre los que tienen seguro público, excepto en la respuesta acerca de la calidad de la atención primaria, ligeramente inferior entre los que tienen seguro social. Sin embargo, la percepción de más baja calidad entre estos últimos no encuentra respaldo en las respuestas acerca de la realización de exámenes preventivos para enfermedades crónicas no transmisibles: en casi todas las medidas de prevención, los usuarios del seguro social señalan tener más citas preventivas, recibir más consejos sobre estilos de vida saludables, y estar al día con exámenes de presión arterial, colesterol sérico (hombres y mujeres), además de mamografía y Papanicolaou (mujeres). Sin embargo, cuando las medidas preventivas son evaluadas en conjunto, son muy bajos los niveles de cumplimiento con exámenes preventivos entre todos los grupos, sean hombres o mujeres. Por otro lado, con

¹⁷ La Pensión Básica Universal es una pensión básica no contributiva que ofrece US\$50 mensuales a personas mayores de 70 años de edad en municipios con alta incidencia de pobreza.

respecto a los que señalan haber sido diagnosticados con por lo menos una enfermedad crónica, el nivel de confianza en poder manejar sus enfermedades es relativamente alto (superior al 80%).

Los modelos de atención primaria renovada y las redes integradas de servicios de salud presuponen un liderazgo en el cuidado, así como buenos niveles de coordinación entre atención primaria y especializada (Grundy et al. 2010). Sin embargo, las percepciones sobre la coordinación por parte de la atención primaria son bajas, especialmente en el sector público: solo el 31% de los del grupo de cobertura pública considerará que el MAP coordina la atención. El panorama parece haber sido algo mejor para los del grupo de seguridad social (44%) y para los del seguro privado (55%). Esto puede sugerir que la atención primaria no está cumpliendo su función como puerta de entrada al sistema de salud. Por otro lado, los flujos de información entre la atención primaria y especializada, asociada a los procesos de referencia y contrarreferencia parecen funcionar de forma menos eficiente en el seguro social que en demás grupos. Los tiempos de espera para consultas especializadas son más altos para ellos que para los que están en el sistema público, lo que puede considerarse un logro para el sector público dada la diferencia en la asignación del gasto per cápita en ambas instituciones. Además, el acceso a la atención especializada es considerablemente más alto entre los afiliados a un seguro privado.

El número de entrevistados que afirma haber requerido hospitalización en los últimos dos años es muy bajo (inferior al 10% en todos los grupos), por lo que es difícil realizar inferencias acerca de resultados como los tiempos de espera y la calidad de los procesos de hospitalización,

aunque los bajos números pueden representar dificultades en el acceso a la atención especializada. El uso del servicio de emergencias es un poco superior, con casi un 15% en los últimos dos años, pero muy inferior a países como Colombia, donde un 47% de la población indica haber utilizado la sala de emergencia. Casi la mitad de los usuarios del sistema público y del seguro social señala haber acudido al departamento de emergencias para alguna afección que podría haber sido tratada en el nivel primario.

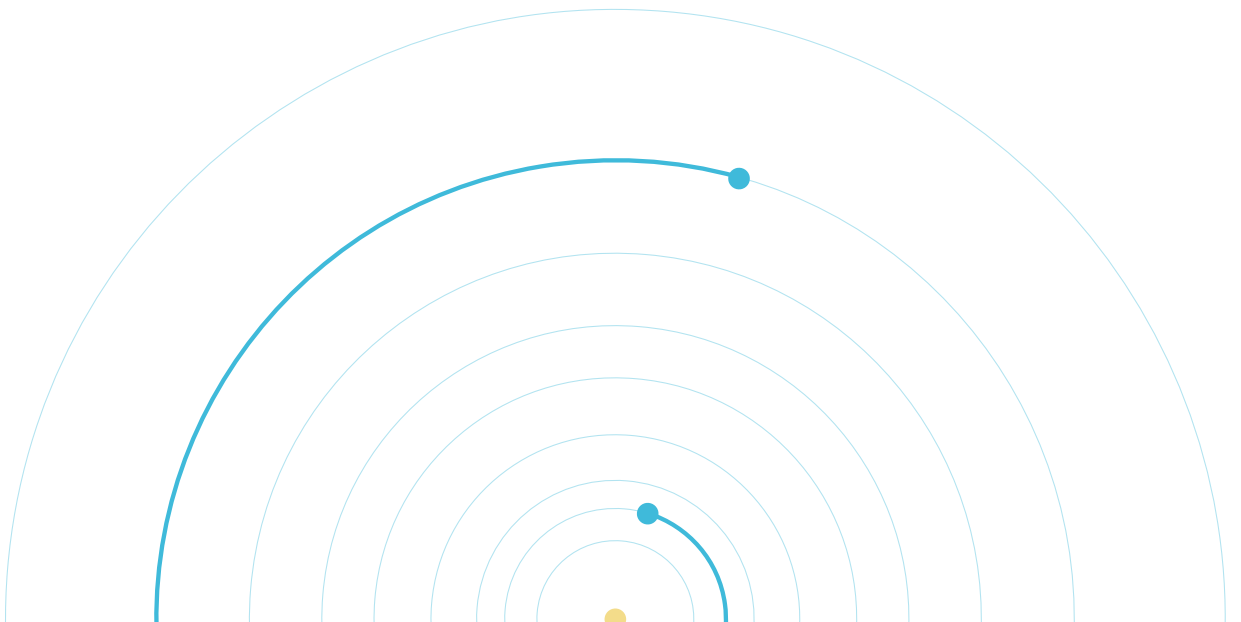
Conclusiones

El Salvador ha emprendido importantes reformas dirigidas a universalizar la cobertura de salud con protección financiera, a fortalecer la atención primaria y a mejorar la calidad de los servicios, con el apoyo de una amplia alianza y fuerte liderazgo del Ministerio de Salud (Clark 2015). Los resultados de la presente encuesta indican importantes progresos. Por ejemplo, la percepción de calidad entre los que fueron atendidos es relativamente buena, incluso en el sistema público y en el seguro social, lo que demuestra un camino positivo en la ruta para el fortalecimiento de la atención primaria en el país a través de los Programas en Salud Integral a la Familia (MINSAL 2015). Sin embargo, los resultados de tiempos de espera para acceder a una consulta a nivel de atención primaria son todavía elevados y persisten los informes de gastos de bolsillo. También perdura la percepción de que hay un gradiente en calidad, acceso y utilización de los servicios de salud entre el sector público, el seguro social y los que cuentan con seguro privado. Esto no resulta sorprendente, considerando que el gasto per cápita del sector público es el menor

del sistema y menos de la mitad del gasto del ISSS.

Puesto que la encuesta presentada en este estudio indica apenas una medición en el tiempo y que los esfuerzos para fortalecer los servicios de salud en el país siguen en marcha, es importante seguir con el monitoreo de los indicadores observados, para que nuevas mediciones puedan registrar su evolución a lo largo del tiempo. Los desafíos para concretar una atención

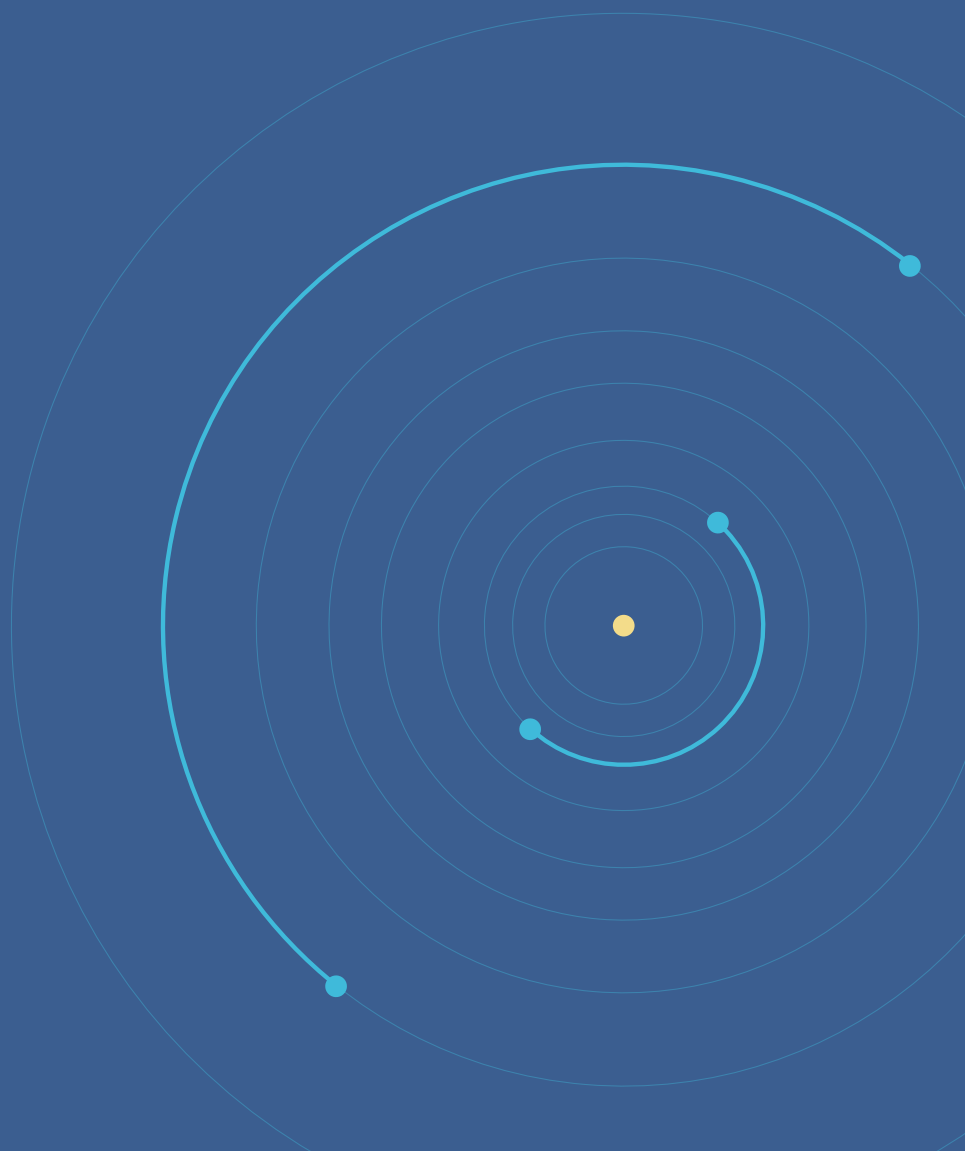
primaria con acceso y calidad son comunes a casi todos los países de la región de ALC, y el caso de El Salvador no es diferente. Se espera que los resultados desde el punto de vista del paciente puedan orientar las acciones de política y de gestión pública para la continuidad del fortalecimiento de la APS, así como las medidas de mejora del acceso y de la calidad de los servicios de salud, ejes importantes de la reforma de salud que está en marcha en el país desde el 2009.



La experiencia con la atención primaria de salud en Jamaica

6

Donna Harris,
Karolina Schantz,
Tania Marín,
Milagros Anaya y
Frederico Guanais





Perfil epidemiológico y características del sistema de salud en Jamaica

En 2015, Jamaica registró un PIB per cápita de US\$ 13.268, lo cual coloca al país por encima del promedio de la región en términos de nivel de ingresos, mientras que el crecimiento promedio anual fue de 0,7% en los últimos cinco años (BM 2017). Para el año 2014, el gasto total en salud en Jamaica fue 5,4% del PIB, alrededor de US\$ 266 por persona, y en el mismo año el gasto gubernamental en salud fue de 2,8%, alrededor de US\$ 140 por persona (OMS 2017). El 52,4% del gasto total en salud fue público y el 47,6% fue privado, siendo que el gasto de bolsillo corresponde al 27,8% del gasto total.

Como la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe, Jamaica se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. En los últimos 14 años, la esperanza de vida al nacer se incrementó 3,3 años, y según los indicadores del 2014, mujeres y hombres jamaíquinos pueden esperar vivir 78,1 y 73,3 años, respectivamente (BM 2017). A su vez, la proporción de adultos mayores de 65 años aumenta a una velocidad superior al crecimiento de la población total. En Jamaica, se espera que este grupo etario se incremente de 7,2% en el año 2000 a 18,1% en el año 2050, posicionando a Jamaica como un país con casi 700 mil adultos mayores.

De acuerdo con datos del IHME, para el año 2015 la carga de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, se atribuye en un 74,54% a enfermedades crónicas no transmisibles, en un 16,3% al grupo de enfermedades infecciosas y materno-infantiles y en un 9,17% a lesiones. La carga por ECNT y lesiones presenta una tendencia al aumento, desplazando a las enfermedades infecciosas y materno-infantiles, si bien la doble carga de enfermedad aún es evidente. En la composición de las ECNT predominan las enfermedades cardiovasculares (14,59% del total de AVAD), diabetes, enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas (12,72%), diferentes tipos de cáncer (12,10%), otras enfermedades no transmisibles (9,57%) y enfermedades mentales y consumo de sustancias (8,23%). Entre los principales factores de riesgo para las ECNT se destacan la glucosa plasmática en ayuno elevada (15,87%), presión arterial sistólica alta (13,13% del total de riesgo atribuible), alto índice de masa corporal (12,75%), tabaquismo (6,22%) y dieta baja en granos enteros (6,06%).

El aumento en la prevalencia de las condiciones crónicas presenta un reto para el funcionamiento de los servicios de salud. Para lidiar con este nuevo perfil de enfermedad se requiere una mejora en las capacidades resolutorias de los servicios del primer nivel de atención, junto con la gestión de redes de servicios complejas e integradas (Demaio et al. 2017). Sin embargo, a la fecha existe poca información acerca del desempeño de los servicios de salud en Jamaica, particularmente desde la perspectiva de sus usuarios.

Jamaica reconoce a la salud como un derecho de todos los ciudadanos, pero para garantizarlo, el país se enfrenta al

desafío de ampliar el acceso y reducir la carga financiera, al tiempo que aumenta la calidad de la atención. El sistema de salud de Jamaica está organizado como un sistema público nacional de salud, con un sistema de salud privado complementario que cubre alrededor del 20% de la población (Scott y Theodore 2013). El Ministerio de Salud (MOH, por sus siglas en inglés) es el administrador del sistema, con responsabilidad primaria sobre la formulación de políticas, regulación y planeación. Las cuatro autoridades regionales de salud descentralizadas son responsables de la prestación de servicios de salud. El Fondo Nacional de Salud (*National Health Fund*, o NHF por sus siglas en inglés) y el *Jamaica Drugs for the Elderly Program* (JADEP) proveen financiamiento para la compra de medicamentos que forman parte de una lista oficial. El NHF fue establecido por el gobierno en 2003 con el fin de mejorar el acceso a los medicamentos esenciales para el tratamiento de 16 enfermedades crónicas en personas de cualquier edad, mientras que el JADEP, inicialmente una colaboración con el sector privado, es un programa público que proporciona subsidios para medicamentos aprobados a cualquier persona de 60 años o más, para el tratamiento de diez condiciones crónicas diferentes. Los ciudadanos jamaicanos pueden ser miembros de uno o de ambos programas de medicamentos (Chao 2013).

Un marco importante en los esfuerzos a favor de la cobertura universal en el país fue la política de eliminación de pagos de los usuarios en las instalaciones del sistema público nacional de salud en 2008 (política *no user fees*), por su importancia en la reducción de las barreras financieras al acceso a los servicios de salud (Beuermann y Pecha Garzón 2016). Desde entonces, todos los ciudadanos pueden utilizar el sistema público de forma gratuita en el

local de atención. Sin embargo, estudios indican que existe una baja capacidad de la red pública de servicios para ofrecer prestaciones de salud con calidad, y que este problema se agudizó con el aumento de demanda posterior a la eliminación de los pagos de los usuarios (De La Haye y Alexis 2012). La afiliación a seguros de salud privados es voluntaria, y la mayoría de estos seguros está vinculada al empleo (Scott y Theodore 2013).

Históricamente, Jamaica ha sido un país pionero regional y mundial en el desarrollo de una visión que prioriza el fortalecimiento de la atención primaria de salud. En 1978, el país desarrolló una plataforma para la APS que incluyó la adscripción territorial, equipos multidisciplinarios, la participación de agentes comunitarios de salud, fuerte énfasis en la vacunación y la prevención, entre otros. Se basó en un modelo innovador para la época, lo que dio lugar a la participación de expertos jamaquinos para el comité que preparó la declaración de Alma-Ata en 1978 (Campbell 2013; McCaw-Binns y Moody 2001). Sin embargo, en las siguientes décadas, la situación fue cambiando y, aunque el país haya emprendido esfuerzos importantes para mejorar su sistema de salud, no se observó el nivel de innovación conceptual o práctico que sería necesario para hacer frente a la transición epidemiológica asociada al rápido aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas en el país.

En la actualidad, no existen fuentes de información sobre el acceso, utilización y calidad desde la perspectiva de los usuarios en Jamaica. Por lo tanto, la aplicación de un instrumento basado en la Encuesta Commonwealth *International Health Policy Survey* permitirá examinar hasta qué punto el sistema de salud pública del país mantiene los componentes clave de un

sistema de salud integrado y centrado en la atención primaria, como la coordinación, la continuidad de la atención y la centralidad en el paciente, que son fundamentales para el objetivo de proporcionar una cobertura de salud universal de alta calidad. Los resultados de la encuesta otorgan una visión inicial sobre la percepción y experiencia de los pacientes al usar el sistema público de salud, incluyendo el autoinforme de barreras financieras y organizacionales, cinco años después de la eliminación de los gastos de bolsillo en los puntos de atención. El presente análisis también compara las percepciones y experiencias de los usuarios del seguro de salud privado con los usuarios del sistema de salud pública, a modo de identificar posibles disparidades en la calidad de la atención del sistema público y los servicios de salud privados.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos acerca de las percepciones generales de los usuarios del sistema de salud en Jamaica, el acceso financiero y físico a los servicios de salud, las percepciones sobre la calidad de la atención primaria, y datos sobre la atención especializada, además de los resultados relativos a la utilización de los servicios de emergencia y hospitalarios. Discutimos qué significan estos datos en el contexto de Jamaica, y qué nos pueden señalar sobre las brechas que existen en el sistema de salud y las inequidades entre los principales subsistemas: (a) el sistema público, financiado por impuestos generales, como fue mencionado anteriormente; (b) el sistema privado, que otorga cobertura a quienes adquieren un seguro privado adicional. En el caso de Jamaica, no hay un modelo de cobertura comparable a los modelos de seguridad social financiados por contribuciones obligatorias sobre la nómina. Para facilitar la lectura y la comparabilidad entre los seis

países incluidos en la versión 2013 de la encuesta en ALC, en el presente capítulo se utiliza el término “Público” en referencia a todos los jamaicanos que no cuentan con un seguro privado complementario, dado que la cobertura del seguro público es universal, y “Privado” en alusión a aquellos que han suscrito un plan privado adicional.

Características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud

La muestra consta de un total de 1.488 individuos; 808 usuarios del sistema público de salud (quienes indicaron no tener seguro médico adicional) y 680 participantes con cobertura privada adicional. La Tabla 6.1 a continuación presenta las características generales de la población objeto del estudio.

La muestra tiene una proporción ligeramente mayor de mujeres que de hombres. El 47,42% de los entrevistados son hombres, y no se encontró una diferencia signi-

ficativa en el porcentaje de hombres para los diferentes tipos de afiliación (46,2% sistema público, 49,25% seguro privado). La distribución por edades también es similar para aquellos con cobertura pública y privada, y podemos observar que, para ambos tipos de afiliación, cerca del 35% de los usuarios tenía más de 45 años. Sin embargo, existe una diferencia significativa entre quienes tienen cobertura pública y privada en términos de educación: solo el 16,6% de las personas con seguro privado informó tener nivel de educación primaria o menor, en comparación con el 35,1% de los usuarios del sistema público de salud.

Más de la mitad de los encuestados señaló haber sido diagnosticado con al menos una enfermedad crónica, siendo el porcentaje más alto entre usuarios del sistema público (54,2%) frente a los afiliados a un seguro privado (47,6%). A pesar de la alta proporción de participantes con afecciones crónicas, solo el 19,94% de la población informó una baja percepción de su estado de salud, porcentaje que es considerablemente menor para los usuarios del seguro privado (13,7%) frente a aquellos pertenecientes al sistema público (23,9%).

Tabla 6.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Jamaica ¹⁸.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO | PRIVADO | TOTAL |
|---|-------------------|---------|-------|
| Número de entrevistados (n) | 808 | 680 | 1,488 |
| Ponderación (%) | 60,7 | 39,2 | 100,0 |
| Sexo (%) | | | |
| Mujeres | 53,7 | 50,7 | 52,5 |
| Edad (%) | | | |
| 18-25 | 21,8 | 22,9 | 22,2 |
| 26-35 | 23,9 | 21,8 | 23,1 |
| 36-45 | 18,2 | 20,9 | 19,3 |
| 46-59 | 19,5 | 18,3 | 19,0 |
| 60+ | 16,3 | 15,8 | 16,1 |
| Educación (%) | | | |
| Primaria | 35,1 ^a | 16,6 | 27,8 |
| Secundaria | 52,5 | 50,1 | 51,5 |
| Universitaria | 12,3 ^a | 33,2 | 20,5 |
| Estado de salud (%) | | | |
| Al menos una enfermedad crónica | 54,2 ^a | 47,6 | 51,6 |
| Dos o más enfermedades crónicas | 26,8 | 22,8 | 25,2 |
| Baja percepción subjetiva del estado de salud | 23,9 ^a | 13,7 | 19,9 |

Notas:

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

¹⁸ Todos los resultados presentados en las tablas, excepto el número de entrevistados, utilizan los pesos muestrales para representatividad de la población nacional.

La Tabla 6.2 a continuación presenta las percepciones de la población acerca del sistema de salud. La mayoría de la muestra informó que el sistema de salud en Jamaica requiere mejoras significativas. Solo el 11,5% de los participantes respondió que el sistema de salud funciona bastante bien y solamente requiere cambios menores, mientras que el 52,4% opinó que algunos aspectos son positivos, pero se necesitan cambios fundamentales para que funcione mejor. Mientras tanto, el 34,0% consideró que hay tantos problemas en el sistema de salud que hay que reconstruirlo completamente.

Cerca del 40% de los encuestados indicó tener confianza en recibir el tratamiento más efectivo, y esta percepción no varía significativamente entre grupos de cobertura.

Barreras de acceso a los servicios

La Tabla 6.3 a continuación presenta las respuestas de los entrevistados acerca de barreras financieras y de transporte en el acceso a los servicios de salud. Las barreras

Tabla 6.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en Jamaica.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------|-------------|-----------|
| Percepciones | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 11,0 | 12,3 | 11,5 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 50,7 | 52,5 | 51,4 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 35,2 | 32,2 | 34,0 |
| Confianza | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 37,6 | 41,9 | 39,3 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de escolaridad y estado de salud autoinformado. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos para las variables reportadas en la tabla

financieras para acceder a la atención son comunes en esta muestra, y son particularmente frecuentes entre los usuarios del sistema público, a pesar de la política *no user fees*. Menos de un tercio de la muestra, el 28,6%, tuvo un problema médico en el último año, pero no acudió al médico debido al costo. Esta proporción alcanzó el 34,4% entre los usuarios del sistema público, y el 21,6% de aquellos afiliados al seguro privado, y la diferencia es estadísticamente significativa. El porcentaje de los encuestados que tuvo problemas médicos en los últimos 12 meses, pero no acudió a un médico o no realizó un examen, tratamiento o control debido al costo es del 26,7% en la población general, aunque en ese caso la diferencia no sea significativa.

Los gastos de bolsillo fueron muy frecuentes entre ambos tipos de afiliación, el 93,7% de la muestra informó haberlos tenido en el último año. Fueron particularmente frecuentes entre los usuarios del seguro privado (96,4%) comparado con aquellos afiliados al sistema público (91,9%). Un 57,4% del total de los encuestados declaró haber incurrido en gastos de bolsillo superiores a los US\$ 200, mientras que para el 34,5% de los encuestados superaron los US\$ 500. Después de la eliminación de cuatro valores atípicos con costos extremadamente altos, la media de los gastos de bolsillo parece ser similar para ambos grupos. Un tercio de la muestra tuvo problemas serios para pagar estos gastos, proporción que es significativamente menor entre los que tienen seguro privado, con un 22,5% frente al 36,2% de los usuarios del sistema público.

El porcentaje de encuestados que no consultó a un médico por dificultades con el transporte fue relativamente bajo en la muestra en general (8,1%), sin diferencias significativas entre los grupos de cobertura pública y privada.

La Tabla 6.4 a continuación presenta las respuestas de los entrevistados acerca de barreras organizacionales en el acceso a los servicios de salud. Casi el 80% de los encuestados indicó haber hecho al menos una visita al centro de atención primaria en el último año.

De todos los encuestados, el 22,3% señaló no haber acudido a un examen, tratamiento o control por dificultades en la concertación de un turno. Casi tres cuartos de los encuestados declararon poder agendar una cita de atención primaria por teléfono, correo o web, pero existe una diferencia significativa entre la experiencia con el sector público (el 69,5% dijo poder agendar citas) y con los que tienen seguros privados (el 79,2% puede agendar). En cuanto al tiempo de espera para acceder a un médico o enfermera la última vez que se necesitó atención, la mayoría de los encuestados (65,7%) accedió el mismo día o al siguiente. Una vez más, este número fue significativamente mayor para los pacientes con seguro privado (76,0%), en comparación con los usuarios del sistema público (59,4%). Mientras que el 12,9% esperó más de dos semanas o nunca logró acceder a la atención, dicho porcentaje fue menor para quienes tienen seguro privado (7,9%) frente a los usuarios del sistema público (18,2%).

Tabla 6.3. Barreras financieras y de transporte en Jamaica.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras financieras | | | |
| Confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario | 34,2 ^a | 45,5 | 38,4 |
| Tuvo problemas médicos, pero no acudió a un médico debido al costo | 34,4 ^a | 21,6 | 28,6 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control debido al costo | 27,0 | 26,2 | 26,7 |
| Gasto de bolsillo | | | |
| Tuvo gasto de bolsillo | 91,9 ^a | 96,4 | 93,7 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 200 | 56,7 | 58,4 | 57,4 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 500 | 35,7 | 32,8 | 34,5 |
| Tuvo problemas serios para pagar los gastos de bolsillo | 36,2 ^a | 22,5 | 29,9 |
| Barreras de transporte | | | |
| No acudió a un médico por dificultades en el transporte | 9,9 | 6,0 | 8,1 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.
a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Tabla 6.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Jamaica.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras organizacionales | | | |
| Hizo al menos una visita al centro de atención primaria en el último año | 76,5 | 83,5 | 79,3 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita | 25,3 | 18,5 | 22,3 |
| Se puede agendar cita con la clínica de AP por teléfono, correo o web | 69,5 ^a | 79,2 | 73,5 |
| La dificultad para conseguir atención médica por las noches, fines de semana, o feriados no hace posible el acceso a atención sin tener que acudir a un servicio de emergencias | 56,9 | 50,4 | 54,2 |
| Tiempo para acceder a atención provista por un médico o personal de enfermería | | | |
| Mismo día o al siguiente | 59,4 ^a | 76,0 | 65,7 |
| > 2 semanas o nunca | 18,2 ^a | 7,9 | 12,9 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Experiencia con la utilización de APS

La Tabla 6.5 a continuación presenta los resultados de la experiencia de los usuarios con los servicios en la atención primaria de salud. La muestra poblacional para las preguntas de experiencia en la atención primaria se compone de quienes informan contar con un centro o un médico regular, para que puedan evaluar el conjunto de las atenciones recibidas y no cada atención individualizada. Las

medidas de experiencia con la utilización de la atención primaria fueron divididas en tres dimensiones: primero, la alineación con un modelo de APS centrada en el paciente; luego, el enfoque de la prestación de los servicios centrados en el paciente; y, finalmente, la percepción acerca de la calidad de atención.

Hay una importante variación en la disponibilidad de atención primaria centrada en el paciente según el tipo de cobertura. De todos los encuestados, un poco más del 60% tenía un médico y/o un servicio

de salud al que acude regularmente, siendo significativamente inferior para el sistema público (55,3%) en comparación con los pertenecientes al seguro privado (71,3%). El 76,1% de los encuestados informó que era fácil la comunicación con su clínica de atención durante el día, con diferencia significativa entre los dos grupos de cobertura (72,3% en el sistema público frente al 81,6% en los seguros privados). Entre los que cuentan con un lugar usual de atención, un 59,2% del total señaló que el médico conoce información importante sobre la historia clínica, también con diferencias significativas entre grupos (55,2% en el público y 64,9% en el privado). Un poco menos de un tercio de los encuestados indicó que el médico de atención primaria ayuda a coordinar la atención, sin diferencia significativa entre los dos grupos. Considerándose los cuatro atributos anteriores, un 14,1% de los encuestados cuenta con un servicio con las características de la APS centrada en el paciente, con desventaja para el sector público: 10,7% frente al 21,5%, una diferencia estadísticamente significativa.

Al indagar acerca de los atributos de la experiencia del paciente, entre los encuestados que cuentan con un MAP, el 63,4% aseguró que se les permitió hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado, y 58,6% informó que el MAP pasa tiempo suficiente con el paciente. Se observa que la prevalencia de estos atributos es inferior

en el sistema público (58,7% y 54,5%, respectivamente para las dos variables) que entre los que tienen seguros privados (70,2% y 64,6%, respectivamente). Un 67,8% de los encuestados indicó que el MAP explica la situación de forma fácil de entender, y 58,8% dijo que también resuelve la mayoría de los problemas de salud. Entre los pacientes que señalaron tomar por lo menos un medicamento recetado o formulado, menos de un tercio —el 31,8%—, informó que su MAP revisó los medicamentos con ellos, incluyendo aquellos recetados por otros médicos. Menos de la mitad de la muestra, el 42,1% declaró que su MAP explicó los efectos secundarios potenciales de los medicamentos. En este caso existe una diferencia significativa entre las personas con cobertura pública y privada, pues solo el 35,8% de los usuarios del sistema público fue informado sobre efectos secundarios, en comparación con el 51,6% de los que tienen un seguro privado.

En general, el 51,3% de la muestra percibió que la calidad de la atención primaria es buena, existiendo una diferencia significativa entre los pertenecientes al sistema público (46,0%) con respecto al seguro privado (59,3%). En referencia a los encuestados que indicaron haber tenido un problema médico para el que tardaron mucho tiempo en obtener un diagnóstico adecuado, el porcentaje entre los usuarios del seguro privado fue del 20,4%, frente al 27,1% de los usuarios del sistema público.

Tabla 6.5. Experiencia con la atención primaria en Jamaica.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------|-----------|
| APS centrada en el paciente | | | |
| Tiene un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente | 55,3 | 71,3 | 61,2 |
| Comunicación con la clínica de AP durante el día es fácil | 72,3 ^a | 81,6 | 76,1 |
| El médico de AP (MAP) conoce información importante sobre la historia clínica del paciente | 55,2 ^a | 64,9 | 59,2 |
| El MAP ayuda a coordinar la atención | 28,8 | 36,1 | 31,7 |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 10,7 ^a | 21,5 | 14,1 |
| Experiencia del paciente | | | |
| El MAP permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado | 58,7 ^a | 70,2 | 63,4 |
| El MAP pasa suficiente tiempo con el paciente | 54,5 ^a | 64,6 | 58,6 |
| El MAP explica la situación en una forma fácil de entender | 64,8 | 72,2 | 67,8 |
| El MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud | 55,0 | 64,3 | 58,8 |
| El MAP revisó los medicamentos | 29,6 | 34,9 | 31,8 |
| El MAP explicó los potenciales efectos secundarios de los medicamentos | 35,8 ^a | 51,6 | 42,1 |
| Percepción de calidad | | | |
| Percepción de muy buena calidad acerca de la atención en el primer nivel | 46,0 ^a | 59,3 | 51,3 |
| Tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado | 27,1 | 20,4 | 24,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.
a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

La Tabla 6.6 a continuación presenta los resultados de prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas. Con respecto a si el MAP envió un recordatorio para la cita preventiva, el 21,5% del total de encuestados respondió afirmativamente, existiendo una diferencia significativa entre el seguro privado (28,2%) frente al sistema público (17,4%). Cerca del 23% de los encuestados señaló que el MAP habló acerca de temas relacionados a estilos de vida saludables como alimentación, actividad física y factores de estrés. Por otra parte, del total de encuestados, el 64,5% afirmó haber tenido una cita preventiva en los últimos dos años.

A toda la muestra se le preguntó sobre la medición de la presión arterial y el colesterol. Además, a todas las mujeres se les hizo preguntas sobre el tamizaje con Papanicolaou; sin embargo, la muestra para la mamografía estuvo restringida a las mujeres con más de 40 años al momento de la entrevista. En esta muestra, un mayor porcentaje de mujeres revisó su presión arterial en el último año, —un 88,3%—, frente al 75,1% de los hombres. El porcentaje de personas con una prueba de presión arterial reciente no difiere significativamente por tipo de cobertura para ambos sexos. El porcentaje de hombres y mujeres a quienes se les realizó una prueba de colesterol sérico fue del 56,8% y el 60,7%, sin diferencias significativas entre grupos de afiliación.

El porcentaje de mujeres encuestadas que informó haberse realizado un tamizaje para cáncer cérvico-uterino en los últimos tres años fue del 53,0%, proporción que no difirió significativamente entre los grupos. Solo el 32,9% de las mujeres mayores de cuarenta años indicó haberse realizado una mamografía en los últimos tres años, también sin diferencias significativas entre regímenes.

Acceso y coordinación de la atención especializada, los hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria

La Tabla 6.7 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de atención especializada, y la experiencia de los usuarios con la referencia y contra-referencia entre la atención primaria y especializada. Aún con una APS con una alta capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, no se puede prescindir de una red de apoyo de atención especializada para solucionar problemas más complejos, idealmente de forma coordinada, con protocolos definidos e intercambio de información. El 26,2% de la muestra acudió a un especialista en el último año, sin diferencias significativas entre los tipos de cobertura. El proceso de referencia es similar para ambos tipos de afiliación: el 54,7% fue referido por su médico del lugar de atención habitual.

El tiempo de espera para ver un especialista señalado por más de la mitad de los encuestados (54,8%) fue de menos de dos semanas. Un poco menos de dos tercios de la muestra (63,0%) indicó que el especialista contaba con información médica básica del proveedor de atención primaria habitual sobre la razón de la visita del paciente o los resultados de los exámenes. Después de consultar al especialista, el 58,5% de la muestra informó que su proveedor habitual de AP había sido informado. Ambas prevalencias no difieren significativamente por tipo de cobertura.

Tabla 6.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Jamaica.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------|-----------|
| Prevención | | | |
| El MAP envió recordatorio para cita preventiva (check-up) | 17,4 ^a | 28,2 | 21,5 |
| El MAP habló sobre estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, factores de estrés) | 21,0 | 24,9 | 22,5 |
| Tuvo una cita preventiva en los últimos dos años | 59,9 | 72,0 | 64,5 |
| Exámenes de detección oportuna en mujeres | | | |
| Mujeres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 87,4 | 89,6 | 88,3 |
| Mujeres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 54,5 | 60,5 | 56,8 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para mujeres (presión arterial y control de colesterol) | 49,5 | 55,7 | 51,8 |
| Mujeres que se realizaron un examen citológico-cervical en los últimos tres años | 54,2 | 51,1 | 53,0 |
| Mujeres mayores de 40 años que se realizaron mamografía en los últimos tres años | 28,1 | 42,1 | 32,9 |
| Exámenes de detección oportuna para mujeres mayores de 40 años (presión arterial, control de colesterol, examen citológico-cervical y mamografía) | 19,1 | 22,0 | 20,1 |
| Exámenes de detección oportuna en hombres | | | |
| Hombres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 70,9 | 81,5 | 75,1 |
| Hombres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 56,5 | 67,0 | 60,7 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para hombres (presión arterial y control de colesterol) | 48,5 | 61,2 | 53,5 |
| Manejo de enfermedades crónicas | | | |
| Tiene enfermedad crónica, confía en que puede manejar sus problemas de salud | 78,4 | 87,5 | 81,7 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. Prevalencias de las variables de prevención y manejo de enfermedades crónicas también ajustadas por sexo.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Tabla 6.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Jamaica.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------|-----------|
| Acceso a la atención especializada | | | |
| Consultó con un especialista en los últimos dos años | 24,8 | 28,4 | 26,2 |
| Tiempo de espera para una consulta con el especialista | | | |
| < 2 semanas | 45,1 ^a | 70,9 | 54,8 |
| Entre 2 y 8 semanas | 32,8 | 20,4 | 26,7 |
| > 8 semanas | 17,5 ^a | 5,1 | 10,3 |
| Coordinación entre APS y atención especializada | | | |
| Es necesario pedir una referencia para atención especializada | 76,7 | 79,2 | 77,7 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico del lugar usual de atención | 52,8 | 57,1 | 54,7 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico que no es del lugar usual de atención o por la sala de emergencias | 16,1 | 14,8 | 15,5 |
| El especialista tenía información médica básica del proveedor habitual de AP sobre el motivo de consulta del paciente o resultados de exámenes | 64,9 | 60,6 | 63,0 |
| Tras la consulta con el especialista, el proveedor habitual de AP fue informado sobre las recomendaciones hechas por el especialista | 54,2 | 64,6 | 58,5 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

La Tabla 6.8 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de los servicios de hospitalización y emergencias. El 13,2% de la muestra informó haber sido hospitalizado en los últimos dos años. Entre los que requirieron hospitalización, el 19,1% señaló haber sido readmitido en el hospital después del alta o que tuvo

que haber ido a la sala de emergencias. La gran mayoría de los encuestados que fueron hospitalizados (72,5%) indicó que el personal del hospital le proporcionó información sobre la medicación recibida al darle de alta; sin embargo, este porcentaje fue significativamente menor para los usuarios del sistema público (65,1%)

Tabla 6.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Jamaica.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------|-----------|
| Hospitalización | | | |
| Requirió hospitalización en los últimos dos años | 12,8 | 13,7 | 13,2 |
| Tras el alta, fue readmitido o tuvo que acudir al Servicio de Emergencias | 21,3 | 16,1 | 19,1 |
| El personal del hospital proporcionó información sobre la medicación al darle el alta | 65,1 ^a | 85,4 | 72,5 |
| El personal del hospital ayudó a coordinar una consulta de seguimiento | 58,5 | 69,5 | 62,5 |
| El personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados | 49,4 | 51,5 | 50,2 |
| Departamento de emergencias | | | |
| Usó el servicio de emergencias en los últimos dos años | 25,4 | 22,6 | 24,2 |
| Considera que utilizó el departamento de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario | 58,5 | 60,1 | 59,0 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias fue hospitalizado o referido a otra clínica médica | 18,7 | 30,2 | 22,1 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias, recibió el alta | 78,0 | 67,5 | 74,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

en comparación con aquellos afiliados al seguro privado (85,4%). Alrededor de dos tercios de los encuestados, el 62,5%, informó que el personal del hospital los ayudó a coordinar una consulta de seguimiento con su proveedor de salud, en este caso sin diferencia significativa por tipo de cobertura. Un menor porcentaje (50,2%) declara que el personal del hospital le dio información por escrito sobre autocuidados, proporción similar para ambos tipos de afiliación.

El 24,2% del total de entrevistados informó haber usado el departamento de emergencias en los últimos dos años. Más de la mitad de la muestra (59,0%), dijo haberlo hecho para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario, y este número fue similar para ambos tipos de cobertura. La mayoría de los pacientes (74,2%) fueron dados de alta después de su visita a la sala de emergencias.

Discusión

En los últimos años, algunos resultados importantes de la política *no user fees*, establecida en 2008, han sido señalados en la literatura. Por ejemplo, entre los usuarios de los servicios del Ministerio de Salud, cuando se comparan los años 2006 y 2009 se observan aumentos del 12,1% en hospitalizaciones, 28,3% en consultas ambulatorias en los hospitales, 71,1% en admisiones de emergencia, 15,9% en el número de cirugías, 77,6% en la utilización de farmacias, y 27,5% en consultas en los centros de salud (Campbell 2013). Además, una evaluación de impacto indica que la política *no user fees* redujo la probabilidad de padecer de una enfermedad asociada a la pérdida de días laborales y el número de días laborales perdidos en un 28,6%

y 34,0%, respectivamente (Beuermann y Pecha Garzón 2016). Los resultados de la presente encuesta también confirman importantes niveles de demanda de servicios de salud por parte de la población, pues el 79,3% de la muestra relata haber acudido a un servicio de salud, ya sea público o privado. Sin embargo, a pesar de esos importantes avances, los resultados de la encuesta sugieren que, desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud, persisten las barreras financieras y organizacionales de acceso.

Desde el punto de vista financiero, el sistema de salud pública parece todavía no haber alcanzado su meta de proporcionar protección contra gastos de bolsillo. A la fecha de realización de la encuesta, un 36,2% de los usuarios de este sistema indicó tener serios problemas para pagar sus facturas médicas. Aunque se podría esperar que aquellos con seguro privado paguen más por su cuidado, la Tabla 6.3 indica que ambos grupos enfrentan gastos de bolsillo elevados, y que el gasto medio anual es de hecho bastante similar para ambos. Por lo tanto, la barrera económica parece ser universal, al afectar a todos los usuarios —independientemente de su tipo de cobertura—, aunque la intensidad sea mayor para los del sistema público, dado que aquellos que tienen seguro privado tienen probabilidades de poseer un nivel socioeconómico más alto y, por lo tanto, están mejor preparados para cubrir los gastos en los que incurrir.

Desde el punto de vista organizacional, los tiempos de espera para acceder a la atención primaria y especializada son más prolongados para los pacientes dentro del sistema público. La coordinación de la atención también es muy baja para ambos grupos, y es particularmente problemática para los usuarios del sistema

público de salud. En general, el 22,3% de los encuestados declaró no necesitar una referencia para atención especializada, hallazgo que puede ser un síntoma de falta de integración en el sistema de salud jamaicano, con servicios de atención primaria que no sirven como *gatekeepers* de la atención especializada. La carencia de integración entre diferentes entidades en el sistema de salud pública se evidencia aún más por el hecho de que solo el 29% de los usuarios del sistema público informó que su MAP coordina la atención con otros médicos. Además, casi la mitad de los usuarios del sistema público que consultaron a un especialista en el último año indicaron que su médico de atención primaria no fue informado después de la consulta. Si bien siguen siendo bajos, los resultados relativos a la coordinación son significativamente más positivos para quienes utilizan seguros privados. Llama la atención el grado de utilización de los servicios de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario. Sin embargo, proporcionalmente, esas prevalencias son similares en los servicios públicos y privados (58,5% y 60,1%, respectivamente), lo cual indica brechas de calidad y coordinación en ambos tipos de cobertura.

Tanto la calidad como el acceso a la atención son significativamente más bajos para los usuarios del sistema de salud pública que para aquellos con cobertura privada adicional. El hecho de que haya una alta prevalencia, carga de enfermedad y frecuente autoinforme sobre enfermedades crónicas y que, a pesar de ello, la población relate un buen estado de salud, puede deberse a la falta de educación al respecto y a la debilidad en el enfoque preventivo, que

también se refleja en el bajo acceso y baja realización de exámenes preventivos.

Conclusiones

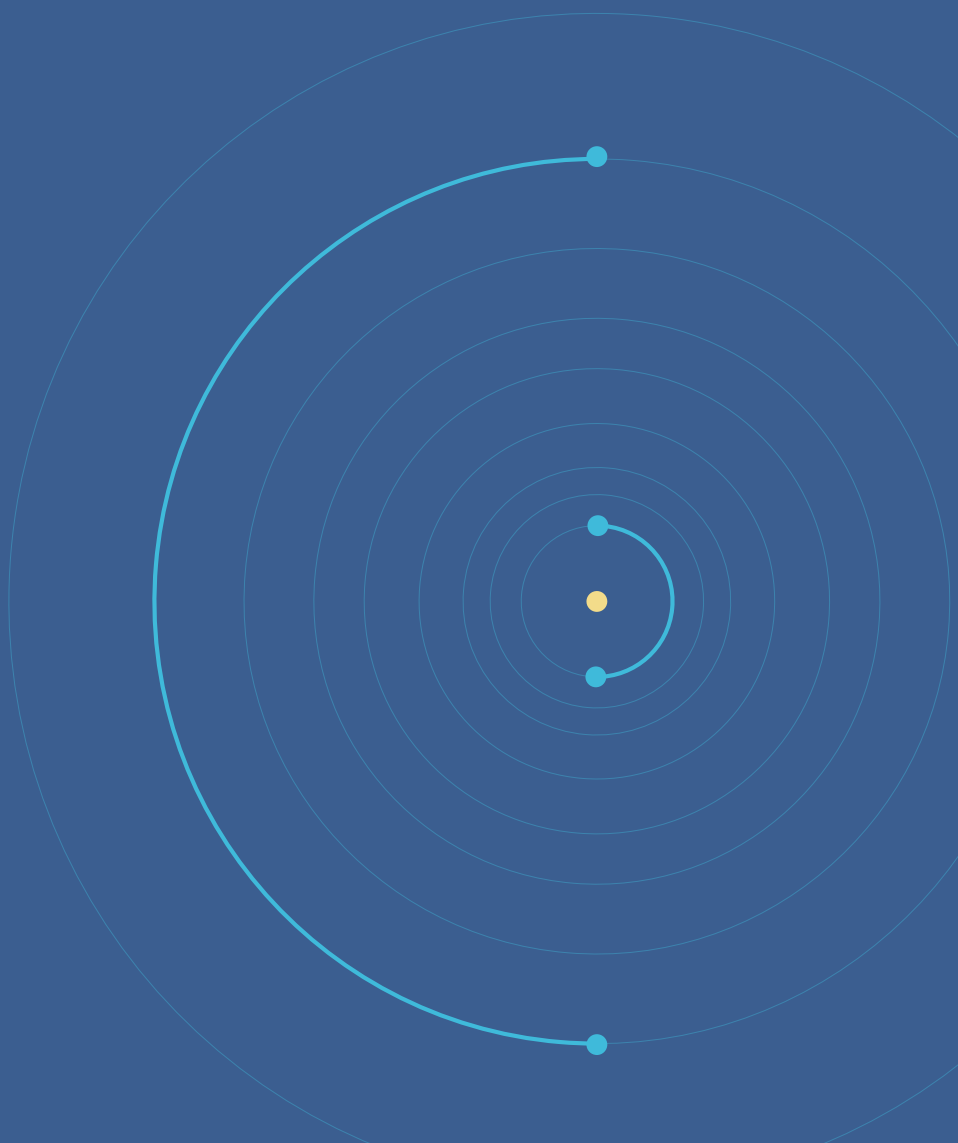
Los resultados de esta encuesta confirman algunos progresos importantes en la expansión del acceso a los servicios de salud, especialmente en las tasas de utilización informadas por los usuarios. A pesar de los avances, hay también pruebas de que la política *no user fees*, establecida en 2008, todavía no ha sido suficiente para garantizar la plena protección financiera de los usuarios del sistema de salud pública. El acceso a la atención primaria, secundaria y a las pruebas de detección continúan siendo más bajas para los usuarios del sistema público nacional de salud que para quienes cuentan con un seguro privado. La calidad interpersonal de la atención y la satisfacción general con el sistema de salud también es significativamente menor para los usuarios del sistema de salud pública.

Estos resultados apoyan la afirmación de que los esfuerzos para asegurar la cobertura universal deben seguir mejorando continuamente, a fin de lograr una accesibilidad real a los niveles deseados y con suficientes niveles de calidad de la atención. Dado el perfil epidemiológico actual, y considerando la visión histórica y liderazgo mundial que ha tenido Jamaica en APS, el fortalecimiento de la atención primaria y un énfasis en la prevención, junto con un fortalecimiento de la gestión, contribuiría a seguir con las mejoras en indicadores de acceso y calidad, al mismo tiempo que puede controlar el impacto financiero y social de las ECNT en los próximos años.

La experiencia con la atención primaria de salud en México

7

Ricardo Pérez-Cuevas y
Svetlana V. Doubova





Perfil epidemiológico y características del sistema de salud en México

México es un país que en 2015 registró un PIB per cápita de US\$ 9.005, lo cual lo coloca por encima del promedio de la región en términos de nivel de ingresos, y en el periodo 2011-2015 su crecimiento promedio anual fue de 2,8% (BM 2017). Los niveles de pobreza y desigualdad se han reducido de manera sostenida en los últimos años, y en 2014, alrededor del 3% de la población tenía ingreso diario inferior a US\$ 3,10 ajustados por paridad de poder adquisitivo. Para el año 2014, el gasto total en salud fue del 6,3% del PIB, alrededor de US\$ 677 por persona, y en el mismo año el gasto gubernamental en salud fue del 3,3% del PIB, alrededor de US\$ 350 por persona (OMS 2017). Estas cifras indican que el 52% del gasto total en salud fue público y el 48% fue privado, siendo que el gasto de bolsillo corresponde al 44% del gasto total.

Como la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe, México se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. En los últimos 14 años, la esperanza de vida al nacer se incrementó 2,4 años, y según los indicadores del 2014, las mujeres y los hombres mexicanos pueden esperar vivir 79,2 y 74,4 años, respectivamente. A su vez, la proporción de adultos mayores de 65 años aumenta a una velocidad superior al crecimiento de la población total. Las tendencias indican

que la proporción de este grupo de edad aumentará del 4,7% en el año 2000 al 18,6% en el año 2050, posicionando a México como un país con más de 27 millones de adultos mayores.

De acuerdo con datos del *Institute for Health Metrics and Evaluation*, para el año 2015, la carga de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, se distribuyó en un 75,3% atribuido a enfermedades crónicas no transmisibles, un 12,0% a lesiones y un 12,6% a enfermedades infecciosas y materno-infantiles. La carga por ECNT presenta una tendencia al aumento, desplazando a las lesiones y enfermedades infecciosas y materno-infantiles. En la composición de las ECNT predominan las enfermedades cardiovasculares (9,78% del total de AVAD), trastornos mentales y consumo de sustancias (9,03%), diferentes tipos de cáncer (8,15%), otras enfermedades no transmisibles (11,97%) y diabetes, enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas (14,99%). Entre los principales factores de riesgo para las ECNT se destacan la presión arterial sistólica alta (9,95% del total de riesgo atribuible), alto índice de masa corporal (14,43%), glucosa elevada en plasma en ayunas (18,63%), función renal deteriorada (8,02%) y consumo de alcohol (4,2%).

El aumento en la prevalencia de las afecciones crónicas presenta un reto para los servicios de salud. Para lidiar con este nuevo perfil de enfermedades se requiere una mejora en las capacidades resolutivas de los servicios del primer nivel de atención, junto con la gestión de redes de servicios complejas e integradas (OPS 2011). Sin embargo, a la fecha hay pocas fuentes de información acerca del desempeño de los servicios de salud en México, particularmente desde la perspec-

tiva de sus usuarios (Reyes-Morales 2013; Saucedo-Valenzuela 2010).

El sector de salud mexicano es complejo y segmentado, dentro del cual los afiliados se superponen. Actualmente, el acceso a los servicios distingue cuatro grandes grupos de población: (1) los trabajadores y sus familias, cubiertos por un seguro de enfermedad social contributivo (seguridad social) —aproximadamente 75,1 millones de personas o 62,8% de la población— (INEGI, 2014); (2) personas que no están afiliadas a la seguridad social, la mayoría de las cuales utiliza el seguro público no contributivo Seguro Popular —aproximadamente 54,9 millones de personas o 46% de la población—; y (3) las personas que pueden acceder a un seguro privado o asistencia médica privada, estén cubiertas o no por los seguros públicos —aproximadamente 10 millones o 8,8% de la población—. Un posible cuarto grupo estaría compuesto por las personas que no cuentan con ningún tipo de seguros, unos 15,6 o 18,7 millones (González-Block, 2015). Sin embargo, persiste la discusión acerca del alcance de la cobertura universal en México, con algunos argumentos que sugieren que el país prácticamente tiene cobertura universal (Knaul et al. 2012), mientras que otros defienden el punto de vista de que todavía esa meta no fue alcanzada (Gutiérrez 2013). No obstante, es conveniente aclarar que las personas sin acceso al seguro público de salud pueden utilizar —sin costo— los servicios que brinda la Secretaría de Salud (SdS), y que una gran proporción de estas personas viven en zonas rurales alejadas de acceso difícil.

El sector público de salud comprende la Secretaría de Salud y las instituciones de la Seguridad Social. La SdS es la principal autoridad sanitaria encargada

de la gobernanza, administración, diseño, planificación e implementación de políticas de salud y programas nacionales (i.e., programas de salud pública). También es la responsable de recolectar y reunir la información relacionada con la salud del país (como estadísticas epidemiológicas, mortalidad, egresos hospitalarios) y realizar actividades evaluativas del sector de la salud. Asimismo, a través de las Secretarías Estatales de Salud, se otorgan servicios a las personas afiliadas al seguro popular, trabajadores informales y de bajo nivel socioeconómico. Las Secretarías Estatales de Salud están descentralizadas en los 32 estados del país, por lo que tienen una amplia variabilidad de organizaciones gerenciales, infraestructuras, suministro de servicios de salud y calidad de atención (Secretaría de Salud 2013). La SdS ofrece atención médica altamente especializada a través de los Institutos Nacionales de Salud y la red de hospitales federales. Además, para complementar el acceso a la población vulnerable que vive en áreas rurales remotas (22 millones) en 19 estados, el programa IMSS-Prospera brinda atención primaria y secundaria gratuita. Se estima que aproximadamente la mitad de esta población está afiliada al Seguro Popular.

Las instituciones de seguridad social son nacionales y proporcionan beneficios sociales, económicos y de salud a segmentos específicos de la población; y comprenden al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y otros. El derecho a recibir asistencia de salud en la seguridad social está vinculado a la situación laboral. El financiamiento es contributivo y tripartito; las fuentes son las contribuciones de los empleados, emplea-

dores y del gobierno. Las instituciones de seguridad social no tienen un paquete explícito de beneficios.

El sector privado está en continua expansión, pero no está totalmente regulado ni vinculado a las políticas nacionales de salud. El mercado privado de seguros de salud alberga aproximadamente al 8,8% de la población (INEGI 2014). Dentro de los servicios de atención ambulatoria, hay aproximadamente 14.000 médicos privados adyacentes a farmacias privadas que ascendieron a este gran número en menos de una década. Dichos médicos absorben la demanda insatisfecha de los afiliados de las instituciones de salud pública —ya que hasta el 70% de sus usuarios tienen seguros de salud pública— (Pérez-Cuevas et al. 2014), aunque hay serias preocupaciones con respecto a las condiciones de contratación, la calidad de la atención, las prescripciones excesivas y los conflictos de intereses (Funsalud 2014).

En la última década, México ha emprendido tres políticas estratégicas de salud para la población sin seguridad social: lograr cobertura de salud universal, facilitar el acceso y proporcionar protección financiera contra los gastos relacionados con la salud (Knaul y Frenk 2005). En la búsqueda de estas políticas, el financiamiento de la salud ha aumentado rápidamente. Del año 2000 al 2014, el gasto público total en salud aumentó un 81,7% en términos reales. En el año 2015, el presupuesto asignado a la SdS fue de MX\$212,773 millones, cifra que representa el 1,16% del PIB de México. Las instituciones de seguridad social recibieron el equivalente al 1,74% del PIB. El gasto total en salud representa el 6,2% (público 2,9%, privado 3,3%) del PIB (OCDE 2016), pero una proporción significativa del gasto privado en salud todavía es gasto de bolsillo (OCDE 2016).

Las reformas en México orientadas a cerrar las brechas en el acceso a la asistencia de salud y a reducir los gastos de bolsillo relacionados han producido resultados positivos. En 2003, el gobierno lanzó el Seguro Popular, que en 2014 informó 57 millones de afiliados (Comisión Nacional de Protección Social en Salud 2014). Vale la pena mencionar que el número total de afiliados a las instituciones de salud pública es mayor que la población mexicana, esta incoherencia se debe al fenómeno de la superposición de afiliados porque hay personas afiliadas a uno, dos o tres sistemas de salud. Sin embargo, la Secretaría de Salud reconoce que todavía hay personas sin afiliación a un seguro público y, por lo tanto, los esfuerzos por seguir expandiendo la cobertura deben continuar. Múltiples evaluaciones del Seguro Popular han mostrado el progreso del programa en cuanto al aumento de la cobertura y del acceso a atención, sin embargo, el objetivo de proporcionar protección financiera se cumple parcialmente. Se ha documentado una reducción de los gastos catastróficos de atención de la salud en un 3% (CONEVAL, 2016) mientras se informó que la proporción de los gastos de bolsillo relacionados con la salud fue del 44% en 2014 (CONEVAL 2015).

A pesar de los múltiples esfuerzos para alcanzar la cobertura universal, y de que los servicios de salud de la Seguridad Social y la Secretaría de Salud están organizados por niveles de atención, el país carece de una estrategia nacional de atención primaria que sirva como base para el diseño y operación de redes asistenciales. Algunas iniciativas tuvieron éxito localizado importante, como es el caso del programa PREVENIMSS, que inició en 2002 y se enfocó en fortalecer los programas de atención preventiva (Gutiérrez et al. 2010). Pero aún se reconoce la urgencia

de una renovación y fortalecimiento de la función de atención primaria y preventiva en el país (OCDE 2016). En ese contexto, los resultados de la aplicación de una variación de la Encuesta Commonwealth en el país ofrecen una importante mirada para caracterizar el sistema de salud desde la óptica de un modelo de redes basadas en atención primaria.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos acerca de las percepciones generales de los usuarios del sistema de salud en México, el acceso financiero y físico a los servicios de salud, las percepciones sobre la calidad de la atención primaria, y datos sobre la atención especializada, además de los resultados relativos a la utilización de los servicios de emergencia y servicios hospitalarios. Discutimos qué significan estos datos en el contexto de México, y qué nos pueden señalar sobre las brechas que existen en el sistema de salud y las inequidades entre los principales subsistemas: (a) el régimen contributivo, financiado predominantemente por impuestos sobre la nómina de los trabajadores formales y las contribuciones de los empleadores; (b) el régimen subsidiado, financiado por impuestos generales y que incluye a las personas más pobres, los trabajadores informales y, los que no cuentan con seguridad social o seguro médico privado; y (c) los que deciden adquirir un seguro privado complementario, independientemente de su afiliación a uno de los dos subsistemas gubernamentales. Para facilitar la lectura y la comparabilidad entre los seis países incluidos en la versión 2013 de la encuesta en ALC, en el presente capítulo se utiliza el término “Seguro Social” para aquellos afiliados al régimen contributivo que no están afiliados a algún seguro privado, “Público” en referencia a los afiliados al régimen subsidiado que no cuentan con seguro social o seguros privados, y

“Privado” en alusión a aquellos que han suscrito un plan privado adicional. Dichas categorías son mutuamente excluyentes.

Características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud

La muestra consistió en un total de 1.488 individuos: 251 usuarios del sistema público de salud, 780 afiliados a la seguridad social, 291 con seguro privado y 166 sin seguro. Cabe precisar que 107 encuestados señalaron estar afiliados tanto al sistema público como a la seguridad social, 111 informaron que además de utilizar el sistema público contaban con un seguro privado, y 43 de los encuestados indicaron estar afiliados a la seguridad social y a un seguro privado. La Tabla 7.1 muestra las características generales de la población objeto del estudio. La muestra contiene una proporción ligeramente mayor de mujeres que de hombres, principalmente en el grupo sin seguro de salud, si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos —a excepción de aquellos afiliados a la seguridad social frente a los que no poseen ningún seguro—.

Cerca de la tercera parte de la muestra (27,1%) informó tener un nivel de educación primaria o menos. El porcentaje fue significativamente mayor entre los usuarios del sistema público (50,5%), en

comparación con los demás grupos, cuyo porcentaje era mucho menor.

Una tercera parte de los encuestados dijo haber sido diagnosticada con al menos una enfermedad crónica, el mayor porcentaje siendo entre los que pertenecen al seguro social (40,3%), seguido de aquellos afiliados al sistema público (34,7%), privado (32,5%) y sin seguro de salud (16,4%). Mientras, solo el 21,8% de la población indicó tener una baja percepción de su estado de salud, sin diferencia significativa por tipo de régimen.

La Tabla 7.2 presenta las percepciones de la población acerca del sistema de salud. Del total de participantes, la mayoría señaló que el sistema de salud en México requiere mejoras significativas. Solo el 16,5% del total de encuestados informó que el sistema de salud funciona bastante bien y que solo requeriría cambios menores para funcionar mejor, mientras que el 54,4% respondió que hay algunos aspectos positivos, pero es necesario hacer cambios fundamentales. De forma más crítica, el 25,9% consideró que hay tantos problemas en el sistema de salud mexicano que hay que reconstruirlo completamente. Estas opiniones no fueron significativamente diferentes entre los usuarios exclusivos del sistema público y aquellos con seguro privado. En relación con la confianza en recibir el tratamiento más efectivo, el 73,4% de los encuestados indicó tenerla, con diferencia significativa entre los usuarios del seguro público (63,7%) en comparación con los usuarios de seguro social (78,7%).

Tabla 7.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en México¹⁹.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO | PÚBLICO | SEGURO SOCIAL | PRIVADO | TOTAL |
|---|----------------------|----------------------|---------------|---------|-------|
| Número de entrevistados (n) | 166 | 251 | 780 | 291 | 1488 |
| Ponderación (%) | 11,8 | 22,3 | 47,7 | 18,2 | 100,0 |
| Sexo (%) | | | | | |
| Mujeres | 55,1 ^b | 54,6 | 49,1 | 49,6 | 51,2 |
| Edad (%) | | | | | |
| 18-25 (%) | 31,7 | 27,8 ^b | 20,6 | 23,5 | 24,1 |
| 26-35 | 30,0 | 22,6 | 24,6 | 24,9 | 24,8 |
| 36-45 | 21,9 | 27,8 | 19,8 | 20,8 | 22,0 |
| 46-59 | 15,5 ^{b, c} | 17,7 ^b | 24,8 | 24,7 | 22,1 |
| 60+ | 0,9 ^{a, c} | 4,1 ^{b, c} | 10,2 | 6,2 | 7,0 |
| Educación (%) | | | | | |
| Primaria | 30,9 ^a | 50,5 ^{b, c} | 19,5 | 16,1 | 27,1 |
| Secundaria | 61,7 ^{b, c} | 40,9 ^{b, c} | 59,4 | 58,7 | 55,4 |
| Universitaria | 7,5 ^{a, c} | 8,6 ^{b, c} | 21,0 | 25,3 | 17,5 |
| Estado de salud (%) | | | | | |
| Al menos una enfermedad crónica | 16,4 ^b | 34,7 | 40,3 | 32,5 | 34,8 |
| Dos o más enfermedades crónicas | 4,7 ^a | 12,2 ^c | 18,8 | 12,3 | 14,5 |
| Baja percepción subjetiva del estado de salud | 13,1 ^a | 27,6 | 23,1 | 16,9 | 21,8 |

Notas:

- a. Existe diferencia con el resultado del sistema público ($p < 0,05$).
b. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).
c. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

19 Todos los resultados presentados en las tablas, excepto el número de entrevistados, utilizan los pesos muestrales para representatividad de la población nacional.

Tabla 7.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|----------------|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Percepciones | | | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 12,5 | 22,3 | 15,2 | 16,5 | 16,5 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 47,1 | 48,7 | 59,2 | 55,2 | 54,4 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 38,4 | 26,7 | 23,4 | 25,9 | 25,9 |
| Confianza | | | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 74,4 | 63,7 ^a | 78,7 | 71,7 | 73,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

Barreras de acceso a los servicios

La Tabla 7.3 muestra las respuestas de los entrevistados acerca de barreras financieras y de transporte en el acceso a los servicios de salud. Las barreras financieras son las más significativas, por lo que las políticas actuales de salud mexicanas tratan de afrontarlas: es evidente que existe un amplio margen de mejora. En

tal sentido, destaca que el 66,7% confiaba en poder pagar un tratamiento, mientras que el 33,3% no. Además, cerca del 17,4% señaló que tuvo un problema médico en el último año, pero que no acudió al médico debido al costo. Este porcentaje fue significativamente mayor para los usuarios del sistema público (27,7%), mientras que fue menor para los que tenían seguro privado (10,9%) y para quienes estaban afiliados a la seguridad social (15,6%). El 16,7% del total de entrevistados informó que

Tabla 7.3. Barreras financieras y de transporte en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|----------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras financieras | | | | | |
| Confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario | 69,4 | 61,9 | 67,5 | 69,7 | 66,7 |
| Tuvo problemas médicos, pero no acudió a un médico debido al costo | 27,4 | 27,7 ^{a, b} | 15,6 | 10,9 | 17,4 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control debido al costo | 24,4 | 22,1 | 14,7 | 14,0 | 16,7 |
| Gasto de bolsillo | | | | | |
| Tuvo gasto de bolsillo | 88,5 ^b | 82,3 | 71,7 ^b | 87,5 | 78,4 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 200 | 41,1 | 44,8 | 31,7 ^b | 53,2 | 38,7 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 500 | 15,4 ^b | 14,0 ^b | 11,1 ^b | 33,1 | 15,1 |
| Tuvo problemas serios para pagar el gasto de bolsillo | 22,7 | 23,8 | 15,2 | 15,0 | 17,5 |
| Barreras geográficas | | | | | |
| No acudió a un médico por dificultades en el transporte | 7,9 | 10,3 | 10,7 ^b | 4,1 | 8,6 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

tuvo problemas médicos en los últimos 12 meses, pero que omitió un examen médico, tratamiento o control debido al costo.

En el sector de la salud en México, algunas personas no buscan atención médica debido a los gastos de bolsillo. En tal sentido, la mayoría de la muestra informa

haberlos tenido (78,4%) y el 88,5% de los que no tienen seguro señala haber pagado por la atención con fondos propios. Un 38,7% del total declaró que tuvo gastos de bolsillo superiores a US\$ 200, mientras que el 15,1% indicó que fueron mayores a US\$ 500. La mayor prevalencia de gastos de bolsillo superiores a US\$ 500 se observó

en quienes tenían seguro privado de salud (33,1%). Un 17,5% de la muestra tuvo problemas serios para pagar estos gastos.

Las barreras de transporte son un problema sin resolver e importante para abordar en el sector de salud mexicano. El

porcentaje de encuestados que no consultó a un médico debido a dificultades con el transporte fue del 8,6%, aunque fue considerablemente menor para los afiliados al seguro privado (4,1%) en comparación con los afiliados al sistema público (10,3%), y al seguro social (10,7%).

Tabla 7.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|----------------------|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras organizacionales | | | | | |
| Hizo al menos una visita al centro de atención primaria en el último año | 73,6 | 78,7 | 84,1 | 78,4 | 80,6 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita | 12,2 | 15,4 | 16,0 | 8,3 | 13,5 |
| Se puede agendar cita con la clínica de AP por teléfono, correo o web | 42,5 ^c | 46,6 ^c | 58,4 ^c | 68,7 | 56,8 |
| La dificultad para conseguir atención médica por las noches, fines de semana o feriados no hace posible el acceso a atención sin tener que acudir a un servicio de emergencias | 65,2 | 69,5 | 66,2 | 57,2 | 64,8 |
| Tiempo para acceder a atención provista por un médico o personal de enfermería | | | | | |
| Mismo día o al siguiente | 75,7 ^{a, b} | 55,6 ^c | 60,3 ^c | 77,2 | 64,1 |
| > 2 semanas o nunca | 7,2 | 14,2 | 10,1 | 7,4 | 9,8 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del sistema público ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

c. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

La Tabla 7.4 muestra las respuestas de los entrevistados acerca de barreras organizacionales que enfrentaron para acceder a los servicios de salud. Es notorio que más de 80% acudió al menos una vez a un centro de atención primaria en el último año; aunque un 14% no logró realizar un examen médico para tratamiento o control por dificultades para concertar una cita. También resultó difícil la comunicación, pues aproximadamente el 57% lo pudo hacer remotamente (teléfono, correo); además de que un porcentaje elevado (64,8%) de los participantes percibió que los servicios son difíciles de acceder en las noches o fines de semana. En cuanto al tiempo de espera para acceder a un médico o personal de enfermería la última vez que requirió atención, la mayoría de los encuestados (64,1%) lo logró el mismo día o al siguiente. Este número fue mayor para los pacientes con seguro privado (77,2%), seguido por los que carecían de seguro de salud (75,7%), en comparación a los usuarios del sistema público (55,6%) y de la seguridad social (60,3%). Por otra parte, únicamente el 9,8% de los encuestados señaló que esperó más de dos semanas o que nunca logró acceder a la atención.

Experiencia con la utilización de APS

La Tabla 7.5 a continuación presenta los resultados de la experiencia de los usuarios con los servicios en la atención primaria de salud. La muestra poblacional para las preguntas de experiencia en la atención primaria se compone de quienes informan contar con un centro o un médico regular, para que puedan evaluar el conjunto de las atenciones recibidas y no cada atención individualizada. Las medidas de experiencia con la utilización de la

atención primaria fueron divididas en tres dimensiones: primero, la alineación con un modelo de APS centrada en el paciente; luego, la experiencia del paciente; y, finalmente, la percepción acerca de la calidad de atención.

En relación con los atributos de la APS centrada en el paciente, el porcentaje de encuestados que indicó tener un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente fue del 61,8%, con amplia variación entre grupos de cobertura: entre los que no cuentan con seguro de salud, el 26,7% señala tener un lugar usual de atención, comparado con el 58,4% de los afiliados al seguro público, el 72,7% de los que tienen seguro social y el 71,2% de los que tiene un seguro privado. Entre los encuestados que tuvieron algún tipo de comunicación con su clínica de atención primaria, el 48,6% informó que la misma fue fácil, con desventaja para los que tienen seguro público (42,3%) y seguro social (44,1%) frente a los que no tienen seguro (64,3%) o que cuentan con seguro privado (63,1%). El 75,2% de los encuestados que cuentan con un médico de atención primaria (MAP) declaró que el médico conocía información importante sobre la historia clínica, y los resultados fueron inferiores para los grupos sin seguro y con seguro público (64,6% y 62,6%, respectivamente), comparado con los usuarios del seguro social o seguro privado (78,0% y 83,3%, respectivamente). El 48,3% de los encuestados manifestó que el MAP los ayuda a coordinar la atención, sin diferencia significativa por tipo de régimen. Considerándose los cuatro atributos en conjunto, un 12,8% de los entrevistados señaló contar con servicios de salud con las características de la APS centrada en el paciente, con alguna variación no estadísticamente significativa entre las diferentes categorías de cobertura: el 8,2%

de los que no tienen seguro, el 12,8% de los que están afiliados al sistema público, el 12,2% de los afiliados al sistema de seguro social y el 16,7% de los que indican tener seguro privado cuentan con APS centrada en el paciente.

Sobre la dimensión de experiencia del paciente con su médico de atención primaria, el 79,9% aseguró que el MAP le permite hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado, el 73,1% declaró que el MAP pasa suficiente tiempo con el paciente y el 78,0% indicó que explica la situación en una forma fácil de entender. Además, el 80,5% percibió que el MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud, proporción que fue significativamente mayor para los usuarios del seguro privado (90,1%) frente

a los que no tienen seguro (80,7%), a los afiliados al sistema público (72,4%) y a la seguridad social (79,8%). El 62,1% de los pacientes que indicó tomar por lo menos un medicamento recetado o formulado, informó que el MAP revisó los medicamentos, incluyendo aquellos recetados por otros médicos. De forma similar, el 61,8% de los entrevistados señaló que su MAP explicó los efectos secundarios potenciales de los medicamentos.

En general, el 35,4% de los encuestados percibió que la calidad de la atención de primer nivel es buena. El 15,8% de los entrevistados dijo haber tenido un problema médico para el que tardó mucho tiempo en recibir el diagnóstico adecuado, sin diferencias significativas por tipo de régimen.

Tabla 7.5. Experiencia con la atención primaria en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------------|----------------------|-------------------|-------------|-----------|
| APS centrada en el paciente | | | | | |
| Tiene un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente | 26,7 ^{a, b, c} | 58,4 ^b | 72,7 ^c | 71,2 | 61,8 |
| Comunicación con la clínica de AP durante el día es fácil | 64,3 | 42,3 ^c | 44,1 ^c | 63,1 | 48,6 |
| El médico de atención primaria (MAP) conoce información importante sobre la historia clínica del paciente | 64,6 | 62,6 ^{b, c} | 78,0 | 83,3 | 75,2 |
| El MAP ayuda a coordinar la atención | 63,5 | 38,5 | 50,7 | 47,8 | 48,3 |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 8,2 ^c | 12,8 | 12,2 | 16,7 | 12,8 |

Tabla 7.5. Continuación.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|----------------|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Experiencia del paciente | | | | | |
| El MAP permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado | 82,2 | 68,4 ^c | 80,2 ^c | 90,2 | 79,9 |
| El MAP pasa suficiente tiempo con el paciente | 71,8 | 65,3 | 74,3 | 77,5 | 73,1 |
| El MAP explica la situación en una forma fácil de entender | 83,5 | 67,6 ^c | 79,0 | 84,5 | 78,0 |
| El MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud | 80,1 | 72,4 ^c | 79,8 ^c | 90,1 | 80,5 |
| El MAP revisó los medicamentos | 81,3 | 67,1 | 58,3 | 69,8 | 62,1 |
| El MAP explicó los potenciales efectos secundarios de los medicamentos | 76,7 | 76,0 | 55,2 | 72,8 | 61,8 |
| Percepción de calidad | | | | | |
| Percepción de muy buena calidad acerca de la atención en el primer nivel | 42,8 | 31,9 | 31,5 ^c | 48,0 | 35,4 |
| Tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado | 15,2 | 18,2 | 16,0 | 12,6 | 15,8 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del sistema público ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

c. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

La Tabla 7.6 a continuación presenta los resultados de prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas. El 23,8% del total de encuestados señaló que el MAP envió un recordatorio para la cita preventiva, y los porcentajes fueron muy similares entre los afiliados.

El asesoramiento sobre estilo de vida saludable es un tema importante en el contexto mexicano, ya que hay una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión en todos los grupos de edad. Los hallazgos señalan que la orientación al estilo de vida saludable es una necesidad insatisfecha para la provisión de servicios de atención primaria. El 40,9% de los encuestados indicó que el MAP habló acerca de temas relacionados a estilos de vida saludables como alimentación, actividad física y factores de estrés: el rango varió del 29,9% en los que no tenían seguro de salud al 45,2% en los afiliados a la seguridad social. Además, el 60,5% del total de entrevistados informó haber tenido una cita preventiva en los últimos dos años, con desventaja para los que no tenían seguro (el 39,2% realizó una cita preventiva).

En relación con los exámenes de detección oportuna, a toda la muestra se le preguntó sobre la medición de la presión arterial y el colesterol. En el caso específico de las mujeres, además, se indagó sobre el tamizaje con Papanicolaou; mientras que las preguntas sobre la mamografía se restringieron a las mujeres con más de 40 años al momento de la entrevista. El 73,4% informó que se les midió la presión arterial en el último año y el 69,6% indicó

que se les practicó una prueba de colesterol durante los últimos cinco años. Para ambos tipos de exámenes, el porcentaje de quienes no estaban afiliadas a algún seguro de salud fue significativamente inferior en comparación con los otros regímenes. El porcentaje de mujeres encuestadas que indicó tamizaje para cáncer cérvico-uterino con Papanicolaou en los últimos tres años fue del 72,8%, porcentaje que se reduce al 55,6% en el grupo de quienes no tenían seguro médico. Asimismo, el 59,7% de todas las mujeres mayores de 40 años dijo haberse realizado una mamografía en los últimos tres años. La realización de estos estudios de manera conjunta se reflejó en el 40,3% de las mujeres mayores de 40 años, con un importante gradiente para las que no tenían seguro médico (11,4%).

El porcentaje de hombres que declaró haberse medido la presión arterial en el último año y haberse realizado una prueba de colesterol durante los últimos cinco años fue del 70,2% y del 75,1% respectivamente. Al 57,6% de los encuestados se les habían realizado estos exámenes, porcentaje significativamente menor para aquellos que no poseen ninguna afiliación (30,0%) en comparación con los afiliados a la seguridad social (63,6%), al seguro privado (58,3%) y al sistema público (57,2%).

Un porcentaje importante (84,5%) confiaba en que su enfermedad crónica se puede manejar. Esta cifra tiene amplia variabilidad, pues los que tienen acceso a un seguro de salud reflejan porcentajes elevados, —del 81,5% al 94,9%—, mientras que en los que no tienen seguro, el porcentaje alcanzó el 56,5%.

Tabla 7.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|---------------------|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Prevención | | | | | |
| El MAP envió recordatorio para cita preventiva | 17,4 ^{b,c} | 21,7 | 27,9 | 19,0 | 23,8 |
| El MAP habló sobre estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, factores de estrés) | 29,9 ^b | 37,1 | 45,2 | 41,6 | 40,9 |
| Tuvo una cita preventiva (check-up) en los últimos dos años | 39,2 ^{a,b} | 62,5 | 67,1 | 57,9 | 60,5 |
| Exámenes de detección oportuna en mujeres | | | | | |
| Mujeres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 50,9 ^{b,c} | 71,4 | 78,6 | 83,4 | 73,4 |
| Mujeres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 53,8 | 64,6 | 73,8 | 78,9 | 69,6 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para mujeres (presión arterial y control de colesterol) | 29,4 ^{b,c} | 50,9 | 60,8 | 67,9 | 54,2 |
| Mujeres que realizaron un examen citológico-cervical en los últimos tres años | 55,6 ^b | 75,7 | 78,2 | 71,6 | 72,8 |
| Mujeres mayores de 40 años que se realizaron mamografía en los últimos tres años | 47,0 | 63,9 | 64,8 | 54,2 | 59,6 |
| Exámenes de detección oportuna para mujeres mayores de 40 años (presión arterial, control de colesterol, examen citológico-cervical y mamografía) | 11,4 ^{b,c} | 47,4 | 45,4 | 49,6 | 40,3 |

Continúa en la página siguiente.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|----------------------|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Exámenes de detección oportuna en hombres | | | | | |
| Hombres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 43,8 ^{b, c} | 67,5 | 75,8 | 73,8 | 70,1 |
| Hombres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 60,2 | 71,8 | 80,5 | 72,4 | 75,0 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para hombres (presión arterial y control de colesterol) | 30,0 ^{b, c} | 57,5 | 63,6 | 58,3 | 57,5 |
| Manejo de enfermedades crónicas | | | | | |
| Tiene enfermedad crónica, confía en que puede manejar sus problemas de salud | 56,5 | 94,9 | 81,5 | 94,0 | 84,5 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. Prevalencias de las variables de prevención y manejo de enfermedades crónicas también ajustadas por sexo.

a. Existe diferencia con el resultado del sistema público ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

c. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Acceso y coordinación de la atención especializada, los hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria

La Tabla 7.7 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de atención especializada, y la experiencia de los usuarios con la referencia y contrarreferencia entre la atención primaria y especializada. El uso de servicios de salud

especializados es altamente valorado en México ya que la oferta dentro del sector público está restringida debido a la alta demanda y baja oferta. Además, asistir a una consulta con un especialista en el sector privado representa un costo elevado. El 21,7% de los entrevistados consultó a uno en los últimos dos años. Las disparidades son visibles: en el grupo sin seguro de salud, solo el 10,4% acudió, mientras que en el seguro público y en la seguridad social los porcentajes se elevaron al 20,7% y 25,0%, respectivamente. Sobre los tiempos de espera inferiores a dos semanas para una consulta con el especialista en el

total de los encuestados el promedio es del 39%, y las diferencias no son estadísticamente significativas.

Mientras que el proceso de referencia se dio de manera similar entre los diferentes tipos de afiliación, el 70,0% de la muestra fue referido por su médico del lugar de atención habitual. Se sabe que no todos los pacientes requieren derivación a un especialista, pero cuando la necesidad existe, el atributo más importante es el corto tiempo de espera para la consulta.

El 62,8% de la muestra indicó que el especialista contaba con información básica del proveedor de atención primaria habitual sobre la razón de la consulta o los resultados de los exámenes, proporción que no difiere significativamente por tipo de cobertura. El 67,4% informó que su proveedor habitual de AP fue informado sobre la consulta que el paciente había realizado al especialista.

En relación con la hospitalización, en general, solo el 11,3% de los entrevistados indicó que requirió el servicio en los últimos dos años. El 13,3% de ellos señaló haber sido readmitido en el hospital después del alta o que tuvo que acudir al servicio de emergencias, sin diferencia significativa por tipo de cobertura —a excepción de los que no tienen seguro, que no dijeron haber necesitado de readmisiones—.

La información sobre los medicamentos y las consultas de seguimiento después del

alta son indicadores de la buena calidad de la post-hospitalización. El 68,8% del total informó que el personal del hospital le proporcionó información sobre la medicación al darle de alta. Además, el 59,2% señaló que lo ayudaron a coordinar una consulta de seguimiento con su proveedor de salud, proporción que fue muy similar para todos los tipos de cobertura, a diferencia de los que no tenían seguro de salud, en quienes ambos porcentajes fueron muy inferiores (8,9% y 14,9% para las dos variables, respectivamente). Un porcentaje mayor (73,3%) aseveró que el personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados, y el rango varió del 51,8% en los que carecían de seguro al 88,6% en los que tenían seguro público.

La utilización del servicio de emergencias en México, por lo general, se interpreta como el servicio de respaldo donde los pacientes pueden asistir cuando no pueden obtener atención médica regular. Cerca del 30% de la muestra informó haber asistido al servicio de emergencias en los últimos dos años. Aproximadamente la tercera parte de la muestra (34,5%) aseveró haber asistido a dicho servicio por afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario, sin diferencia significativa por tipo de régimen. La mayoría de los pacientes (79,1%) fue dada de alta después de su visita a la sala de emergencias. La Tabla 7.8 a continuación presenta los resultados sobre el acceso y calidad de los servicios de cirugía, hospitalización y emergencias.

Tabla 7.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-----------------------|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Acceso a la atención especializada | | | | | |
| Consultó con un especialista en los últimos dos años | 10,4 ^{b,c} | 20,7 | 25,0 | 21,9 | 21,7 |
| Tiempo de espera para una consulta con el especialista | | | | | |
| < 2 semanas | 59,2 | 33,8 | 35,7 | 52,4 | 38,6 |
| Entre 2 y 8 semanas | 20,2 | 31,6 | 32,6 | 33,2 | 32,0 |
| > 8 semanas | 4,4 ^b | 26,9 | 24,0 ^c | 6,2 | 18,6 |
| Coordinación entre APS y atención especializada | | | | | |
| Es necesario pedir una referencia para atención especializada | 64,5 | 65,7 | 69,5 ^c | 51,8 | 64,5 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico del lugar usual de atención | 22,3 ^{a,b,c} | 71,5 | 77,0 | 63,0 | 70,0 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico que no es del lugar usual de atención o por la sala de emergencias | 15,1 | 15,2 | 10,2 | 10,7 | 11,3 |
| El especialista tenía información médica básica del proveedor habitual de AP sobre el motivo de consulta del paciente o resultados de exámenes | 53,1 | 75,1 | 62,8 | 53,8 | 62,8 |
| Tras la consulta con el especialista, el proveedor habitual de AP fue informado sobre las recomendaciones hechas por el especialista | 36,2 | 71,8 | 72,3 | 57,4 | 67,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del sistema público ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

c. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Tabla 7.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Hospitalización | | | | | |
| Requirió hospitalización en los últimos dos años | 8,2 | 13,0 | 13,7 | 7,0 | 11,3 |
| Tras el alta, fue readmitido o tuvo que acudir al Servicio de Emergencias | 0,0 ^b | 38,0 | 30,9 | 23,2 | 13,3 |
| El personal del hospital proporcionó información sobre la medicación al darle el alta | 8,9 ^{a, b, c} | 85,3 | 79,0 | 66,0 | 68,8 |
| El personal del hospital ayudó a coordinar una consulta de seguimiento | 14,9 ^{a, b, c} | 78,3 | 63,0 | 66,7 | 59,2 |
| El personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados | 51,8 | 88,6 | 70,0 | 81,1 | 73,3 |
| Departamento de emergencias | | | | | |
| Usó el servicio de emergencias en los últimos dos años | 21,6 | 34,4 | 32,1 | 22,0 | 29,1 |
| Considera que utilizó el servicio de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario | 55,2 | 25,0 | 35,8 | 40,3 | 34,5 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias fue hospitalizado o referido a otra clínica médica | 23,5 | 7,8 ^b | 23,4 | 13,1 | 16,0 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias, recibió el alta | 75,2 | 90,7 ^b | 73,0 | 84,1 | 79,1 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del sistema público ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

c. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Discusión

Los principales resultados indican que las políticas del sector salud de México necesitan progresar. Sin embargo, la mirada crítica de los usuarios destaca fortalezas y áreas de oportunidad en los distintos dominios de la encuesta.

Las respuestas de los usuarios sugieren diez hallazgos. Primero, resaltan la fragmentación del sistema, que se refleja en el traslape de afiliados a seguros públicos de salud y en la persistencia de un porcentaje importante sin seguro de salud, con menos acceso a servicios y un gasto de bolsillo importante. Segundo, indican que 4 de cada 10 padecía una enfermedad crónica, lo cual se traduce en la fuerte demanda de atención que las instituciones de salud están afrontando. En tercer lugar, destacan que el sistema de salud de México requiere mejoras significativas y que, a pesar de ello, la mayoría tenía confianza en que sería atendido de forma efectiva. Además, señalan importantes barreras financieras y de transporte, tangibles en un gasto de bolsillo muy elevado. Quinto, marcan la persistencia de barreras organizacionales que dificultan el acceso a los servicios. Por otra parte, revelan que contaban con un médico con quien acudir regularmente, así como manifiestan percibir una muy buena calidad en el trato interpersonal con el médico y en la resolución de sus problemas de salud. Octavo, permiten identificar importantes deficiencias en la calidad de atención, además de demostrar que la oferta de servicios preventivos para enfermedades crónicas es deficiente. Por último, hacen ver las limitaciones de los servicios especializados cuya utilización es escasa, que se acompaña de comunicación deficiente entre la atención primaria y especializada, y un exceso de demanda de

servicios de emergencia por insuficiencias en la oferta de la atención primaria.

La fragmentación del sistema de salud mexicano se observa en sus distintos sistemas, cuyas poblaciones son diversas y disfrutan de variados planes de beneficios (Bossert et al. 2014), situación compleja que tiene graves consecuencias y genera ineficiencias. El traslape de afiliados a seguros públicos indican un mayor gasto en salud. La falta de un sistema de información que vincule los censos de las instituciones para identificar los usuarios que migran de una institución a otra tiene un impacto presupuestal y programático. Adicionalmente, las diferencias en los planes de beneficios, a favor de la seguridad social, son un incentivo para la selección adversa, pues los pacientes con mayores problemas de salud optarán por estar afiliados a este sistema, independientemente de su afiliación al seguro popular. Es de notar que persiste un porcentaje importante de personas sin seguro de salud, incluso en áreas urbanas, lo cual se debe considerar con mayor atención, pues puede verse que todavía no se ha logrado cumplir la aspiración de la cobertura universal.

Las enfermedades crónicas en México representan un desafío para los sistemas de salud y para la sociedad. En la muestra analizada, el 34,8% de los entrevistados padecía una enfermedad crónica. Las cifras en la población mayor de 20 años revelan la magnitud de esta problemática: sobrepeso/obesidad en un 70% (OCDE 2017); hipertensión en un 31,5% (Campos-Nonato et al. 2013) y diabetes en un 15% (IDF 2015). Las consecuencias para los servicios de salud se traducen en una atención permanente de padecimientos que evolucionan hacia las complicaciones y discapacidad, y cuyo costo de atención

va en aumento. La trayectoria de la enfermedad crónica siempre es hacia el deterioro físico y la dependencia, y la única forma de desacelerar este proceso es a través de la detección oportuna tanto de la enfermedad incipiente como de sus complicaciones, las cuales se retrasan en la medida que se brinda al paciente atención de alta calidad (Murray et al. 2005). Desde el punto de vista social, las manifestaciones de la enfermedad crónica se caracterizan por un uso continuo de los servicios, ausentismo del trabajo en la población económicamente activa y reducción de los ingresos familiares.

El sistema de salud de México requiere mejoras significativas, y, a pesar de ello, la mayoría tenía confianza en que sería atendido de forma efectiva. Las respuestas de los usuarios acerca del sistema de salud indican que se requieren cambios fundamentales, incluso hubo quien mencionó que el sistema requiere ser reconstruido. Ante los ojos de los usuarios, es recomendable incrementar el valor que los mismos perciben de los servicios públicos de salud. Esto se debe a que los participantes consideraron más valioso utilizar servicios privados, porque están confiados de que recibirán mejor atención — porque pagan por ello—. Un análisis profundo de este resultado señaló que las barreras financieras y de transporte, son tangibles en un gasto de bolsillo muy elevado, influyen para la percepción negativa de los usuarios (Pérez-Cuevas et al. 2017). Las barreras financieras fueron significativas para todos los participantes, particularmente para los afiliados al sistema público de salud, quienes eventualmente no buscarían atención médica debido a que potencialmente pueden incurrir en gastos de bolsillo. Es posible que los usuarios del sistema público de salud no tengan el conocimiento cabal de que están facultados para recibir

atención médica y medicamentos sin tener que pagar por ello, si bien es importante mencionar que existe incertidumbre en cuanto a que los servicios de salud públicos surtan todos los medicamentos prescritos en la receta. Además, el seguro público no cubre el costo de algunos estudios de laboratorio. Los participantes consideraron que todavía existen barreras organizacionales, principalmente para obtener atención médica durante las noches y los fines de semana. No obstante, el tiempo para recibir atención médica y obtener una cita es corto si se compara con el tiempo promedio de los países de la OCDE, que es de varios días. La práctica de solicitar una cita es cada vez más común entre los usuarios de los servicios de salud, y para las instituciones es un medio de lograr mayor eficiencia en la prestación de los servicios. Únicamente el 14% de los participantes no había logrado conseguir una cita médica. Las dificultades de transporte fueron menores, posiblemente debido a que se trató de una encuesta con participantes que viven en entornos urbanos.

Los usuarios consideraron que contaban con un médico a quien acudir regularmente. Las experiencias y percepción acerca de la atención primaria entre los participantes indican que, a pesar de las diferencias organizacionales en los sistemas de salud, los servicios de atención primaria están disponibles para todos los afiliados a un seguro de salud, quienes consideraron que pueden utilizarlos. La disponibilidad de una fuente regular de atención es un atributo de la atención primaria, a lo cual se puede agregar que los entrevistados manifestaron una percepción de muy buena calidad en el trato interpersonal con el médico y en la resolución de sus problemas de salud. Este hallazgo indica que, por una parte, desde la perspectiva del paciente la calidad de la atención primaria

es aceptable, pero los resultados de la dimensión técnica de la calidad revelan que existe una asimetría de información entre los usuarios y los proveedores, así como una necesidad de que los usuarios estén mejor informados acerca de los servicios. Las deficiencias en la calidad técnica se identificaron en el uso inapropiado de los medicamentos, en términos de la escasa proporción de pacientes a quienes se les revisó la medicación prescrita y se les explicó los efectos secundarios. En ambos casos, los participantes mencionaron que el médico no abordó estos temas durante la consulta.

La elevada proporción de enfermos crónicos no ha detonado acciones más intensivas para incrementar la oferta de servicios preventivos. Las actividades de atención preventiva son relevantes para desacelerar la velocidad de la prevalencia de enfermedades crónicas. Las cifras hacen hincapié en que existe una gran brecha entre la alta prevalencia de las enfermedades crónicas y el número de personas que reciben atención preventiva. Los consejos para mejorar el estilo de vida representan una grieta que no se ha cerrado. La población de México refleja una tendencia hacia el aumento de enfermos crónicos, en quienes no ha disminuido la exposición a factores de riesgo modificables –conducta sedentaria, tabaquismo, alimentación no saludable y consumo excesivo de alcohol– (Gutiérrez 2013) La detección de enfermedades crónicas es otra área que requiere reforzamiento. Una proporción importante de los participantes no había recibido prácticas de detección o prevención de estas enfermedades. Estos resultados indican disparidades en el acceso a servicios de detección oportuna en los distintos

grupos de población. Las consecuencias son importantes, ya que la falta de acceso a detección oportuna trae como secuela el desarrollo de estos padecimientos cuya oferta de servicios es más común en el sector público. Debido al alto costo del tratamiento, los pacientes no acuden a los servicios privados, resultando en una carga importante que se podría mitigar si se promoviera que los seguros privados realizaran estas actividades de prevención y detección de manera rutinaria, y cuyo costo es inferior en comparación con el costo del tratamiento de una enfermedad crónica.

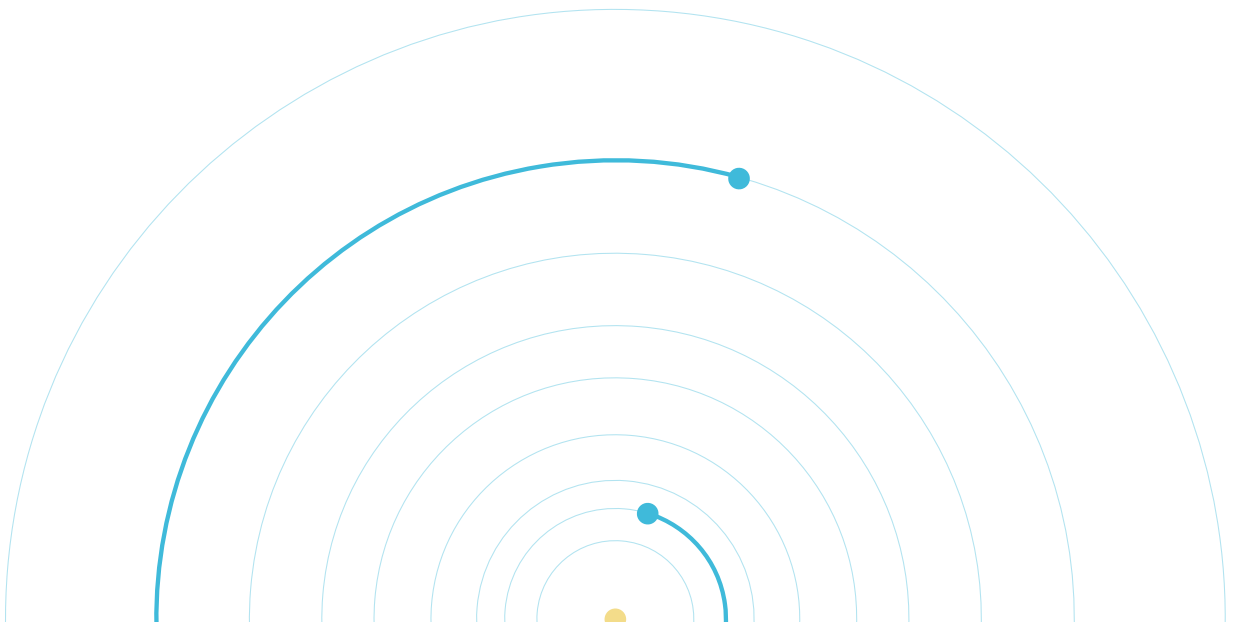
Existe una escasa oferta de servicios especializados, la cual se acompaña de comunicación deficiente entre los distintos niveles de atención, retrasos en la cirugía y exceso de demanda de servicios de emergencia. Los participantes consideraron que no hay articulación entre los MAP y otros proveedores, independientemente del tipo de cobertura de salud. Este hallazgo indica una fractura en la comunicación entre la atención primaria y la atención especializada, lo cual no debería ocurrir en los sistemas públicos, en donde la estructura se basa en niveles de atención, y los sistemas de referencia (de MAP hacia la atención especializada) y la contrarreferencia (de atención especializada hacia MAP) deberían estar calibrados. Este hallazgo enfatiza la necesidad de promover la perspectiva de redes de atención, si bien es indispensable considerar que la creciente aparición de enfermedades crónicas no se ha acompañado de un crecimiento paralelo de la oferta de servicios de atención primaria y especializados, lo cual puede influir en esta falta de comunicación bidireccional entre ambos niveles de atención.

Conclusiones

A pesar de los importantes progresos que el sistema de salud de México ha logrado, desde la mirada de los usuarios es posible confirmar que persiste un sistema de salud fragmentado. El mismo ha experimentado avances hacia la cobertura universal; no obstante, sus políticas actuales requieren un mayor esfuerzo para facilitar cabalmente el acceso a los servicios y brindar protección financiera, al no conseguir reducir sensiblemente el gasto de bolsillo. Esto último destacó en el presente estudio, pues hubo usuarios que no acudirían a los servicios debido a no poder cubrir el costo económico. Los entrevistados consideraron que el sistema de salud requiere cambios fundamentales, aunque están satisfechos con la atención. Este hallazgo visibiliza la asimetría de información entre los usuarios y los proveedores, pues en la dimensión técnica de la calidad existen limitaciones. Adicionalmente, el sector salud tiene amplio margen de mejora para vincular

funcionalmente la atención primaria con la atención especializada, con lo cual es justificable fortalecer el rediseño de los servicios con una perspectiva de redes de atención.

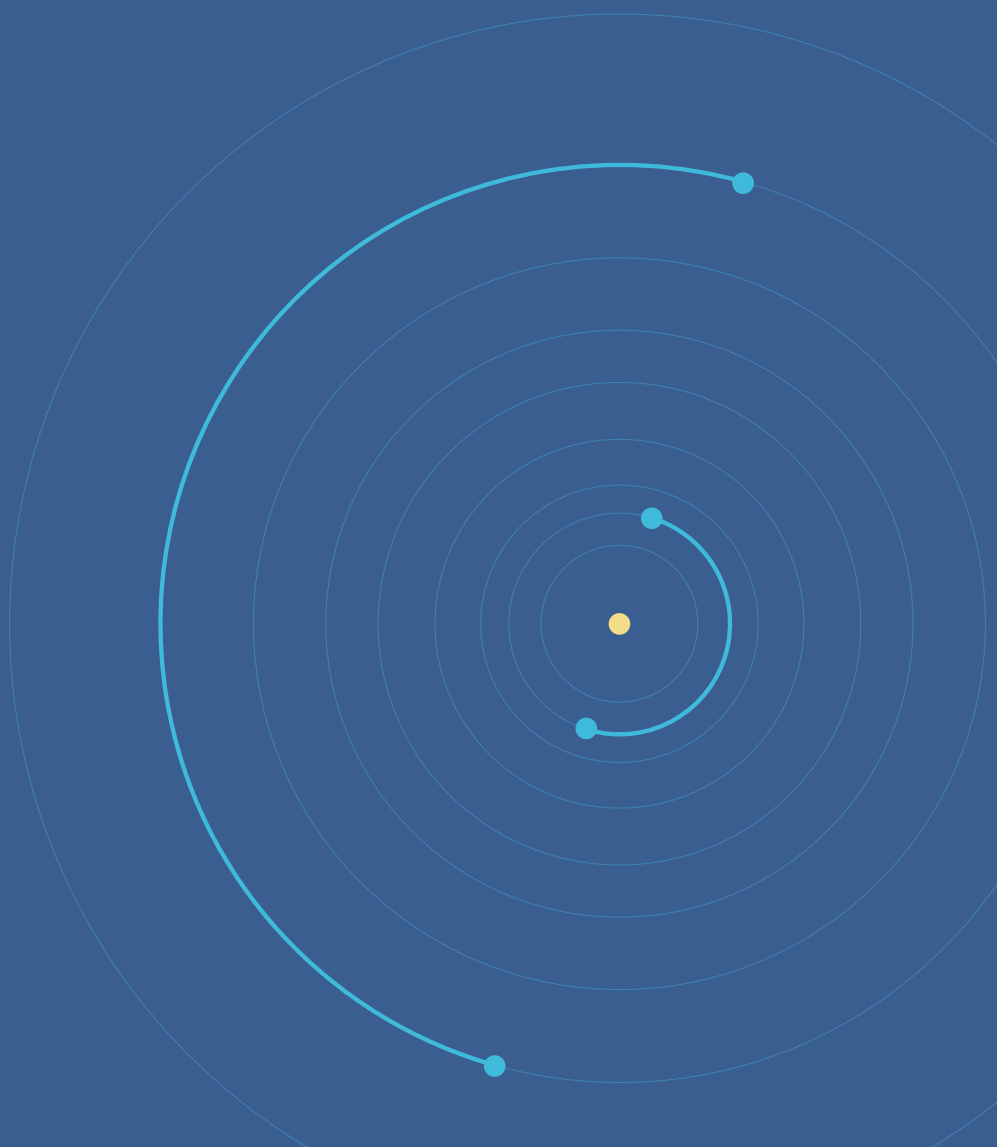
La iniciativa del gobierno federal para lanzar el Modelo de Atención Integral a la Salud describe las estrategias básicas: Renovación de la Atención Primaria de Salud, Reforzamiento de los Sistemas Locales de Salud, Fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud y Desarrollo y Participación Ciudadana, (Secretaría de Salud de México, 2015); sin embargo, su implementación no se ha consolidado. Esperamos que los resultados puedan orientar estrategias focalizadas para que los servicios estén centrados en los usuarios, se reduzcan las inequidades en el acceso y los gastos de bolsillo. De esta forma, la población tendrá la certeza de contar con servicios de salud de alta calidad, a los cuales puede acudir en cualquier momento.



La experiencia con la atención primaria de salud en Panamá

8

Leonardo Pinzón,
Milagros Anaya y
Frederico Guanais





Perfil epidemiológico y características del sistema de salud en Panamá

Panamá registró un PIB per cápita de US\$ 13.268 en 2015, lo cual coloca al país por encima del promedio de la región en términos de nivel de ingresos, y el crecimiento promedio anual fue de 7,9% en el periodo 2011-2015 (BM 2017). Los niveles de pobreza y desigualdad se han reducido de manera sostenida en los últimos años, y en 2014 alrededor del 3,1% de la población tenía un ingreso diario inferior a US\$ 3,1, ajustados por paridad de poder adquisitivo. Para el año 2014, el gasto total en salud en Panamá fue del 8% del PIB, alrededor de US\$ 960 por persona, y en el mismo año el gasto gubernamental en salud fue del 5,9% del PIB, aproximadamente US\$ 702 por persona (OMS 2017). El 73% del gasto total en salud fue público y el 27% fue privado, siendo que el gasto de bolsillo corresponde al 22,3% del gasto total.

Como la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe, Panamá se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. En los últimos 14 años, la esperanza de vida al nacer se incrementó 2,5 años, y según los indicadores del 2014, mujeres y hombres panameños pueden esperar vivir 80,7 y 74,6 años, respectivamente (BM 2017). A su vez, la proporción de adultos mayores de 65 años aumenta a una velocidad superior al crecimiento de la población total. En Panamá, se espera que este grupo etario se incremente del 5,5% en el año

2000 al 18,4% en el año 2050, con lo que se posicionaría como un país con casi 800 mil adultos mayores.

De acuerdo con datos del IHME, para el año 2015 la carga de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, se atribuye en un 70,9% a enfermedades crónicas no transmisibles, en un 14,8% a lesiones y en un 14,2% al grupo de enfermedades infecciosas y materno-infantiles. La carga por ECNT presenta una tendencia al aumento, desplazando a las lesiones y enfermedades infecciosas y materno-infantiles. En la composición de las ECNT predominan las enfermedades cardiovasculares (10,5% del total de AVAD), trastornos mentales y consumo de sustancias (9,1%), diferentes tipos de cáncer (9,1%), otras enfermedades no transmisibles (11,9%) y diabetes, enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas (9,0%). Entre los principales factores de riesgo para las ECNT se destacan la presión arterial sistólica alta (10,1% del total de riesgo atribuible), alto índice de masa corporal (7,7%), elevada glucosa en plasma en ayunas (12,1%), función renal deteriorada (5,5%) y niveles altos de colesterol total (4,3%).

El sistema de salud panameño cuenta con dos regímenes principales: (1) el régimen contributivo a cargo de la Caja de Seguro Social (CSS), que cubre alrededor del 74,2% de la población —unas 2,9 millones de personas—; y (2) el régimen subsidiado administrado por el Ministerio de Salud (MINSa), que atiende alrededor del 25,8% de la población, aproximadamente un millón de personas (INEC 2017). Dichas entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública aportan cerca del 70% de los recursos utilizados, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos (MINSa 2016). Adicionalmente, las

personas pueden adquirir seguros de salud privados en el mercado, típicamente de forma adicional a la cobertura contributiva de la seguridad social.

El aumento en la prevalencia de las condiciones crónicas presenta un reto para el funcionamiento de los servicios de salud. Para lidiar con este nuevo perfil de enfermedad, se requiere una mejora en las capacidades resolutivas de los servicios del primer nivel de atención, junto con la gestión de redes de servicios complejas e integradas (OPS 2011). Sin embargo, a la fecha hay pocas fuentes de información acerca del desempeño de los servicios de salud en Panamá, particularmente desde la perspectiva de sus usuarios.

La última reforma de gran porte observada en el sistema de salud en el país fue la nueva ley orgánica de la CSS en 2005, que cambió instrumentos y montos de financiamiento de la seguridad social (Asamblea Nacional 2005). En el campo asistencial, la CSS lanzó en 2013 un esfuerzo para modernizar la atención primaria de salud, pero a la fecha no existen estudios ni evaluaciones publicadas de sus resultados. A su vez, el MINSa ha trabajado en los últimos años en la extensión de la cobertura de servicios y en el fortalecimiento de la atención primaria, con énfasis en el aumento de la equidad. El modelo adoptado por el MINSa tiene como principales elementos la orientación familiar y comunitaria, hincapié en la promoción y prevención, y atención integral, integrada y continua (Giraldo y Vélez 2013), pero tampoco fue evaluado desde una perspectiva amplia o con representatividad nacional. Por lo tanto, los resultados de la aplicación de una variación de la Encuesta Commonwealth en el país ofrecen una valiosa oportunidad en un contexto donde no existen datos

nacionales acerca de la experiencia con la atención primaria de salud. Dicha encuesta también permitirá caracterizar el sistema de salud del país con base en la experiencia de los usuarios.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos acerca de las percepciones generales de los usuarios del sistema de salud en Panamá, el acceso financiero y físico a los servicios de salud, las percepciones sobre la calidad de la atención primaria, y datos sobre la atención especializada, además de los resultados relativos a la utilización de los servicios de emergencia y servicios hospitalarios. Discutimos qué significan estos datos en el contexto de Panamá, y qué nos pueden señalar sobre las brechas que existen en el sistema de salud y las inequidades entre los principales subsistemas: (a) el régimen contributivo, financiado predominantemente por impuestos sobre la nómina de los trabajadores formales; (b) el régimen subsidiado, financiado por impuestos generales y que incluye las personas más pobres y los trabajadores informales; y (c) los que deciden adquirir un seguro privado complementario, independientemente de su afiliación a uno de los dos subsistemas gubernamentales. Para facilitar la lectura y la comparabilidad entre los seis países incluidos en la versión 2013 de la encuesta en ALC, en el presente capítulo se utiliza el término “Seguro Social” para aquellos que están afiliados al régimen contributivo, “Público” en referencia a los afiliados al régimen subsidiado, y “Privado” en alusión a aquellos que han suscrito un plan privado adicional.

Características de la muestra y percepciones generales sobre el sistema de salud

La mayoría de la muestra pertenece al grupo de seguridad social y seguro privado —1.298 personas comparado con 174 personas en el grupo de cobertura pública—. Para tener una mejor aproximación de la representatividad nacional, se aplicaron pesos muestrales durante el análisis de los datos con el fin de reflejar una cifra cercana a la población adulta del país. La Tabla 8.1 a continuación presenta las características generales de la muestra.

El porcentaje ponderado con el sistema público es del 15,3%, con la seguridad social es del 63,6% y con el seguro privado es del 21,1%. Cerca de la mitad de los encuestados son mujeres, sin diferencia significativa por tipo de régimen. En cambio, la proporción con nivel de escuela primaria o menor es más alta entre el grupo de cobertura pública (51,1%) y entre aquellos afiliados a la seguridad social (44,1%) frente al 30,9% de los usuarios de un seguro privado. La proporción que indica haber sido diagnosticada con al menos una enfermedad crónica es del 44,4% para los usuarios del sistema público, del 37,8% para los que pertenecen al régimen de seguridad social y del 35,5% para aquellos afiliados a un seguro privado, sin diferencia significativa entre los tres sistemas de afiliación. El 18,6% de la muestra informa una baja percepción subjetiva del estado de salud, y no se nota una diferencia entre los grupos.

Tabla 8.1. Características generales de la muestra por tipo de cobertura en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO | SEGURO SOCIAL | PRIVADO | TOTAL |
|---|----------------------|-------------------|---------|-------|
| Número de entrevistados (n) | 174 | 959 | 339 | 1.472 |
| Ponderación (%) | 15,3 | 63,6 | 21,1 | 100,0 |
| Sexo (%) | | | | |
| Mujeres | 56,2 | 51,6 | 47,2 | 51,4 |
| Edad (%) | | | | |
| 18-25 | 26,7 ^a | 16,4 ^b | 23,0 | 19,4 |
| 26-35 | 17,0 | 21,2 | 19,1 | 20,1 |
| 36-45 | 21,3 | 20,1 | 19,0 | 20,1 |
| 46-59 | 22,9 | 20,3 | 19,4 | 20,5 |
| 60+ | 12,1 ^a | 22,0 | 19,5 | 20,0 |
| Educación (%) | | | | |
| Primaria | 51,1 ^b | 44,1 ^b | 30,9 | 42,5 |
| Secundaria | 41,1 ^{a, b} | 29,7 | 31,2 | 31,9 |
| Universitaria | 7,8 ^{a, b} | 26,2 ^b | 38,0 | 25,7 |
| Estado de salud (%) | | | | |
| Al menos una enfermedad crónica | 44,4 | 37,8 | 35,5 | 38,4 |
| Dos o más enfermedades crónicas | 15,4 | 19,9 | 16,9 | 18,6 |
| Baja percepción subjetiva del estado de salud | 22,5 | 19,3 | 13,6 | 18,6 |

Notas:a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

La Tabla 8.2 a continuación presenta las percepciones de los encuestados acerca del sistema de salud. Con respecto a las percepciones generales, el 8,6% de la muestra dice que el sistema de salud funciona bien y que solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor. La mayoría de entrevistados, el 62,2%, dice que posee algunos aspectos positivos pero que hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor. El 56,4% de los entrevis-

tados señala tener confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico. La diferencia entre las prevalencias informadas por los asegurados por el sistema público, el seguro social y el seguro privado para todas las variables de la Tabla 8.2 no fue estadísticamente significativa, ya que se ajustan los resultados por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

Tabla 8.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Percepciones | | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 6,6 | 8,6 | 9,0 | 8,6 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 71,1 | 60,8 | 62,0 | 62,2 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 20,7 | 28,6 | 26,5 | 26,5 |
| Confianza | | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 52,7 | 56,3 | 61,4 | 56,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres subgrupos para las variables reportadas en la tabla

Barreras de acceso a los servicios

La Tabla 8.3 a continuación presenta las respuestas de los entrevistados sobre las barreras financieras y de transporte en el acceso a los servicios de salud. La confianza que existe en poder pagar el tratamiento

es parecida para todos los regímenes. El 60,4% de la muestra total dice tener confianza en poder pagar el tratamiento necesario, el 11,9% relata haber tenido problemas médicos, pero que no acudió a un médico debido al costo y el 15,5% informa que se perdió un examen médico, tratamiento o control por el mismo motivo, sin diferencias significativas entre los

Tabla 8.3 Barreras financieras y de transporte en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras financieras | | | | |
| Confianza en poder pagar un tratamiento si fuera necesario | 59,7 | 59,1 | 65,9 | 60,4 |
| Tuvo problemas médicos, pero no acudió a un médico debido al costo | 15,1 | 10,8 | 11,7 | 11,9 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control debido al costo | 20,7 | 14,2 | 14,7 | 15,5 |
| Gasto de bolsillo | | | | |
| Tuvo gasto de bolsillo | 95,9 | 91,1 | 6,0 | 93,1 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 200 | 67,8 | 64,6 ^a | 80,5 | 68,8 |
| Tuvo gasto de bolsillo > US\$ 500 | 50,0 | 44,2 ^a | 60,1 | 49,0 |
| Tuvo problemas serios para pagar el gasto de bolsillo | 12,4 | 8,5 | 13,7 | 10,0 |
| Barreras de transporte | | | | |
| No acudió a un médico por dificultades en el transporte | 5,2 | 7,8 | 6,2 | 7,0 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

grupos. La gran mayoría de la muestra señala haber tenido gastos del bolsillo en el último año (93,1%). Los gastos de bolsillo superiores a US\$200 y US\$500 son más frecuentes entre los que tienen seguros públicos (80,5% y 60,1%, respectivamente) que entre los usuarios del seguro social (64,6% y 44,2%, respectivamente). El porcentaje de los que tuvieron problemas serios para pagar el gasto de bolsillo son similares entre los grupos (12,4% cobertura pública, 8,5% cobertura privada, 13,7% seguridad social). Las barreras de trans-

porte son menos comunes, solo el 7,0% de los entrevistados informa no haber acudido a un médico por dificultades de este tipo.

Un segundo conjunto importante de barreras de acceso son las relacionadas a la organización de los servicios de salud para facilitar que los usuarios los utilicen de manera compatible con sus actividades cotidianas. La Tabla 8.4 a continuación presenta las respuestas de los entrevistados acerca de barreras organizacionales en el acceso a los servicios de salud. La mayoría

Tabla 8.4. Barreras organizacionales y tiempo para acceder a atención primaria en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|----------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Barreras organizacionales | | | | |
| Hizo al menos una visita al centro de atención primaria en el último año | 77,0 | 75,5 | 70,5 | 74,4 |
| No realizó un examen médico, tratamiento o control por dificultades para agendar una cita | 18,1 | 15,5 | 12,5 | 15,3 |
| Se puede agendar cita con la clínica de AP por teléfono, correo o web | 49,8 ^{a, b} | 79,9 ^b | 89,2 | 76,0 |
| La dificultad para conseguir atención médica por las noches, fines de semana, o feriados no hace posible acceder a atención sin tener que acudir a un servicio de emergencias | 71,2 | 72,6 | 63,9 | 70,4 |
| Tiempo para acceder a atención provista por un médico o personal de enfermería | | | | |
| Mismo día o al siguiente | 59,7 | 49,8 | 55,5 | 52,5 |
| > 2 semanas o nunca | 15,0 | 15,08 | 18,6 | 16,2 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado de la seguridad social ($p < 0,05$).

b. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

de la muestra, el 74,4%, hizo al menos una visita al centro de atención primaria en el último año, sin diferencia por tipo de cobertura, y el 15,3% de los entrevistados dice haberse perdido un examen médico, tratamiento o control por dificultades para concertar un turno, sin diferencias significativas entre los grupos. Un 76,0% de los entrevistados señala poder agendar una cita por teléfono, correo o web, pero la prevalencia promedio oculta diferencias significativas entre el grupo público (49,8%), el de seguro social (79,9%) y el privado (89,2%). El 70,4% del total de entrevistados informa que la dificultad para conseguir atención médica por las noches, fines de semana o feriados no hace posible acceder a atención sin tener que ir a una sala de emergencias.

La mayoría indica un tiempo de espera de menos de dos días (52,5%), sin diferencia significativa entre los tres sistemas de afiliación. Sin embargo, el 16,2% del total de encuestados dice haber esperado más de dos semanas o nunca haber obtenido la atención, sin diferencia por tipo de cobertura.

Experiencia con la utilización de APS

La Tabla 8.5 a continuación presenta los resultados de la experiencia de los usuarios con los servicios en la atención primaria de salud. La muestra poblacional para las preguntas de experiencia en la atención primaria se compone de quienes informan contar con un centro o un médico regular, para que puedan evaluar el conjunto de las atenciones recibidas y no cada atención individualizada. Las medidas de experiencia con la utilización de la atención primaria fueron divididas en tres dimensiones:

primero, la alineación con un modelo de APS centrada en el paciente; luego, el enfoque de la experiencia del paciente; y, finalmente la percepción acerca de la calidad de atención.

En la primera de esas dimensiones, el 8,0% de los entrevistados dice contar con atención primaria con los atributos de la APS centrada en el paciente, siendo que el sector privado (16,5%) se destaca frente al sistema público (6,4%) y al seguro social (6,2%). Entre las cuatro variables que describen un modelo de APS centrada en el paciente, el 56,1% de la muestra indica tener un centro o un médico regular para la atención de salud. Alrededor de la mitad — el 47,3% de la muestra— declara que la comunicación con la clínica de AP durante el día fue fácil. El 73,8% señala que el médico de atención primaria conoce información importante sobre su historia clínica. Los resultados relativos a la coordinación de la atención son menos positivos y se nota una diferencia sustancial por tipo de cobertura, con solo el 27,7% de los entrevistados del grupo de cobertura pública, el 32,8% de los de seguridad social y el 53,0% de los del seguro privado informando que el MAP coordinó la atención, y con diferencia significativa entre los grupos.

Acerca de la experiencia del paciente, el 75,2% de la muestra declara que el MAP le permite hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado. Sin embargo, ante la pregunta de si el MAP pasó suficiente tiempo con ellos solo el 43,0% de los del grupo de cobertura pública respondió afirmativamente, comparado con el 49,7% del grupo de seguridad social y el 68,6% del seguro privado. Por otro lado, el 75,8% del total de entrevistados dice que el MAP explicó la situación de una forma fácil de entender; y el 74,5% indica que también resuelve la mayoría de los problemas de

salud, sin diferencia significativa entre los regímenes. De los pacientes que toman medicamentos, aproximadamente la mitad —el 50,3%— dice que el MAP revisó los medicamentos que estaba tomando, incluyendo los recetados por otros médicos. El 75,5% de los usuarios del seguro privado informó que el MAP revisó sus medicamentos, comparado con el 49,9% del sistema público y el 44,6% de seguridad social. Al 61,2% de la muestra se le explicó los potenciales efectos secundarios.

Sólo el 32,2% del total de entrevistados señala haber percibido una muy buena calidad en los servicios de atención primaria, porcentaje significativamente más alto entre los afiliados al seguro privado, 45,0%, comparado con el 21,3% del sistema público. El 25,5% de los usuarios del sistema público, el 22,8% de los de la seguridad social y el 17,9% del seguro privado tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en conseguir el diagnóstico adecuado.

La Tabla 8.6 a continuación presenta los resultados de prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas. No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los tres subgrupos de seguros (público, seguro social, privado), considerándose el ajuste de riesgo por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. Se nota que, en los tres grupos de pacientes, fueron bajos los niveles de proactividad de la atención

primaria: alrededor del 31,8% de las personas recibió recordatorios para acudir a citas preventivas. El 38,0% de la muestra dice que el MAP habló acerca de temas relacionados a estilos de vida saludables como alimentación, actividad física y factores de estrés, con mejor desempeño en el sistema público.

Con respecto a la presión arterial, el 68,3% de los hombres señala haberse medido la presión en el último año, comparado con el 82,4% de las mujeres. Sobre el colesterol, las tasas de tamizaje son mucho más bajas para ambos los sexos, pero se notan las mismas tendencias en las diferencias entre hombres y mujeres y entre los tipos de cobertura. El 35,5% de los hombres indica haberse realizado un control de colesterol en los últimos cinco años comparado con el 45,8% de las mujeres. A las entrevistadas de sexo femenino también se les preguntó si habían tenido una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años, y a las mayores de cuarenta años se les preguntó si se habían realizado una mamografía en los últimos tres años. Las tasas de tamizaje fueron más altas para ambas pruebas comparado con, por ejemplo, los controles de colesterol: el 83,0% de las mujeres dijo haberse hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y el 72,4% de las mujeres de más de cuarenta años dijo haberse realizado una mamografía en los últimos tres.

Tabla 8.5. Experiencia con la atención primaria en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| APS centrada en el paciente | | | | |
| Tiene un médico y/o un servicio de salud al que acude regularmente | 54,1 | 59,0 | 49,6 | 56,1 |
| Comunicación con la clínica de AP durante el día es fácil | 44,9 | 44,0 | 57,4 | 47,3 |
| El médico de AP (MAP) conoce información importante sobre la historia clínica del paciente | 74,2 ^a | 71,2 | 81,8 | 73,8 |
| El MAP ayuda a coordinar la atención | 27,7 ^a | 32,8 ^a | 53,0 | 35,6 |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 6,2 | 6,4 ^a | 16,5 | 8,0 |
| Experiencia del paciente | | | | |
| El MAP permite al paciente hacer preguntas sobre el tratamiento recomendado | 77,2 | 72,1 ^a | 85,0 | 75,2 |
| El MAP pasa suficiente tiempo con el paciente | 43,0 ^a | 49,7 ^a | 68,6 | 51,9 |
| El MAP explica la situación en una forma fácil de entender | 82,9 | 74,2 | 75,9 | 75,8 |
| El MAP resuelve la mayoría de los problemas de salud | 82,7 | 71,8 | 75,5 | 74,5 |
| El MAP revisó los medicamentos | 49,9 | 44,6 ^a | 75,5 | 50,3 |
| El MAP explicó los potenciales efectos secundarios de los medicamentos | 66,5 | 54,8 ^a | 80,7 | 61,2 |
| Percepción de calidad | | | | |
| Percepción de muy buena calidad acerca de la atención en el primer nivel | 21,3 ^a | 31,6 | 45,0 | 32,2 |
| Tuvo un problema médico y tardó mucho tiempo en recibir un diagnóstico adecuado | 25,5 ^a | 22,8 ^a | 17,9 | 22,1 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Tabla 8.6. Prevención, detección y manejo de enfermedades crónicas en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Prevención | | | | |
| El MAP envió recordatorio para cita preventiva (check-up) | 28,4 | 33,1 | 32,3 | 31,8 |
| El MAP habló sobre estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, factores de estrés) | 43,5 | 36,7 | 40,3 | 38,0 |
| Tuvo una cita preventiva en los últimos dos años | 59,4 | 63,7 | 62,5 | 62,3 |
| Exámenes de detección oportuna en mujeres | | | | |
| Mujeres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 75,4 | 83,8 | 82,8 | 82,3 |
| Mujeres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 43,9 | 45,7 | 47,8 | 45,8 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para mujeres (presión arterial y control de colesterol) | 38,4 | 37,9 | 41,1 | 38,6 |
| Mujeres que se realizaron un examen citológico-cervical en los últimos tres años | 82,7 | 84,5 | 82,3 | 83,0 |
| Mujeres mayores de 40 años que se realizaron mamografía en los últimos tres años | 81,5 | 72,0 | 71,0 | 72,4 |
| Exámenes de detección oportuna para mujeres mayores de 40 años (presión arterial, control de colesterol, examen citológico-cervical y mamografía) | 44,8 | 27,4 | 23,9 | 28,4 |

Continúa en la página siguiente.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Exámenes de detección oportuna en hombres | | | | |
| Hombres que se realizaron medición de la presión arterial en el último año | 67,8 | 67,7 | 70,0 | 68,3 |
| Hombres que se realizaron medición de colesterol sérico en los últimos cinco años | 31,9 | 36,4 | 35,5 | 35,5 |
| Exámenes básicos de detección oportuna para hombres (presión arterial y control de colesterol) | 21,3 | 28,5 | 31,2 | 28,1 |
| Manejo de enfermedades crónicas | | | | |
| Tiene enfermedad crónica, confía en que puede manejar sus problemas de salud | 94,4 | 93,2 | 92,4 | 93,3 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado. Prevalencias de las variables de prevención y manejo de enfermedades crónicas también ajustadas por sexo. No hay diferencias estadísticamente significativas en los tres subgrupos para ninguna de las variables de la tabla.

Acceso y coordinación de la atención especializada, los hospitales y servicios de emergencias con la atención primaria

Para complementar la resolutivez de la atención primaria, es imprescindible contar con una red de apoyo de atención especializada para solucionar los problemas más complejos, idealmente de forma coordinada, con protocolos definidos e intercambio de información. La Tabla 8.7 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de atención especializada, y la experiencia de los usuarios con la referencia y contrarreferencia entre la atención primaria y especializada. El 25,2% de los encuestados declara haber consultado al especialista en los últimos dos años, sin diferencias significativas entre los sistemas de afiliación. El tiempo de espera para una consulta con el especialista es menor para los usuarios del seguro privado: el 47,5% indica un tiempo de espera inferior a dos semanas, comparado con el 25,1% del sistema público y el 23,4% de la seguridad social.

La mayoría de pacientes (el 68%) fue referida por el médico de atención usual. Los entrevistados del grupo del seguro privado señalan que tener referencia fue menos necesario (58,1%) en comparación con sistema público (86,9%) y el seguro social (80,4%). El 62,5% del total de entrevistados dice que el especialista tenía información médica básica del proveedor habitual sobre las razones de la consulta. El 56,4% indica que luego de la misma, el proveedor habitual fue informado sobre las recomendaciones realizadas, sin diferencias significativas entre grupos

de cobertura para ambas variables. Esto sugiere que la coordinación de la atención entre los diferentes niveles es un reto tanto en el sistema público como en los sistemas contributivos.

La Tabla 8.8 a continuación presenta los resultados relativos a la utilización de los servicios de hospitalización y emergencias. El 5,8% de la muestra declara haber sido hospitalizada en los últimos dos años, sin diferencia por tipo de cobertura. Los usuarios del seguro social parecen haber experimentado más rehospitalizaciones o readmisiones posteriores al alta del hospital: el 1,7% de los usuarios del sistema público, el 15,3% de los afiliados a la seguridad social y el 0,8% del seguro privado indica haber sido readmitido o haber tenido que ir a una sala de emergencia tras el alta. El 76,4% de los pertenecientes al sistema público, el 67,9% de los usuarios de la seguridad social y el 98,4% de los afiliados a un seguro privado dice que el personal del hospital le dio información sobre la medicación al darle el alta. El 76,5% informa que el personal del hospital le ayudó a coordinar una consulta de seguimiento con su proveedor de salud, sin diferencia significativa por tipo de régimen. El 67,3% declara haber recibido información por escrito sobre autocuidados por parte del personal del hospital, sin presentar diferencias por tipo de afiliación. Asimismo, es importante mencionar que la muestra del sistema público puede no ser muy representativa porque es muy pequeña.

El 15,2% de los encuestados indica haber recurrido al departamento de emergencias en los últimos dos años, sin diferencias significativas entre los grupos de cobertura. Solo el 18,8% de los usuarios del sistema público dice haberlo utilizado para afecciones que podrían haber sido tratadas en el

Tabla 8.7. Acceso a la atención especializada y coordinación con la atención primaria en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|--|-------------------|-------------------|-------------|-----------|
| Acceso a la atención especializada | | | | |
| Consultó con un especialista en los últimos dos años | 22,4 | 23,6 | 33,3 | 25,2 |
| Tiempo de espera para una consulta con el especialista | | | | |
| < 2 semanas | 23,4 | 25,1 ^a | 47,5 | 30,7 |
| Entre 2 y 8 semanas | 45,6 | 34,3 | 22,5 | 31,7 |
| > 8 semanas | 25,4 | 33,7 | 19,3 | 27,9 |
| Coordinación entre APS y atención especializada | | | | |
| Es necesario pedir una referencia para atención especializada | 86,9 ^a | 80,4 ^a | 58,1 | 76,4 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico del lugar usual de atención | 79,1 | 71,7 | 55,2 | 68,0 |
| El proceso de referencia fue realizado por médico que no es del lugar usual de atención o por la sala de emergencias | 11,4 | 12,0 | 11,0 | 11,5 |
| El especialista tenía información médica básica del proveedor habitual de AP sobre el motivo de consulta del paciente o resultados de exámenes | 64,0 | 66,6 | 52,8 | 62,5 |
| Tras la consulta con el especialista, el proveedor habitual de AP fue informado sobre las recomendaciones hechas por el especialista | 52,9 | 61,1 | 48,2 | 56,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

nivel primario, frente 38,1% de los afiliados a seguridad social y al 47,5% de los usuarios de un seguro privado. La mayoría era dada de alta después de visitar el departa-

mento de emergencias, pero el 18,6% de los entrevistados fue hospitalizado o referido a otra clínica, sin diferencia significativa por tipo de régimen.

Tabla 8.8. Necesidad de hospitalizaciones y utilización de los servicios de emergencias en Panamá.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------|-------------------|-------------|-----------|
| Hospitalización | | | | |
| Requirió hospitalización en los últimos dos años | 5,9 | 5,7 | 5,6 | 5,8 |
| Tras el alta, fue readmitido o tuvo que acudir al Servicio de Emergencias | 1,7 | 15,3 ^a | 0,8 | 5,4 |
| El personal del hospital proporcionó información sobre la medicación al darle el alta | 76,4 | 67,9 ^a | 98,4 | 75,9 |
| El personal del hospital ayudó a coordinar una consulta de seguimiento | 51,8 | 82,1 | 78,0 | 76,5 |
| El personal del hospital le proporcionó información por escrito sobre autocuidados | 66,8 | 64,9 | 81,4 | 67,3 |
| Departamentodeemergencias | | | | |
| Usó el servicio de emergencias en los últimos dos años | 11,5 | 16,6 | 13,6 | 15,2 |
| Considera que utilizó el departamento de emergencias para afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario | 18,8 | 38,1 | 47,5 | 36,0 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias fue hospitalizado o referido a otra clínica médica | 17,0 | 18,1 | 21,9 | 18,6 |
| Después de ser evaluado por el servicio de emergencias, recibió el alta | 69,4 | 75,1 | 72,2 | 73,7 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

a. Existe diferencia con el resultado del seguro privado ($p < 0,05$).

Discusión

El grado de satisfacción general que los panameños señalaron con respecto a sus sistemas de salud es de nivel medio, la mayoría cree que el sistema de salud posee aspectos positivos. Lo interesante es que entre los usuarios del sistema público subsidiado hay una tendencia a demostrar una mayor complacencia con los servicios: el 20,7% de los usuarios del sistema público cree que el sistema debe ser completamente reconstruido, frente al 38,6% de los usuarios de la seguridad social, y al 26,5% de los afiliados a un seguro privado. Como veremos a continuación, esa percepción general de los usuarios del sistema público no está respaldada con los mejores indicadores de acceso, calidad y utilización.

En términos de acceso a la atención primaria, los usuarios del sistema público informan barreras financieras más elevadas para acceder a los servicios, con una mayor proporción de personas que dejan de acudir a un médico o de realizar exámenes, tratamientos o controles debido al costo. Más del 90% de las personas en todos los grupos señalan tener gastos de bolsillo y los montos son más altos entre las personas con seguro privado, lo que puede estar asociado a un nivel socioeconómico más alto. Asimismo, las barreras organizacionales son mayores para los usuarios de los servicios del seguro público. El gradiente de dificultad para concertar una cita entre usuarios de seguro público, seguro social y seguro privado va en respectivo descenso: los primeros también informan niveles de

acceso muy inferiores para agendar citas por teléfono, correo o web que los demás grupos. Sin embargo, los tiempos de espera para recibir atención son similares entre los usuarios de los tres grupos. La mayoría señala tener un lugar usual de atención, pero es un atributo más frecuente entre los usuarios del seguro social. Los que poseen un seguro privado son los que informan mayor facilidad para comunicarse con el centro de atención primaria durante el día, en comparación con los afiliados al seguro público y social.

Algunas de las mayores inequidades por tipo de cobertura reflejadas por la encuesta en Panamá se observan en las percepciones sobre la calidad, medida a partir de la experiencia de los pacientes: alrededor del 20% de los usuarios de los servicios públicos señalan una buena calidad en el primer nivel de atención, comparado con poco más del 30% en el seguro social y menos del 50% en los seguros privados. De igual manera, frente a los pacientes con seguro social y privado, quienes se atienden por la cobertura pública, indican con más frecuencia haber tenido problemas médicos para los que tardaron mucho tiempo en recibir un diagnóstico, además de informar que su médico de atención primaria no pasa tiempo suficiente con los pacientes. En algunas respuestas, el seguro privado tiene indicadores muy superiores a los seguros público y social, como el conocimiento de la historia clínica del paciente por parte del médico, la posibilidad de hacer preguntas durante la consulta, y el cuidado con el cual el médico administra

y revisa los medicamentos prescritos al paciente. Por otro lado, las percepciones de calidad a partir de medidas de prevención y tamizaje son más balanceadas para el caso de las mujeres, aunque haya deficiencias de calidad en todos los grupos. Entre las mujeres, alrededor del 30% de las usuarias de todos los tipos de seguro declaran estar al día con un paquete amplio de medidas preventivas (medición de presión arterial, control de colesterol y examen citológico-cervical).

Se observan inequidades en el acceso a la atención especializada. Un 23% de los usuarios del sistema público que consultó a un especialista en los últimos dos años tuvo un tiempo de espera menor de dos semanas, frente al 25% de los usuarios con seguro social y al 48% de las personas que poseen un seguro privado. Los niveles de coordinación de atención a partir de la AP también son más bajos entre los usuarios del seguro público, aunque en este subsistema sea más frecuente la necesidad formal de pedir una referencia para acceder a la atención especializada.

Es difícil lograr generalizaciones acerca del acceso a hospitalizaciones debido al bajo número de personas que indican haber pasado por esa experiencia. Sin embargo, parece haber un nivel más bajo de utilización innecesaria de los servicios de emergencia entre los usuarios con seguro público que entre los que tienen seguro social y privado. En el seguro público, la utilización de la sala de emergencias por afecciones que podrían haber sido tratadas en el nivel primario es mucho menor, como también lo es la proporción de personas que recibieron el alta después de ser evaluadas por el servicio de emergencias.

Conclusiones

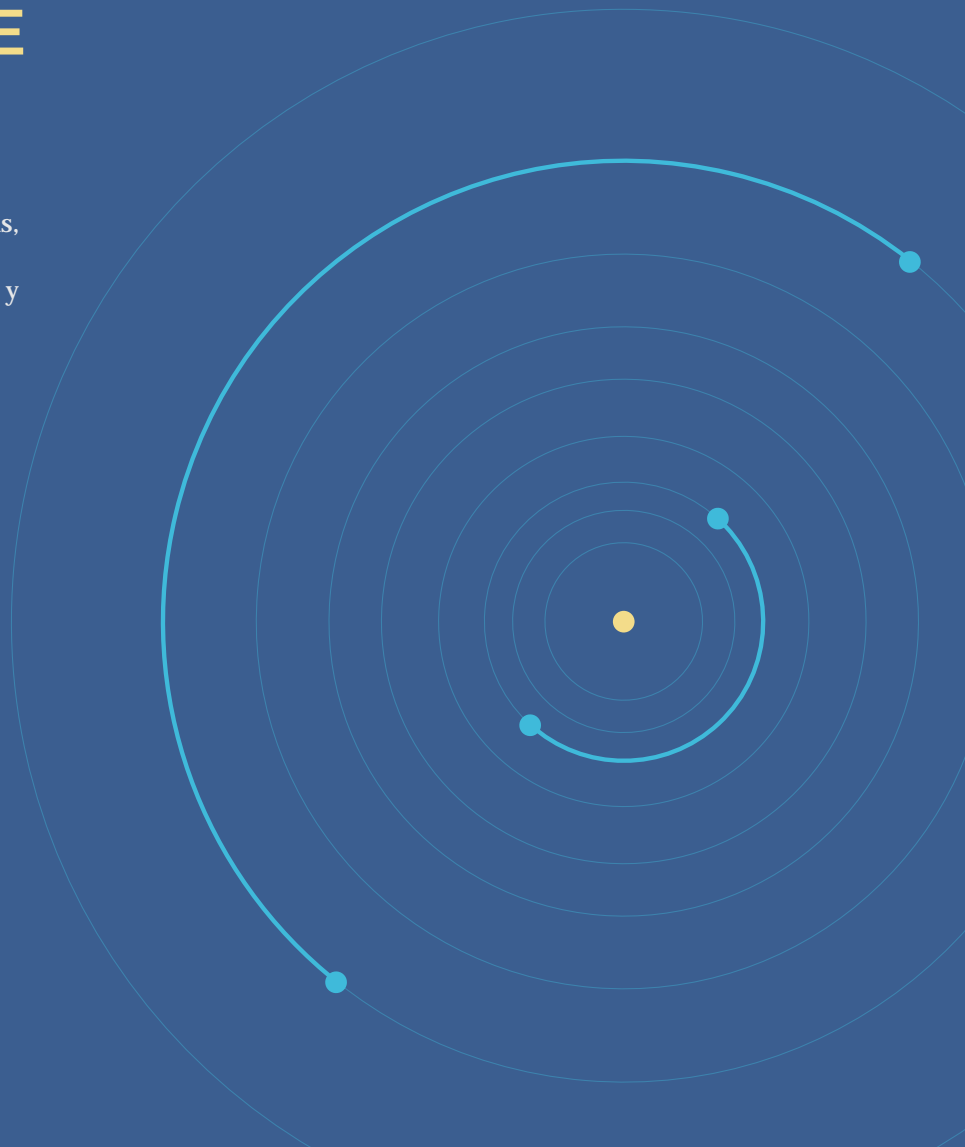
Los datos de la encuesta en Panamá parecen sugerir una desconexión entre la evaluación general del sistema de salud –que es similar entre los tres subsistemas de seguro– y las experiencias informadas por los pacientes. De manera general, se observan barreras de acceso muy importantes entre los usuarios del seguro público, comprobadas por las inequidades en el acceso a los servicios al comparar este grupo con los otros dos. Asimismo, la calidad informada va en respectivo descenso para los servicios prestados a los usuarios de seguro privado, social y público.

La ausencia de datos, análisis y literatura más profunda acerca de los servicios de salud en Panamá hace que sea difícil triangular los hallazgos de la presente encuesta con otras fuentes de información. Sin embargo, por el mismo motivo, los datos indicados en el presente análisis conllevan todavía más importancia con respecto a la necesidad de fortalecer la atención primaria de salud en el país, así como la urgencia de reducir las inequidades en el acceso, calidad y utilización de los servicios de salud. El Ministerio de Salud de Panamá viene llevando a cabo procesos de consulta y diálogo multidisciplinario con actores de gobierno y de la sociedad civil, y uno de los resultados más importantes es, justamente, la necesidad de fortalecer los sistemas de información y de contar con indicadores para el monitoreo y seguimiento de los fondos asignados al sistema de salud (Ministerio de Salud de Panamá 2016). Esperamos que los datos de la presente encuesta puedan apoyar dicho proceso y contribuir a la continua mejora del acceso y calidad a los servicios de salud.

La atención primaria de salud y los determinantes de la percepción sobre el sistema de salud y sobre la calidad de la atención en 17 países de ALC y la OCDE

9

Frederico Guanais,
Ferdinando Regalía,
Ricardo Pérez-Cuevas,
Milagros Anaya,
Svetlana V. Doubova y
Diana Pinto





Introducción

A pesar del amplio consenso que existe en cuanto al papel central de la APS en el funcionamiento eficaz de los sistemas de salud, a la fecha existen pocas métricas de desempeño de los servicios desde la perspectiva de los pacientes y usuarios de los servicios de salud —tanto entre los países de ALC como en perspectiva comparada con países de más altos niveles de desarrollo—. Tampoco hay una orientación basada en pruebas acerca de los niveles deseables (o mismo teóricamente posibles) de desempeño de los sistemas de salud en las dimensiones de acceso, resolutivez, integración y coordinación de servicios de APS en una perspectiva de red integrada de servicios, a pesar de la amplia literatura publicada en la última década sobre el tema (Waibel et al. 2015; Vázquez et al. 2009; Montenegro et al. 2011). En este contexto, una comparación con los resultados observados en países de altos ingresos y con sistemas de salud más consolidados puede resultar útil para el diseño e implementación de estrategias de fortalecimiento de la APS por parte de los gobiernos nacionales. Además, desde la perspectiva de formulación de políticas públicas, es importante examinar hasta qué punto la experiencia de los pacientes en la APS es predictiva de la evaluación ciudadana sobre los sistemas nacionales de salud y de la calidad percibida de la atención.

Con dichos objetivos, este capítulo cierra el presente volumen con un análisis comparativo entre los 6 países de ALC incluidos en la encuesta (Brasil, Colombia, El

Salvador, Jamaica, México y Panamá) y 11 países de la OCDE de altos ingresos (Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza). Se presentan datos comparados de los resultados de la percepción sobre el sistema de salud, la calidad percibida de la atención y la experiencia con la APS para los 17 países y de forma comparada entre ALC y OCDE. Se muestran los resultados de análisis multivariados que estudian los determinantes de la percepción sobre la necesidad de cambios fundamentales en el sistema de salud, así como de la percepción sobre una muy buena calidad de atención en la APS en una perspectiva comparada entre ALC y OCDE —expandiendo análisis anteriores que se concentraron solamente en ALC— (Pérez-Cuevas et al. 2017; Doubova et al. 2016; Macinko et al. 2016). Finalmente, se discuten las implicaciones de políticas de los hallazgos de este estudio.

Métodos

Para los análisis del presente capítulo, los datos de la Encuesta sobre Acceso, Experiencia y Coordinación de la Atención Primaria de Salud en América Latina y Caribe, llevada a cabo por el BID en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá entre los años de 2012 y 2014, fueron combinados con los datos de la *International Health Policy Survey* implementada por el *Commonwealth Fund* en Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza en 2013 (ver Capítulo 2). La base de datos combinada contiene un total de 28.347 observaciones, con muestras ponderadas para la población nacional de los 17 países.

Inicialmente, se compararon los resultados de la percepción sobre el sistema de salud, la calidad de la APS y la experiencia con la APS informados por pacientes en los 17 países. Las variables que midieron estos resultados fueron agrupadas en cinco categorías: 1) visión general del sistema de salud; 2) calidad percibida de la APS; 3) acceso, barreras de organizacionales y financieras; 3) experiencia con la APS; y 4) prevención y exámenes básicos de detección oportuna. Su descripción está presente en la Tabla 9.1 a continuación.

Posteriormente, se construyeron seis modelos multivariados para identificar los principales determinantes de la necesidad de cambios fundamentales en el sistema de salud y de la confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico. Para los primeros tres modelos (uno para países OCDE, uno para países ALC y uno OCDE+ALC), la variable dependiente fue la percepción del usuario sobre el sistema de salud. La pregunta que evaluó esta variable fue: “¿Cuál de las siguientes afirmaciones es lo más parecido a expresar su visión general del sistema de salud en este país?” Las opciones de respuesta fueron las siguientes: 1) En general, el sistema funciona bastante bien y solo son necesarios pequeños cambios para que funcione mejor; 2) Hay algunos aspectos positivos en nuestro sistema de salud, pero son necesarios cambios fundamentales para la mejora; 3) Nuestro sistema de salud tiene muchos problemas y necesita ser completamente reconstruido; 4) No está seguro (a); 5) Se negó a responder. Dividimos las respuestas en dos categorías: 0 = no hay necesidad de cambio fundamental; 1 = necesidad de cambios fundamentales o de reconstrucción completa.

Tabla 9.1. Variables que midieron los resultados de la percepción sobre el sistema de salud y la experiencia con la APS.

| DIMENSIÓN | VARIABLES |
|--|---|
| Visión general del sistema de salud | Percepción de que el sistema de salud requiere cambios fundamentales para funcionar mejor. |
| Calidad percibida de la APS | Percepción acerca de la atención en la APS es de muy buena calidad |
| Acceso, barreras organizacionales y financieras | El tiempo para acceder a atención por parte de un médico o personal de enfermería fue el mismo día o al siguiente. |
| | La dificultad para obtener atención médica durante las noches, los fines de semana o las vacaciones no hizo posible acceder a atención sin ir a la sala de emergencias. Tuvo un problema médico, pero no realizó una consulta debido al costo y/o ha omitido una prueba médica, tratamiento o consulta de seguimiento debido al costo y/o tuvo problemas serios para pagar cualquier gasto de bolsillo relacionado con la salud. |
| Experiencia con la atención primaria de salud | Cuenta con APS centrada en el paciente (tiene un médico o lugar de atención regular y el médico o personal de enfermería siempre o con frecuencia saben información relevante sobre la historia clínica del paciente y el establecimiento de atención médica es fácil de contactar por teléfono durante las horas normales de oficina y el médico o personal de enfermería siempre o con frecuencia ayuda a coordinar la atención). |
| | El médico de atención primaria explica la situación en una forma fácil de entender y pasa suficiente tiempo con el paciente. |
| Prevención y exámenes básicos de detección oportuna | El personal del lugar usual de atención envió recordatorio para cita preventiva. |
| | La presión arterial fue revisada por el médico o la enfermera en el último año. El colesterol fue revisado por el médico o la enfermera en los últimos cinco años. |

Fuente: elaboración propia.

Para los tres modelos restantes, la variable dependiente fue la percepción de una muy buena calidad en el lugar usual de atención. La pregunta que evaluó esta variable fue: “ En general, ¿cómo califica la asistencia médica que ha recibido en los

últimos 12 meses en el consultorio, clínica o establecimiento de salud de su médico general?” Las opciones de respuesta fueron las siguientes: 1) Excelente; 2) Muy buena; 3) Buena; 4) Regular; 5) Mala; 6) No está seguro(a); 7) Se negó a responder. Dividi-

mos las respuestas en dos categorías: 0 = Calidad buena, regular o mala; 1 = Calidad muy buena o excelente.

En el análisis multivariado, las variables de control fueron las mismas definidas para la muestra de seis países de ALC (ver Capítulo 2): sexo, edad (cinco grupos etarios, que fueron 18-25, 26-35, 36-45, 46-59 y 60 años o más), nivel educativo (primaria o menos, secundaria completa, superior o más), presencia de enfermedad crónica, percepción subjetiva del estado de salud y tipo de cobertura. Identificamos que el encuestado estaba sufriendo de una enfermedad crónica si un médico le había informado que padecía artritis, asma u otra enfermedad pulmonar crónica, cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión o depresión. La variable “percepción subjetiva del estado de salud” se clasificó como buena (excelente, muy buena, buena) y mala (regular y mala).

En concordancia con la metodología adoptada para los seis países de ALC, en los países de OCDE también se definió como “sin seguro” a los que no cuentan con ningún otro tipo de cobertura, “seguro público” a los que solamente cuentan con esa modalidad —no contributiva—; “seguro social” a los usuarios de dicha cobertura, pero que no tienen un seguro privado voluntario adicional; y “seguro privado” a los afiliados a dicha cobertura, independientemente de utilizar otras. Según la misma metodología, en los países de la OCDE se definió “seguro público” como el financiado por impuestos generales; “seguro social” como el financiado predominantemente por impuestos sobre la nómina de los trabajadores formales; y “seguro privado” como aquel adquirido voluntariamente en los mercados privados y financiados principalmente mediante el

pago de primas²⁰. Debido a la variación en las reglas de afiliación en cada país, existe una variación en el número de modalidades de cobertura que existe en ellos. Asimismo, se especificó un modelo de efectos fijos con la inclusión de variables dicotómicas por cada país, a modo de controlar ciertas características no observadas de los sistemas nacionales de salud que afectan a todos entrevistados de manera uniforme.

Los datos se ponderaron utilizando los pesos muestrales de la encuesta. La estadística descriptiva se empleó para describir las características generales de la población estudiada. A modo de preservar la comparabilidad entre las poblaciones de diferentes países, las estadísticas descriptivas —excepto las que se refieren a las características de la muestra—, fueron ajustadas por riesgo para sexo, edad (cinco grupos etarios, que fueron 18-25, 26-35, 36-45, 46-59 y 60 años o más), nivel educativo (primaria o menos, secundaria completa, superior o más), presencia de enfermedad crónica y percepción subjetiva del estado de salud. Los cálculos de las prevalencias ajustadas fueron realizados mediante modelos de regresión de Poisson robusto (Chen et al. 2014) y los coeficientes representan las tasas de prevalencia.

Para evaluar la asociación entre las variables independientes y ambas variables dependientes, se realizaron regresiones ponderadas de Poisson múltiple con modelo robusto de varianza, como se recomienda para estudios transversales con resultados binarios de alta prevalencia

20 Por ello, se consideró el *medicaid* como seguro público y *medicare* como seguridad social en los Estados Unidos.

(Barros y Hirakata 2003). Los coeficientes representan las razones de prevalencia (RP); y su interpretación es la misma que para las relaciones de riesgo relativo (*risk ratios*). El primer modelo fue controlado por sexo, edad, nivel educativo, presencia de enfermedad crónica y percepción subjetiva del estado de salud, mientras que, para el segundo, además de las variables ya mencionadas, se incluyó el nivel socioeconómico, dado que estas variables pueden potencialmente prestarse a confusión. El análisis se realizó con el *software* Stata/SE versión 14.2 (Statacorp 2015).

Resultados descriptivos

La Tabla 9.2 presenta las características generales de la población objeto del estudio en los países de altos ingresos miembros de la OCDE (Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza) y de los países de ALC, así como una comparación de diferencia estadística significativa entre los resultados observados en ALC y OCDE, mediante un modelo de Poisson robusto. Todas las diferencias observadas entre los promedios de ALC y OCDE fueron estadísticamente significativas.

En promedio, la población de ALC es más joven y tiene un nivel de educación menor que los países de OCDE. La proporción de personas entre 18 y 25 años varió, en la OCDE, del 4,8% en Suecia al 13,5% en Australia, y en ALC del 19,1% en Panamá al 28,9% en México. Análogamente, la proporción de personas de 60 años de edad o más en la OCDE varió de un 26,1% en Australia a un 46,4% en Noruega, y en ALC de un 4,1% en México a un 18,4% en

Panamá. Entre los países de altos ingresos de la OCDE, la proporción de participantes con nivel de educación secundaria o menor varió del 71,5% en Reino Unido al 99,6% en Suiza. En ALC, la proporción de participantes con educación secundaria o menos varió del 74,3% en Panamá al 89,1% en Brasil.

En ALC hay menor prevalencia autoinformada de afecciones crónicas que hayan sido diagnosticadas por un médico, aunque la población de la región tiene una peor auto percepción de su estado general de salud que la población de los países de la OCDE. Los Estados Unidos tuvieron el mayor porcentaje de participantes con enfermedades crónicas (66,0%) y Suiza el más bajo (44,5%). La mayoría de los participantes percibió que su estado de salud era bueno, oscilando entre el 77,6% en Alemania y el 92,3% en Nueva Zelanda. En ALC, El Salvador tuvo el menor porcentaje de participantes con enfermedades crónicas (30,5%) y Jamaica el más alto (51,7%). La mayoría de los participantes entendió que su estado de salud era bueno, variando entre el 78,3% en México y el 83,4% en Brasil.

Las diferencias en términos de cobertura son un poco más complejas en función de las particularidades existentes en cada país. La distribución de los tipos de afiliación varió según el modelo de cobertura existente en cada país. En los países de la OCDE predominan los sistemas públicos únicos, sean basados en un modelo “*Beveridge*”, de sistema nacional de salud con financiamiento apoyado en impuestos generales (Australia, Canadá, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia) o basados en un modelo “*Bismarck*”, de seguridad social con financiamiento apoyado en contribuciones sobre la nómina (Alemania, Holanda, Francia y Suiza)

(Van der Zee y Kroneman 2007). En ese grupo, los Estados Unidos se destacan por ser un modelo fragmentado con características particulares. En ALC predomina la fragmentación de regímenes de cobertura, con la coexistencia del seguro público, de la seguridad social y del seguro privado con la excepción de Brasil y Jamaica, que cuentan con modelos de servicio nacional de salud basados en el modelo inglés.

Entre los 11 países miembros de la OCDE, el Reino Unido tuvo la mayor proporción de entrevistados que cuentan solo con seguro público (77,3%) mientras que Alemania tuvo el menor porcentaje (0,5%). La proporción de participantes afiliados a

la seguridad social osciló entre el 23,4% en Estados Unidos y el 75,9% en Alemania. En relación al porcentaje que contaba con un seguro privado, se varió entre el 22,7% en Reino Unido y el 93,1% en Francia. Para los seis países pertenecientes a ALC, Brasil tuvo la mayor proporción de entrevistados que cuentan solo con seguro público (77%) mientras que Panamá tuvo el menor porcentaje (15,3%). La proporción de participantes que poseían seguridad social osciló entre el 42,9% en El Salvador y el 68% en Colombia. En general, un porcentaje reducido de la población contaba con un seguro privado, que varió entre el 9,3% en Colombia y el 39,2% en Jamaica.

Tabla 9.2. Características generales de los usuarios de los servicios de salud en 17 países de ALC y la OCDE.

| CARACTERÍSTICAS | BRASIL | COLOMBIA | EL SALVADOR | JAMAICA | MÉXICO | PANAMÁ | ALC | ALEMANIA | AUSTRALIA | CANADÁ | ESTADOS UNIDOS | FRANCIA | HOLANDA | NORUEGA | NUEVA ZELANDA | REINO UNIDO | SUECIA | SUIZA | OCDE |
|----------------------------------|--------|----------|-------------|---------|--------|--------|--------------|----------|-----------|--------|----------------|---------|---------|---------|---------------|-------------|--------|-------|----------------|
| (n) | 1.500 | 1.463 | 1.466 | 1.488 | 1.488 | 1.472 | 8.877 | 1.119 | 2.183 | 5.365 | 1.781 | 1.406 | 979 | 961 | 986 | 981 | 2.252 | 1.457 | 19.470 |
| Mujeres (%) | 51,7 | 53,1 | 53,5 | 53,7 | 50,6 | 51,4 | 52,3 | 60,4 | 52,3 | 59,3 | 57,8 | 52,4 | 50,5 | 53,8 | 49,6 | 49,6 | 53,5 | 52,7 | 55,1 |
| Edad (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-25 | 21,9 | 25 | 26,6 | 21,7 | 28,9 | 19,1 | 23,9 | 6,9 | 13,5 | 6,1 | 5,8 | 7,9 | 11,8 | 5,2 | 14,2 | 12,7 | 4,8 | 10,9 | 8,2*** |
| 26-35 | 23,5 | 27,1 | 23,5 | 23,3 | 24,6 | 20,4 | 23,2 | 14,5 | 17,5 | 11 | 10,5 | 16,8 | 15,6 | 6,7 | 17,7 | 18,1 | 10,2 | 16,5 | 13,3*** |
| 36-45 | 21,9 | 21,9 | 18,3 | 19,5 | 24,4 | 20,7 | 21,1 | 14,6 | 16,8 | 14,8 | 12,8 | 20,3 | 19,0 | 12,9 | 16,3 | 18,1 | 13,2 | 19,7 | 15,7*** |
| 46-59 | 19,8 | 18,7 | 18,1 | 19 | 17,9 | 21,5 | 19,6 | 26,8 | 26,1 | 30,4 | 26,8 | 26,6 | 25,2 | 28,8 | 22,8 | 22,0 | 25,6 | 24,9 | 27,0*** |
| 60+ (%) | 13 | 7,3 | 13,5 | 16,5 | 4,1 | 18,4 | 13,2 | 37,2 | 26,1 | 37,7 | 44,0 | 28,5 | 28,4 | 46,4 | 29,0 | 29,1 | 46,2 | 28,1 | 35,8*** |
| Educación (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primaria | 63,8 | 25,3 | 42,7 | 27,8 | 27,3 | 42,8 | 38,2 | 17,6 | 19,0 | 15 | 13,2 | 9,9 | 53,4 | 11,4 | 30,1 | 13,4 | 17,4 | 10 | 17,3*** |
| Secundaria | 25,3 | 53,1 | 32,0 | 51,7 | 55,3 | 31,5 | 41,9 | 55,0 | 58,5 | 60,3 | 58,6 | 73,4 | 22,0 | 79,3 | 51,8 | 58,1 | 62,3 | 89,6 | 61,5*** |
| Superior | 10,9 | 21,7 | 25,3 | 20,5 | 17,4 | 25,7 | 20,0 | 27,4 | 22,5 | 24,7 | 28,2 | 16,7 | 24,6 | 9,3 | 18,1 | 28,5 | 20,3 | 0,4 | 21,2*** |
| Estado de salud (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presenta enfermedad crónica | 34,2 | 32,8 | 30,5 | 51,7 | 34,9 | 38,2 | 37,1 | 55,8 | 49,7 | 57,3 | 66,0 | 56,7 | 52,3 | 63,5 | 57,5 | 46,2 | 58,3 | 44,5 | 55,9*** |
| Mala auto-percepción de su salud | 16,6 | 18,4 | 19,3 | 19,8 | 21,7 | 19,0 | 19,1 | 22,5 | 11,0 | 13,3 | 18,1 | 22,1 | 13,0 | 18,6 | 7,7 | 11,9 | 16,5 | 12,3 | 14,8*** |
| Tipo de cobertura (%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pública | 77,0 | 22,7 | 36,1 | 60,8 | 22,3 | 15,3 | 41,1 | 0,5 | 53,4 | 39,5 | 4,8 | 6,9 | – | 60,8 | 66 | 77,3 | 66,5 | – | 28,6*** |
| Seg. Social | – | 68,0 | 42,9 | – | 47,7 | 63,6 | 36,9 | 75,9 | – | – | 23,4 | – | 29,4 | – | – | – | – | 42,5 | 18,3*** |
| Seg. Privado | 23,0 | 9,3 | 21,0 | 39,2 | 18,2 | 21,1 | 22,0 | 23,7 | 46,6 | 60,5 | 61,2 | 93,1 | 70,6 | 39,2 | 34 | 22,7 | 33,5 | 57,5 | 53,1*** |

Nota: la tabla presenta los porcentajes ponderados de la encuesta. Los Estados Unidos y México son los únicos países en los cuales hay o hubo una opción de declarar que no está cubierto por ningún régimen de salud (11,8% y 10,7% sin seguro, respectivamente), por lo tanto, los totales en la tabla no alcanzan el 100%.

*** p<0,001 (ALC vs. OCDE).

La Tabla 9.3 presenta los resultados de la percepción sobre el sistema de salud y sobre la calidad percibida de atención que informaron los pacientes en los países de la OCDE y en los países de ALC, con ajuste de riesgo por sexo, edad, educación y estado de salud. También se comparó si hay una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados observados en ALC y la OCDE mediante un modelo de Poisson robusto, y todas las diferencias observadas entre los promedios de ALC y OCDE también fueron estadísticamente significativas.

En promedio, en los países de ALC la población señaló un mayor deseo de cambios fundamentales en el sistema de salud y una peor percepción acerca de la calidad de la atención primaria de salud. En los países de la OCDE, la percepción de necesidad de cambios fundamentales varió entre el 36,3% en Reino Unido y el 60,4% en Francia, siendo que los Estados Unidos fueron un *outlier*, con un 73,2% que pide cambios esenciales para que el sistema funcione mejor.

En ALC, la insatisfacción con el sistema de salud fue considerablemente superior, ya que entre el 79,8% de los entrevistados en México y el 96,8% de los entrevistados en Brasil mencionaron que se necesitan cambios fundamentales en el sistema de salud. La variable que mide la percepción de muy buena calidad acerca de la atención en APS indicó variación: en los países de la OCDE fue de un mínimo del 50,5% en Suecia a un máximo del 82,0% en Nueva Zelanda, y en ALC osciló entre un 29,6% en Colombia y un 54,8% en Jamaica.

Frente a los ciudadanos de países de la OCDE la población de ALC tiene menor acceso a los servicios de APS, y mayores barreras organizacionales y financieras.

Con respecto a la proporción de personas que lograron una cita en la APS para el mismo día o al siguiente, en países de la OCDE se varió de un mínimo del 40,8% en Canadá a un máximo del 70,5% en Nueva Zelanda; mientras que en ALC fue de un mínimo del 31,0% en Colombia a un máximo del 67,0% en Jamaica. Sobre otras barreras organizacionales, en los países de la OCDE la dificultad para obtener atención médica por las tardes, fines de semana o días festivos sin necesidad de acudir a la sala de emergencias varió entre el 27,0% en Alemania al 55,1% en Canadá, y en ALC el rango fue del 46,4% en Colombia al 76,6% en El Salvador. En países de la OCDE, las barreras financieras se notificaron con más frecuencia en los Estados Unidos (35%), y el Reino Unido tuvo el porcentaje más bajo (3,8%), mientras que en ALC se notificaron con más frecuencia en Jamaica (46,0%) y Colombia tuvo el porcentaje más bajo (24,8%).

Las variables que miden la experiencia con la APS no favorecen a ALC frente a los países de la OCDE, al exhibir una menor proporción de personas que cuenta con atención primaria de esas características, y que señalan que los médicos explican la situación de una forma fácil de entender o que pasan tiempo suficiente con el paciente. En los países OCDE, el porcentaje de participantes que informó contar con atención según los atributos de una APS centrada en el paciente osciló entre el 12,5% en Suecia y el 52,1% en Nueva Zelanda, y en ALC varió entre el 8,5% en El Salvador y 17,7% en Jamaica. Asimismo, en relación con las variables que miden una buena experiencia del contacto interpersonal durante la atención médica —el médico explica la situación de una forma fácil de entender y pasa tiempo suficiente con el paciente—, en los países de la OCDE el porcentaje osciló entre el 72,2% en Suecia y

el 86,1% en Alemania y en ALC varió entre el 38,0% en Brasil y el 68,0% en México.

La organización para el cumplimiento de las medidas de prevención y la realización de exámenes básicos de rutina es menor en ALC que en los países de la OCDE. Dentro de los entrevistados que declararon haber tenido una cita de *check-up* del estado de salud en los últimos dos años, la proporción que indica haber recibido un recordatorio para una cita preventiva por parte de la APS varió, en los países de la OCDE, entre un 22,4% en Noruega y un 55,7% en Nueva Zelanda, mientras que en ALC osciló entre el 22,1% en Jamaica y el 36,8% en El Salvador. Sobre el cumplimiento con los exámenes, el porcentaje de participantes que indicó que “su presión arterial fue revisada por el médico o la enfermera en el último año” en los países OCDE varió entre el 60,0% en Suiza y el 87,3% en los Estados Unidos, mientras que en ALC varió entre el 63,8% en Brasil y el 83,5% en Jamaica. El porcentaje de entrevistados que señaló que “su colesterol fue revisado por el médico o la enfermera en los últimos cinco años”, en los países de la OCDE osciló entre el 45,6% en Suecia y el 77,6% en Alemania, y en ALC el rango observado fue entre el 45,7% en Panamá y el 85,9% en Brasil.

Las importantes diferencias observadas en los promedios entre los países de ALC y la OCDE son todavía más complejas en función de la multiplicidad de modelos de cobertura que coexisten al interior de cada país de ALC y entre los diferentes países de la OCDE. Por lo tanto, la interpretación de las discrepancias existentes entre los

dos grupos de países debe considerar ese contexto. Por ello, las tablas 9.4 y 9.5 a continuación presentan los resultados de las mismas variables de acceso y experiencia con la atención primaria de salud, con resultados estratificados por tipo de cobertura y por nivel de educación. Los porcentajes de ambas tablas fueron ajustados por riesgo con base en las variables de sexo, edad, y estado de salud, y los resultados de la Tabla 9.4 también fueron ajustados por educación.

Muchos de los resultados observados en la comparación de los promedios por grupos de países no favorecen a los países de ALC, las diferencias permanecen cuando se estratifican las poblaciones por tipo de cobertura (pública, seguridad social, seguro privado y sin seguro), con algunas importantes excepciones observadas a continuación. Parte de las diferencias entre ALC y los países de la OCDE disminuye o desaparece cuando se considera solamente la comparación entre las personas que tienen seguros privados: para esta subpoblación, el acceso a la APS el mismo día o al siguiente es mejor en ALC que en los países OCDE y no hay diferencias significativas en las barreras organizacionales informadas para asistir a los servicios fuera del horario laboral. En algunas otras variables, como por ejemplo la experiencia interpersonal con los médicos, la disponibilidad de APS centrada en el paciente y la medición de presión arterial, la magnitud del gradiente entre ALC y países de la OCDE es menor entre la población con seguro privado que entre la población con seguro público y seguridad social.

Tabla 9.3. Acceso y experiencia con la atención primaria de salud en 17 países de ALC y la OCDE.

| CARACTERÍSTICAS | BRASIL (%) | COLOMBIA (%) | EL SALVADOR (%) | JAMAICA (%) | MÉXICO (%) | PANAMÁ (%) | ALC (%) | ALEMANIA (%) | AUSTRALIA (%) | CANADÁ (%) | ESTADOS UNIDOS (%) | FRANCIA (%) | HOLANDA (%) | NORUEGA (%) | NUEVA ZELANDA (%) | REINO UNIDO (%) | SUECIA (%) | SUIZA (%) | OCDE (%) |
|--|------------|--------------|-----------------|-------------|------------|------------|-------------|--------------|---------------|------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-----------------|------------|-----------|----------------|
| Percepción sobre el sistema de salud y sobre la calidad percibida de atención | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cambios fundamentales | 96,8 | 80,1 | 89,1 | 87,3 | 79,8 | 91,2 | 87,4 | 55,1 | 50,7 | 57,6 | 73,2 | 60,4 | 48,1 | 53,4 | 53,4 | 36,3 | 55,4 | 46,6 | 55,4*** |
| Muy buena calidad de la APS | 39,9 | 29,6 | 44,0 | 54,8 | 39,9 | 33,8 | 40,5 | 62,1 | 73,7 | 71,7 | 71,6 | 59,7 | 70,2 | 62,9 | 82,0 | 72,1 | 50,5 | 68,2 | 68,0*** |
| Acceso, barreras organizacionales y financieras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acceso a la APS el mismo día o al siguiente | 47,1 | 31,0 | 38,8 | 67,0 | 62,8 | 54,7 | 51,0 | 76,9 | 56,9 | 40,8 | 47,9 | 57,6 | 64,4 | 47,5 | 70,5 | 52,0 | 57,9 | 60,1 | 54,3*** |
| Barreras para asistir fuera del horario laboral | 65,3 | 46,4 | 76,6 | 51,7 | 64,9 | 69,9 | 62,1 | 27,0 | 40,1 | 55,1 | 51,4 | 45,3 | 34,1 | 33,9 | 37,6 | 27,9 | 39,4 | 36,2 | 44,2*** |
| Barreras financieras | 26,3 | 24,8 | 47,3 | 46,0 | 32,8 | 25,4 | 34,7 | 11,8 | 13,6 | 11,7 | 35,0 | 18,4 | 23,1 | 10,1 | 21,7 | 3,8 | 5,1 | 17,1 | 15,3*** |
| Experiencia con la atención primaria de salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 11,4 | 8,9 | 8,5 | 17,7 | 13,4 | 8,8 | 12,5 | 52,1 | 40,6 | 41,3 | 38,8 | 29,6 | 45,9 | 31,7 | 51,1 | 44,6 | 12,5 | 47,9 | 39,6*** |
| Médico explica la situación, pasa tiempo suficiente | 38,0 | 64,2 | 50,4 | 52,8 | 68,0 | 45,0 | 55,7 | 86,1 | 76,6 | 74,7 | 76,2 | 74,6 | 78,0 | 74,6 | 84,0 | 81,7 | 72,2 | 74,7 | 76,5*** |
| Prevención y exámenes básicos de detección oportuna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recordatorio para cita preventiva | 24,3 | 27,4 | 36,8 | 22,1 | 26,3 | 32,1 | 28,2 | 44,6 | 34,5 | 36,6 | 43,7 | 29,9 | 51,5 | 22,4 | 55,7 | 46,0 | 29,2 | 23,6 | 38,1*** |
| Controló su presión arterial | 63,8 | 65,7 | 70,4 | 83,5 | 77,9 | 79,5 | 73,8 | 83,6 | 62,2 | 77,8 | 87,3 | 87,2 | 66,6 | 65,7 | 70,2 | 63,9 | 61,4 | 60,0 | 73,0*** |
| Controló su colesterol | 85,9 | 59,6 | 48,4 | 63,2 | 80,0 | 45,7 | 64,3 | 77,6 | 76,3 | 69,2 | 74,7 | 70,0 | 69,1 | 55,3 | 70,0 | 68,1 | 45,6 | 76,6 | 68,8*** |

Nota: la tabla presenta las prevalencias ponderadas de la encuesta, ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

***p<0,001 (ALC vs. OCDE)

A su vez, la comparación de las subpoblaciones sin seguro entre ALC y países OCDE es particular, ya que solamente en los Estados Unidos y en México puede observarse dicho subgrupo. En ese caso, se distingue una situación favorable para los ciudadanos de ALC en el acceso a APS el mismo día o al siguiente y menores barreras financieras para asistir a los servicios. Asimismo, no hay diferencias significativas entre ALC y los países de la OCDE en términos de percepción general acerca del sistema de salud, calidad percibida de la APS, experiencia interpersonal con los médicos, envío de recordatorio para cita preventiva y cumplimiento con exámenes preventivos de control de colesterol.

La comparación entre los grupos de países con poblaciones estratificadas por educación (primaria completa o menos, secundaria completa o superior incompleto, superior completo o más) ofrece la posibilidad de comparación ajustada por un *proxy* de estado socioeconómico, considerándose la correlación entre educación e ingreso. En ese caso, los resultados también permanecen relativamente estables, con un gradiente que no favorece a la población de ALC. En dos dimensiones desaparece la diferencia estadísticamente significativa entre las poblaciones con educación superior en países de ALC y de la OCDE: el nivel de acceso a APS el mismo día o al día siguiente y el cumplimiento con la medición de la presión arterial.

Tabla 9.4. Acceso y experiencia con la atención primaria de salud por tipo de cobertura, promedios de 17 países de ALC y la OCDE.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO | | SEGURO SOCIAL | | PRIVADO | | SIN SEGURO | |
|--|---------|----------|---------------|----------|---------|----------|----------------------|-----------------------|
| | ALC (%) | OCDE (%) | ALC (%) | OCDE (%) | ALC (%) | OCDE (%) | ALC ^A (%) | OCDE ^B (%) |
| Percepción sobre el sistema de salud y sobre la calidad percibida de atención | | | | | | | | |
| Cambios fundamentales | 90,5 | 52,6*** | 85,2 | 54,3*** | 87,7 | 57,1*** | 85,6 | 76,7 |
| Muy buena calidad de APS | 34,7 | 70,9*** | 34,2 | 61,2*** | 56,2 | 69,6*** | 49,5 | 63,4 |
| Acceso, barreras organizacionales y financieras | | | | | | | | |
| Acceso a APS el mismo día o el día siguiente | 47,0 | 48,9*** | 45,0 | 63,6*** | 64,3 | 54,4*** | 81,8 | 39,0*** |
| Barreras para asistir fuera del horario laboral | 66,5 | 43,1*** | 63,3 | 38,8*** | 54,7 | 46,4 | 62,3 | 57,2*** |
| Barreras financieras | 41,5 | 15,9*** | 29,5 | 12,9*** | 32,5 | 14,7** | 44,5 | 43,6 |
| Experiencia con la atención primaria de salud | | | | | | | | |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 7,2 | 39,5*** | 10,6 | 35,2*** | 22,9 | 42,5*** | 11,8 | 19,5* |
| Médico explica la situación, pasa tiemposuficiente | 42,3 | 74,3*** | 60,8 | 77,7*** | 63,2 | 77,4*** | 69,6 | 70,0 |
| Prevención y exámenes básicos de detección oportuna | | | | | | | | |
| Recordatorio para cita preventiva | 22,6 | 35,6*** | 31,4 | 35,7*** | 30,7 | 41,2*** | 20,2 | 19,5 |
| Controló su presión arterial | 69,9 | 68,5*** | 74,4 | 71,0** | 80,3 | 76,7* | 52,2 | 78,7*** |
| Controló su colesterol | 65,5 | 68,6*** | 60,8 | 64,2*** | 68,8 | 71,9*** | 63,6 | 62,1 |

Nota: la tabla presenta las prevalencias promedias de cada región, aplicados los pesos muestrales de la encuesta, ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado^a. Incluye solamente los datos de México, el único país de ALC en el cual se presentó una opción "sin seguro"^b. Incluye solamente los datos de los Estados Unidos, el único país de la OCDE en el cual se presentó una opción "sin seguro". ***p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001 (ALC vs. OCDE)

Tabla 9.5. Acceso y experiencia con la atención primaria de salud por nivel de educación, promedios de 17 países de ALC y la OCDE.

| CARACTERÍSTICAS | PRIMARIA | | SECUNDARIA | | SUPERIOR | |
|--|----------|----------|------------|----------|----------|----------|
| | ALC (%) | OCDE (%) | ALC (%) | OCDE (%) | ALC (%) | OCDE (%) |
| Percepción sobre el sistema de salud y sobre la calidad percibida de atención | | | | | | |
| Cambios fundamentales | 87,8 | 54,3*** | 87,4 | 55,8*** | 86,8 | 55,8*** |
| Muy buena calidad de APS | 34,8 | 65,9*** | 39,1 | 67,8*** | 50,4 | 71,3*** |
| Acceso, barreras organizacionales y financieras | | | | | | |
| Acceso a APS el mismo día o al día siguiente | 44,7 | 51,8*** | 51,3 | 55,1** | 56,1 | 54,9 |
| Barreras para asistir fuera del horario laboral | 65,5 | 42,8*** | 62,8 | 45,1*** | 57,8 | 43,2*** |
| Barreras financieras | 38,1 | 19,6*** | 34,9 | 14,6*** | 31,2 | 13,1*** |
| Experiencia con la atención primaria de salud | | | | | | |
| Cuenta con APS centrada en el paciente | 8,7 | 40,5*** | 12,0 | 39,1*** | 19,0 | 39,9*** |
| Médico explica la situación pasa tiempo suficiente | 44,1 | 74,7*** | 57,2 | 76,2*** | 64,3 | 79,5*** |
| Prevención y exámenes básicos de detección oportuna | | | | | | |
| Recordatorio para cita preventiva | 28,3 | 40,0*** | 27,0 | 36,8*** | 31,3 | 39,5*** |
| Controló su presión arterial | 68,2 | 69,9*** | 72,8 | 72,6*** | 82,0 | 78,3 |
| Controló su colesterol | 62,5 | 67,8*** | 64,2 | 68,2*** | 66,0 | 71,8*** |

Nota: la tabla presenta las prevalencias promedias de cada región, aplicados los pesos muestrales de la encuesta, ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado ***p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001 (ALC vs. OCDE)

Resultados analíticos

Los análisis buscaron identificar hasta qué punto las variables de acceso y experiencia con APS y el cumplimiento con exámenes preventivos se correlacionan con la visión del sistema de salud y con la calidad percibida de atención. A continuación, la Tabla 9.6 muestra los resultados de las regresiones multivariadas de Poisson robusto para los modelos que estudian los determinantes de la percepción sobre la necesidad de cambios fundamentales en el sistema de salud y en la percepción de muy buena o excelente calidad de la APS, tanto para los países de ALC como los de la OCDE. Las estadísticas de Pearson para la *goodness-of-fit* de las seis regresiones confirman que el modelo de Poisson es el indicado para el análisis (Manjón y Martínez 2014).

En el primer grupo de regresiones, que tuvieron como variable dependiente la opinión de que el sistema necesitaba cambios fundamentales, los países de ALC, los países de OCDE y el grupo combinado de países de ALC y OCDE presentaron las mismas tendencias. La posibilidad de acceder a atención el mismo día o al día siguiente estuvo asociada a una probabilidad de opinar que el sistema necesita cambios fundamentales 0,957 veces más baja en ALC (RP=0,957; IC: 0,926-0,989), 0,924 veces más baja en los países de la OCDE (RP=0,924; IC: 0,886-0,963) y 0,937 más baja en la muestra completa (RP=0,937; IC: 0,909-0,965). Asimismo, la disponibilidad de atención médica con las características de APS centrada en el paciente estuvo asociada a una probabilidad de opinión de que se necesitan cambios fundamentales 0,912 veces más baja en ALC (RP=0,912; IC: 0,861-0,965), 0,879 veces más baja en países de la OCDE (RP=0,879; IC: 0,841-0,920) y 0,879 más baja en la

muestra completa (RP=0,879; IC: 0,847-0,912). Por otro lado, la presencia de barreras organizacionales para acceder a atención después del horario laboral estuvo asociada a una probabilidad más alta de opinar que el sistema necesita cambios, 1,071 veces mayor en ALC (RP=1,071; IC: 1,033-1,110), 1,215 veces más alta en países de la OCDE (RP=1,215; IC: 1,165-1,267) y 1,172 más baja en ALC y OCDE en conjunto (RP=1,172; IC: 1,135-1,209).

Al mismo tiempo, identificamos otras variables que fueron significativas solamente en los países de la OCDE y en el grupo que combina a ambos en un solo modelo. La experiencia de barreras financieras estuvo asociada a una probabilidad más alta de apoyar la necesidad de cambios fundamentales, 1,179 veces más alta en países OCDE (RP=1,179; IC: 1,127-1,234) y 1,109 veces más alta en el grupo de ALC y OCDE combinados (RP=1,109; IC: 1,075-1,144). La experiencia interpersonal positiva con el médico estuvo asociada a una probabilidad más baja de apoyar cambios fundamentales, 0,878 veces más baja en países OCDE (RP=0,878; IC: 0,841-0,918) y 0,914 veces más baja en ALC y OCDE en conjunto (RP=0,914; IC: 0,841-0,914). El envío de recordatorio para cita preventiva se asoció con probabilidad más baja de opinar que se requerían cambios fundamentales, 0,949 más baja (RP=0,949; IC: 0,912-0,988) en países de la OCDE y 0,958 veces más baja en ALC y OCDE (RP=0,958; IC: 0,929-0,987).

Una variable fue significativa solamente en ALC y en el grupo que combina los dos subgrupos. El cumplimiento de la medición de la presión arterial estuvo asociado a una probabilidad más baja de pedir cambios fundamentales, 0,954 más baja en ALC (RP=0,954; IC: 0,914-0,996) y 0,956 en ALC y OCDE en conjunto (RP=0,956; IC:

0,919-0,996). El control de colesterol no tuvo efecto significativo en ninguno de los dos grupos de países.

En el segundo grupo de regresiones, con la variable dependiente de la percepción de una APS de muy buena calidad, las tendencias y direcciones de asociación entre las variables independientes y la variable dependiente fueron más uniformes entre los subgrupos de países, aunque para la mayoría de las variables, las magnitudes de las asociaciones fueron mayores en el grupo de ALC. En el conjunto de ALC y países OCDE, estuvieron significativamente asociadas a una mayor probabilidad de que los pacientes perciban una muy buena calidad acerca de las siguientes variables: la posibilidad de acceder a atención el mismo día o al siguiente, que fue 1,348 veces más alta en ALC (RP=1,348, IC: 1,217-1,494), 1,076 veces más alta en países OCDE (RP=1,076, IC: 1,043-1,109) y 1,116 más alta en ALC y OCDE en conjunto (RP=1,116, IC: 1,083-1,151); la disponibilidad de atención médica con las características de APS centrada en el paciente, que fue 1,457 veces más alta en ALC (RP=1,457, IC: 1,329-1,597), 1,264 veces más alta en países OCDE (RP=1,264, IC: 1,224-1,306) y 1,292 veces más alta en ALC y OCDE en conjunto (RP=1,292, IC: 1,253-1,333); una experiencia interpersonal positiva entre

el paciente con el médico, que fue 1,488 veces más alta en ALC (RP=1,488, IC: 1,332-1,662), 1,741 veces más alta en países OCDE (RP=1,741, IC: 1,601-1,796) y 1,696 veces más alta en ALC y OCDE en conjunto (RP=1,696, IC: 1,601-1,796); y el envío de recordatorios para citas preventivas, con una probabilidad 1,123 veces más alta en ALC (RP=1,123, IC: 1,027-1,227), 1,067 veces más alta en países OCDE (RP=1,067, IC: 1,037-1,098) y 1,075 veces más alta en ALC y OCDE en conjunto (RP=1,075, IC: 1,045-1,106).

También en ambos grupos de países, las barreras organizacionales y financieras estuvieron asociadas a una menor probabilidad de que los pacientes perciban una muy buena calidad. Las barreras organizacionales para recibir atención después del horario laboral estuvieron asociadas a una probabilidad de percepción de calidad 0,756 veces más baja en ALC (RP=0,756, IC: 0,691-0,827), 0,894 veces más baja en países de la OCDE (RP=0,894, IC: 0,867-0,922) y 0,866 veces más baja en ALC y OCDE en conjunto (RP=0,866, IC: 0,841-0,892). Las variables que indican la realización de control de hipertensión en el último año o de colesterol en los últimos cinco años no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los grupos de países.

Tabla 9.6. Determinantes de la “necesidad de cambios fundamentales en el sistema de salud” y “percepción de muy buena calidad acerca de la atención en la APS”. Modelos de regresión multivariada Poisson.

| DIMENSIÓN | VARIABLE | ESTADÍSTICA | SISTEMA DE SALUD REQUIERE CAMBIOS FUNDAMENTALES PARA FUNCIONAR MEJOR | | | PERCEPCIÓN DE MUY BUENA CALIDAD ACERCA DE LA ATENCIÓN EN EL APS | | |
|---|---|----------------|--|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| | | | ALC | OCDE | ALC + OCDE | ALC | OCDE | ALC + OCDE |
| | | | Coef. | | | | | |
| Acceso: barreras organiza- cionales y financieras | Puede acceder a atención por parte de un médico o personal de enfermería el mismo día o al siguiente | Coef. | 0,957** | 0,924*** | 0,937*** | 1,348*** | 1,076*** | 1,116*** |
| | | p | 0,009 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | | IC | [0,926; 0,989] | [0,886; 0,963] | [0,909; 0,965] | [1,217; 1,494] | [1,043; 1,109] | [1,083; 1,151] |
| | Barreras organizacionales para recibir atención después del horario laboral | Coef. | 1,071*** | 1,215*** | 1,172*** | 0,756*** | 0,894*** | 0,866*** |
| | | p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | | IC | [1,033; 1,110] | [1,165; 1,267] | [1,135; 1,209] | [0,691; 0,827] | [0,867; 0,922] | [0,841; 0,892] |
| | Barreras financieras para acceder a servicios y dificultad para pagar cuentas médicas | Coef. | 1,011 | 1,179*** | 1,109*** | 0,863** | 0,934** | 0,915*** |
| | | p | 0,524 | 0,000 | 0,000 | 0,003 | 0,006 | 0,000 |
| | | IC | [0,977; 1,047] | [1,127; 1,234] | [1,075; 1,144] | [0,783; 0,952] | [0,889; 0,980] | [0,875; 0,957] |
| Experiencia con la atención primaria de salud | APS centrada en el paciente (lugar regular, conoce historia clínica, fácil comunicación, coordina atención) | Coef. | 0,912** | 0,879*** | 0,879*** | 1,457*** | 1,264*** | 1,292*** |
| | | p | 0,002 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | | IC | [0,861; 0,965] | [0,841; 0,920] | [0,847; 0,912] | [1,329; 1,597] | [1,224; 1,306] | [1,253; 1,333] |
| | Médico explica la situación en una forma fácil de entender y pasa tiempo suficiente con el paciente | Coef. | 0,974 | 0,878*** | 0,914*** | 1,488*** | 1,741*** | 1,696*** |
| | | p | 0,129 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | | IC | [0,942; 1,008] | [0,841; 0,918] | [0,886; 0,943] | [1,332; 1,662] | [1,628; 1,863] | [1,601; 1,796] |
| Prevención y exámenes básicos de detección oportuna | Personal del centro de salud envía recordatorio para cita preventiva | Coef. | 0,970 | 0,949* | 0,958** | 1,123* | 1,067*** | 1,075*** |
| | | p | 0,107 | 0,011 | 0,006 | 0,011 | 0,000 | 0,000 |
| | | IC | [0,934; 1,007] | [0,912; 0,988] | [0,929; 0,987] | [1,027; 1,227] | [1,037; 1,098] | [1,045; 1,106] |
| | Se realizó medición de presión arterial en el último año | Coef. | 0,954* | 0,962 | 0,956* | 1,145 | 1,010 | 1,028 |
| | | p | 0,030 | 0,181 | 0,030 | 0,055 | 0,680 | 0,238 |
| | | IC | [0,914; 0,996] | [0,910; 1,018] | [0,919; 0,996] | [0,997; 1,314] | [0,962; 1,061] | [0,982; 1,077] |
| Se realizó control de colesterol en los últimos cinco años | Coef. | 1,010 | 1,009 | 1,019 | 0,963 | 1,031 | 1,015 | |
| | p | 0,613 | 0,736 | 0,326 | 0,483 | 0,183 | 0,492 | |
| | IC | [0,971; 1,050] | [0,957; 1,065] | [0,982; 1,057] | [0,867; 1,070] | [0,986; 1,078] | [0,973; 1,058] | |
| Observaciones (n) | | | 4.250 | 12.633 | 16.883 | 4.276 | 12.511 | 16.787 |
| Pearson goodness-of-fit | | | 594,348^a | 5.220,214^a | 5.794,183^a | 2.372,430^a | 3.667,934^a | 6.039,998^a |

Tabla 9.6. | Nota: los resultados en negritas son tasas de prevalencia obtenidas de regresiones Poisson robustas con controles por sexo, edad, nivel educativo, presencia de enfermedad crónica, percepción subjetiva del estado de salud, cobertura de salud y efectos fijos por país. ALC incluye Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá. OCDE incluye Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza. ^a Los resultados del test de Pearson goodness-of-fit indican que el modelo de Poisson es apropiado (Prob>chi2=1.0000). *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Discusión e implicaciones de políticas

La publicación de *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* (OPS 2007) despertó un debate y detonó reformas importantes de APS en la región. Sin embargo, diez años después, los resultados de la comparación entre países de ALC y de la OCDE muestran que, a pesar de los avances en términos de diseño de nuevas políticas públicas y en la expansión de su cobertura, el camino hacia la consolidación de una APS eficaz en la región es largo.

En su conjunto, los resultados de este análisis comparativo muestran que persiste un importante diferencial de la calidad percibida entre los habitantes de los países de ALC y de los países de OCDE (en ALC el 40,5% de los entrevistados señaló muy buena calidad, en contraste con el 68,0% de los entrevistados de países de la OCDE), y las diferencias persisten aun cuando se estratifican los datos por el tipo de cobertura o nivel de educación.

La satisfacción de los latinoamericanos y caribeños con sus sistemas de salud es inferior a la de los ciudadanos de países OCDE de altos ingresos (el 87,4% en ALC pidió cambios fundamentales, frente al 55,4% en OCDE). Esas diferencias se pueden explicar por mayores barreras

organizacionales y financieras que afectan el acceso, propician experiencias negativas más frecuentes en la atención primaria de salud, y acarrear menores niveles de prevención y exámenes básicos de detección oportuna de enfermedades entre los habitantes de los países ALC. Las discrepancias son notorias aun cuando se controlan por características socioeconómicas, como sexo, edad, educación estado de salud y tipo de cobertura.

A pesar de que las principales causas de hospitalización y muerte en ALC sean enfermedades crónicas y que sus cifras vayan en aumento (Glassman et al. 2010), en comparación con los países de la OCDE se observó una menor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que habían sido previamente diagnosticadas por médicos (37,1% frente al 55,9%, respectivamente). Este hallazgo podría sugerir un mejor estado de salud en los países de ALC que en los de la OCDE, pero las siguientes pruebas indican que lo más probable es que las enfermedades crónicas estén subdiagnosticadas en ALC debido a las barreras en el acceso a los servicios de detección y atención médica.

Primero, los datos de la encuesta indican que la mala autopercepción del estado de salud es superior en ALC en comparación con países de la OCDE (19,1% frente al 14,8%, respectivamente). Segundo, a pesar de que la literatura sugiera una asociación positiva entre la mala autopercepción del

estado de salud y la presencia de enfermedades crónicas (Chan et al. 2015; Theme Filha et al. 2015; Mavaddat et al. 2014), la correlación entre enfermedades crónicas diagnosticadas y mala percepción del estado de salud es más débil en ALC que en los países OCDE: en ALC, el 10,3% de quienes indicaron tener una enfermedad crónica diagnosticada declararon tener mala salud, mientras que en los países de la OCDE esa cifra fue solo del 4,2%. En tercer lugar, parece poco plausible que la efectividad de los servicios de salud en ALC para manejar enfermedades crónicas sea tan superior a la observada en los países de OCDE para justificar tal diferencia. De hecho, aunque los niveles de acceso informados por los pacientes latinoamericanos y caribeños no fueron tan inferiores a los de los países OCDE —en ALC el 51,0% de los participantes dijo acceder a APS el mismo día o al siguiente, frente al 54,3% en países OCDE—, la proporción de personas que afirmó contar con servicios que cumplen con los altos estándares de una APS centrada en el paciente y que son especialmente relevantes para tratar enfermedades crónicas (Sidorov et al. 2008), fue muy inferior en ALC frente a la OCDE (12,5% y 39,6%, respectivamente).

El análisis por tipo de cobertura brinda resultados difíciles de interpretar debido a la multiplicidad de modalidades existente. En ALC, los seguros públicos no contributivos (financiados por impuestos generales) en general muestran indicadores más bajos que los seguros contributivos del tipo seguridad social (financiada por contribuciones sobre la nómina de los trabajadores). Sin embargo, dichos resultados no pueden ser interpretados como indicio a favor del modelo contributivo. En Colombia, El Salvador, México y Panamá los seguros públicos son focalizados en las poblaciones más pobres, que típicamente

enfrentan mayores riesgos de salud y tienen menores niveles de financiamiento per cápita (OCDE 2016a; OCDE 2016b; Acosta et al. 2011), mientras que en Brasil y Jamaica no hay un modelo de seguridad social contributiva para servicios de salud. En comparación, en los países de la OCDE típicamente predomina uno de los dos modelos en cada país (seguro público no contributivo en Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido; seguridad social contributiva en Alemania, Holanda, Francia, Noruega, Suecia y Suiza; y un modelo más complejo en Estados Unidos). Debido a estas similitudes entre los países de la OCDE, las experiencias que informaron sus ciudadanos con la APS fueron similares, con ligeras diferencias a favor del seguro público en cuatro variables (percepción sobre necesidad de cambios fundamentales, muy buena calidad de APS, cuenta con APS centrada en el paciente y control de colesterol), y a favor de seguridad social en seis variables (acceso a APS el mismo día o al siguiente, barreras para recibir atención fuera del horario laboral, barreras financieras, el médico explica la situación y pasa tiempo suficiente, recordatorio para cita preventiva, medición de presión arterial).

Las poblaciones con seguros privados y aquellas sin seguro son dos casos particulares que requieren mayor análisis. En casi todos los países observados, los seguros privados representan una cobertura adicional a los seguros públicos o seguridad social y están correlacionados positivamente con el nivel socioeconómico de los participantes. Por ello, sería de esperar que los resultados de la calidad percibida de la atención, acceso, barreras organizacionales y financieras, experiencia con la APS, y prevención y exámenes de detección oportuna tuvieran gradientes más pequeños entre ALC y países de la OCDE cuando

se considere solamente la población con seguro privado, a diferencia de si fueran comparadas las poblaciones con seguro público o seguridad social. No obstante, se nota que persisten las diferencias que desfavorecen a ALC frente a los países de la OCDE cuando se considera solamente el grupo con seguro privado, a excepción de la variable de acceso a APS el mismo día o al siguiente (64,3% en ALC frente al 54,4% en países OCDE) y de la variable de control de presión arterial (80,3% en ALC frente al 76,7% en países OCDE).

La población sin seguro tiene características todavía más particulares. Los Estados Unidos y México fueron países en los cuales algunas personas de la muestra dijeron no tener cobertura de seguro de salud. En esa comparación entre participantes sin seguro, desaparece la diferencia estadísticamente significativa en cinco de las once variables en la comparación ALC-OCDE (cambios fundamentales, muy buena calidad de APS, experiencia interpersonal del paciente con el médico, recordatorio para cita preventiva y control de colesterol). Además, el acceso a APS el mismo día o al siguiente es superior en ALC que en los países de la OCDE (81,8% frente al 39,0%), aunque el acceso a APS centrada en el paciente sea inferior (11,8% frente al 19,5%), lo que todavía denota menor calidad de servicios en ALC.

Los resultados del análisis multivariado indican que el acceso y la experiencia con la APS son importantes determinantes de la percepción que los usuarios tienen sobre el sistema de salud y sobre su calidad. La tendencia es relativamente uniforme, sea en ALC, en países OCDE o en una muestra que combina los dos grupos. En concordancia con el marco conceptual propuesto para el estudio, muchas de las características teóricas de una APS

efectiva –particularmente el acceso, primer contacto, coordinación, longitudinalidad, atención centrada en el usuario, experiencia del paciente– están asociadas tanto a la visión del sistema de salud, como a la percepción de calidad, lo que a su vez tiene importantes implicaciones para políticas públicas. Por ejemplo, algunas de asociaciones estadísticas de mayor importancia para la calidad percibida de la atención fueron la disponibilidad de APS centrada en el paciente (un lugar específico de atención, comunicación fácil durante el día, proveedor de salud que conoce la historia clínica de los pacientes y ayuda a coordinar su atención) y la experiencia interpersonal de los pacientes (médicos que explican la situación de forma fácil de entender y que pasan tiempo suficiente con el paciente). Sin embargo, los niveles informados en ALC para esas dos dimensiones fueron inferiores a los de los países OCDE. Por lo anterior, esos elementos de atención tienen que ser una parte importante de la agenda de fortalecimiento de la APS en la región.

Los hallazgos del estudio también refuerzan la importancia de escuchar e incorporar las opiniones de los usuarios en el proceso de formulación de políticas públicas de salud, así como en las iniciativas de reformas del sector y en los esfuerzos regulares de monitoreo y evaluación. Por ejemplo, el cuestionario del estudio puede ser incorporado a consultas regulares de los pacientes, como forma de acercar los tomadores de decisiones y gestores a los usuarios finales de los servicios. Esto permitirá consolidar una herramienta que permita evaluar de forma iterativa la eficiencia de los esfuerzos de mejora continua de los servicios. La comparación de resultados entre países ALC y OCDE muestra que, a pesar de diferencias contextuales existentes entre los dos grupos, hay similitudes en los

determinantes de atención de calidad, desde la perspectiva de los pacientes. Es de fundamental importancia identificar los elementos de organización del sistema de salud para asegurar facilidad de acceso a un lugar regular de atención que sirva como puerta de entrada a los servicios, que conozca las necesidades de los pacientes y cuyos servicios estén orientados a sus necesidades.

La agenda de fortalecimiento de la atención primaria de salud debe afirmarse

como el eje central para alcanzar los objetivos de los sistemas de salud que los ciudadanos de ALC desean. Esperamos que los resultados del presente estudio ayuden a los tomadores de decisiones, gestores y académicos —no solamente en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá, sino en toda la región de América Latina y el Caribe—, a transformar sus sistemas de salud y evolucionar hacia modelos de atención centrados en los usuarios.

Referencias

- Abegunde, Dele O., Colin D. Mathers, Taghreed Adam, Monica Ortegón, and Kathleen Strong. 2007. "The Burden and Costs of Chronic Diseases in Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet* 370 (9603): 1929–38. doi:10.1016/S0140-6736(07)61696-1.
- Acosta Ramírez, Naydú, Ligia Giovanella, Roman Vega Romero, Herland Tejerina Silva, Patty Fidelis de Almeida, Gilberto Ríos, Hedwig Goede, and Suelen Oliveira. 2016. "Mapping Primary Health Care Renewal in South America." *Family Practice* 33 (3): 261–67. doi:10.1093/fampra/cmw013.
- Acosta, Mónica, María del Rocío Sáenz, Blanca Gutiérrez, and Juan Luis Bermúdez. 2011. "[The Health System of El Salvador]." *Salud Pública de México* 53 Suppl 2 (1): s188-96. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877084>.
- Adaji, Akuh, Gabrielle J. Melin, Ronna L Campbell, Christine M. Lohse, Jessica J. Westphal, and David J. Katzelnick. 2017. "Patient-Centered Medical Home Membership Is Associated with Decreased Hospital Admissions for Emergency Department Behavioral Health Patients." *Population Health Management*, May. doi:10.1089/pop.2016.0189.
- Afshar, Sara, Paul J. Roderick, Paul Kowal, Borislav D. Dimitrov, and Allan G. Hill. 2015. "Multimorbidity and the Inequalities of Global Ageing: A Cross-Sectional Study of 28 Countries Using the World Health Surveys." *BMC Public Health* 15 (1). BMC Public Health: 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2008-7>.
- Agencia Nacional de Saude Suplementar (ANS). 2017. "Dados Gerais. Beneficiários de Planos Privados de Saúde, Por Cobertura Assistencial (Brasil - 2007-2017)." <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2017. "Defining the PCMH." <https://pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>.
- Akhavan, Sharareh, and Per Tillgren. 2015. "Client/patient Perceptions of Achieving Equity in Primary Health Care: A Mixed Methods Study." *International Journal for Equity in Health* 14 (1): 65. doi:10.1186/s12939-015-0196-5.
- Altin, Sibel Vildan, and Stephanie Stock. 2016. "The Impact of Health Literacy, Patient-Centered Communication and Shared Decision-Making on Patients' Satisfaction with Care Received in German Primary Care Practices." *Altin and Stock BMC Health Services Research* 16. doi:10.1186/s12913-016-1693-y.

- Anauati, María Victoria, Sebastián Galiani, and Federico Weinschelbaum. 2015. "The Rise of Non-communicable Diseases in Latin America and the Caribbean: Challenges for Public Health Policies." *Latin American Economic Review* 24 (1): 11. doi:10.1007/s40503-015-0025-7.
- Anderson, Ian, Bridget Robson, Michele Connolly, Fadwa Al-Yaman, Espen Bjertness, Alexandra King, Michael Tynan, et al. 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *Lancet (London, England)* 388 (10040): 131–57. doi:10.1016/S0140-6736(16)00345-7.
- Arokiasamy, Perianayagam, Uttamacharya Uttamacharya, Kshipra Jain, Richard Berko Biritwum, Alfred Edwin Yawson, Fan Wu, Yanfei Guo, Tamara Maximova, Betty Manrique Espinoza, Aarón Salinas Rodríguez, Sara Afshar, Sanghamitra Pati, Gillian Ice, Sube Banerjee, Melissa A. Liebert, James Josh Snodgrass, Nirmala Naidoo, Somnath Chatterji and Paul Kowal 2015. "The Impact of Multimorbidity on Adult Physical and Mental Health in Low- and Middle-Income Countries: What Does the Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE) Reveal?" *BMC Medicine* 13 (1). BMC Medicine: 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0402-8>.
- Arredondo, Armando. 2017. "Changing Paradigms and Challenges: Evidence on the Epidemiological and Economic Burden of Diabetes in Latin America." *Diabetic Medicine* 34 (7): 1009–10. doi:10.1111/dme.13311.
- Arredondo, Armando, and Raul Aviles. 2015. "Costs and Epidemiological Changes of Chronic Diseases: Implications and Challenges for Health Systems." Edited by Fiona Clement. *PLOS ONE* 10 (3): e0118611. doi:10.1371/journal.pone.0118611.
- Asamblea Legislativa de El Salvador. 2007. *Ley de Creación Del Sistema Nacional de Salud*. República de El Salvador. http://asp.salud.gov.sv/regulacion/pdf/ley/Ley_sistema_nacional_salud.pdf.
- Asamblea Nacional República de Panamá. 2005. *Reforma a La Ley Orgánica de La Caja de Seguro Social*. Panamá.
- Atun, Rifat, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Gisele Almeida, Daniel Cotlear, T Dmytrachenko, Patricia Frenz, Patrícia Garcia, et al. 2014. "Health-System Reform and Universal Health Coverage in Latin America." *The Lancet* 6736 (14): 1–18. doi:10.1016/S0140-6736(14)61646-9.
- Auger, Nathalie, Emilie Le Serbon, Davide Rasella, Rosana Aquino, and Maurício L Barreto. 2016. "Impact of Homicide and Traffic Crashes on Life Expectancy in the Largest Latin American Country." *Journal of Public Health* 38 (3): 467–73. doi:10.1093/pubmed/fdv111.
- Banco Mundial (BM). 2013. "Health Financing Profile – Jamaica". Washington, D.C.
- . 2017. "World Development Indicators." <http://data.worldbank.org/>.

- Barker, Isaac, Adam Steventon, and Sarah R Deeny. 2017. "Association between Continuity of Care in General Practice and Hospital Admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions: Cross Sectional Study of Routinely Collected, Person Level Data." *BMJ* 356356 (February): j84. doi:10.1136/bmj.j84.
- Bason, Christian. 2016. *Design for Policy*. Edited by Christian Bason. New York, NY: Routledge.
- Baumhauer, Judith F. 2017. "Patient-Reported Outcomes - Are They Living Up to Their Potential?" *The New England Journal of Medicine* 377 (1): 6–9. doi:10.1056/NEJMp1702978.
- Beuermann, Diether, and Camilo Pecha Garzón. 2016. "Healthy to Work. The Impact of Free Public Healthcare on Health Status and Labor Supply in Jamaica." N° IDB-WP-756. IDB Working Paper Series. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7970/Healthy-to-Work-Impact-of-Free-Public-Healthcare-on-Health-Status-and-Labor-Supply-in-Jamaica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Bhutta, Zulfiqar A., and Robert E. Black. 2013. "Global Maternal, Newborn, and Child Health — So Near and Yet So Far." *N Engl J Med* 23369 (5): 2226–35. doi:10.1056/NEJMra1111853.
- Bindman, Andrew B., Christopher B. Forrest, Helena Britt, Peter Crampton, and Azeem Majeed. 2007. "Diagnostic Scope of and Exposure to Primary Care Physicians in Australia, New Zealand, and the United States: Cross Sectional Analysis of Results from Three National Surveys." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 334 (7606): 1261. doi:10.1136/bmj.39203.658970.55.
- Bitrán, Ricardo, and Alejandra Burgos. 2012. *Experiencias Latinoamericanas En La Búsqueda de La Cobertura Universal En Salud*. Bethesda, MD: Proyecto Sistemas de Salud 20/20, Abt Associates Inc.
- Blendon, Robert J., Cathy Schoen, Catherine DesRoches, Robin Osborn, and Kinga Zapert. 2003. "Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries." *Health Affairs* 22 (3): 106–21. doi:10.1377/hlthaff.22.3.106.
- Blendon, Robert J., Cathy Schoen, Catherine DesRoches, Robin Osborn, Kinga Zapert, and Elizabeth Raleigh. 2004. "Confronting Competing Demands To Improve Quality: A Five-Country Hospital Survey." *Health Affairs* 23 (3): 119–35. doi:10.1377/hlthaff.23.3.119.
- Blendon, Robert J., Cathy Schoen, Karen Donelan, Robin Osborn, Catherine DesRoches, Kimberly Scoles, Karen Davis, Katherine Binns, and Kinga Zapert. 2001. "Physicians' Views on Quality of Care: A Five-Country Comparison." *Health Affairs (Project Hope)* 20 (3): 233–43. doi:10.1377/hlthaff.20.3.233.

- Blendon, Robert J., Cathy Schoen, Catherine M DesRoches, Robin Osborn, Kimberly Scoles, and Kinga Zapert. 2002. "Inequities in Health Care: A Five-Country Survey." *Health Affairs (Project Hope)* 21 (3): 182–91. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12025982>.
- Boccolini, Cristiano Siqueira, and Paulo Roberto Borges de Souza Junior. 2016. "Inequities in Healthcare Utilization: Results of the Brazilian National Health Survey, 2013." *International Journal for Equity in Health* 15 (1): 150. doi:10.1186/s12939-016-0444-3.
- Bonet-Morón, Jaime, and Karelys Guzmán-Finol. 2015. "Un Análisis Regional de La Salud En Colombia Un Análisis Regional de La Salud En Colombia." 222. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Cartagena. http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_222.pdf.
- Bossert, Thomas, Nathan Blanchet, Suzanne Sheetz, Diana Pinto, Jonathan Cali, and Ricardo Pérez Cuevas. 2014. "Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America." IDB-TN-585. Technical Note. Washington, D.C. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6024/Technical%20Note%20585-%20Health%20System%20Fragmentation.pdf>.
- Burt, Jenni, John Campbell, Gary Abel, Ahmed Aboulghate, Faraz Ahmed, Anthea Asprey, Heather Barry, et al. 2017. "Improving Patient Experience in Primary Care: A Multimeethod Programme of Research on the Measurement and Improvement of Patient Experience." *Programme Grants for Applied Research* 5 (9): 1–452. doi:10.3310/pgfar05090.
- Caja de Seguro Social. 2010. "La Cobertura del Seguro Social en Panamá". <http://www.css.gob.pa/seguridadesocial/cobertura.html>
- Caminal, Josefina, Barbara Starfield, Emília Sánchez, Carmen Casanova, and Marianela Morales. 2004. "The Role of Primary Care in Preventing Ambulatory Care Sensitive Conditions." *European Journal of Public Health* 14 (3): 246–51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369028>.
- Campbell, Adella. 2013. "The Abolition of User Fees in the Jamaican Public Health System: Impact on Access, Care Provided and the Work of the Professional Nurse." Victoria University of Wellington.
- Campos-Nonato, Ismael, Lucía Hernández-Barrera, Rosalba Rojas-Martínez, Adolfo Pedroza, Catalina Medina-García, and Simón Barquera-Cervera. 2013. "[Hypertension: Prevalence, Early Diagnosis, Control and Trends in Mexican Adults]." *Salud Pública de México* 55 Suppl 2: S144-50. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a11.pdf>.
- Carrasquilla Gutiérrez, Gabriel, Héctor Arreola Ornelas, and Héctor Gómez Dantés. 2010. *Informe Regional de Cobertura Efectiva*. México, DF: Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. doi:10.1097/MCO.0b013e328314dd01.

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Población y Desarrollo (CELADE). 2014. “La Nueva Era Demográfica En América Latina Y El Caribe. La Hora de La Igualdad Según El Reloj Poblacional.” In *Primera Reunión de La Mesa Directiva de La Conferencia Regional Sobre Población Y Desarrollo de América Latina Y El Caribe. Santiago, 12 a 14 de Noviembre de 2014*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2017. “América Latina y El Caribe. Observatorio Demográfico No. 3.” Santiago de Chile. Accessed August 28. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32650/OD-3-Demographic.pdf>.
- Chaiyachati, Krisda H., Kirsha Gordon, Theodore Long, Woody Levin, Ali Khan, Emily Meyer, Amy Justice, and Rebecca Brienza. 2014. “Continuity in a VA Patient-Centered Medical Home Reduces Emergency Department Visits.” *PLoS ONE* 9 (5): 1–13. doi:10.1371/journal.pone.0096356.
- Chan, Ying Ying, Chien Huey Teh, Kuang Kuay Lim, Kuang Hock Lim, Pei Sien Yeo, Chee Cheong Kee, Mohd Azahadi Omar, and Noor Ani Ahmad. 2015. “Lifestyle, Chronic Diseases and Self-Rated Health among Malaysian Adults: Results from the 2011 National Health and Morbidity Survey (NHMS).” *BMC Public Health* 15 (1). BMC Public Health: 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2080-z>.
- Chao, Shiyan. 2013. “Mejora Del Acceso Universal En Jamaica En Un Marco de Restricciones Fiscales.” 6. Serie de Estudios UNICO. Washington, D.C. Accessed August 28. <http://documents.worldbank.org/curated/pt/756471468283766409/pdf/750050NWPOSPA-NOAMAICAoSpanishofinal.pdf>.
- Chen, Wansu, Jiaxiao Shi, Lei Qian, and Stanley P. Azen. 2014. “Comparison of Robustness to Outliers between Robust Poisson Models and Log-Binomial Models When Estimating Relative Risks for Common Binary Outcomes: A Simulation Study.” *BMC Medical Research Methodology* 14 (1): 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-82>.
- Chenore, T, D J Pereira Gray, J Forrer, C Wright, and P H Evans. 2013. “Emergency Hospital Admissions for the Elderly: Insights from the Devon Predictive Model.” *Journal of Public Health (Oxford, England)* 35 (4): 616–23. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt009>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 2014. “Reporte de resultados”. Secretaría de Salud México.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo (CONEVAL). 2015a. “Seguro Popular. Ficha de Monitoreo 2015-2016.” México, D.F. http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2015_2016/SALUD/U005_FMyE.pdf.
- . 2015b. “Informe de La Evaluación Específica de Desempeño 2014 - 2015.” México, DF.

- Counsell, Steven R., Christopher M. Callahan, Daniel O. Clark, Wanzhu Tu, Amna B. Buttar, Timothy E. Stump, and Gretchen D. Ricketts. 2007. "Geriatric Care Management for Low-Income Seniors: A Randomized Controlled Trial." *JAMA : The Journal of the American Medical Association* 298 (22): 2623–33. doi:10.1001/jama.298.22.2623.
- De La Haye, Winston, and Shane Alexis. 2012. "The Impact of a No-User-Fee Policy on the Quality of Patient Care/service Delivery in Jamaica." *The West Indian Medical Journal* 61 (2): 168–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23155965>.
- Defensoría del Pueblo. 2010. "Evaluación de Los Servicios de Salud Que Brindan Las Empresas Promotoras de Salud 2009. Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud - ISUS." Bogotá. [http://www.defensoria.gov.co/attachment/143/Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud- año 2005.pdf](http://www.defensoria.gov.co/attachment/143/Evaluación%20de%20los%20servicios%20de%20salud%20que%20brindan%20las%20empresas%20promotoras%20de%20salu-a%C3%B1o%202005.pdf).
- Demaió, Alessandro R., Karoline Kragelund Nielsen, Britt Pinkowski Tersbøl, Per Kallestrup, and Dan W Meyrowitsch. 2014. "Primary Health Care: A Strategic Framework for the Prevention and Control of Chronic Non-Communicable Disease." *Global Health Action* 7 (1): 24504. doi:10.3402/gha.v7.24504.
- Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). 2012. *Normas Para Suprimir O Reformar Regulaciones, Procedimientos Y Trámites Innecesarios Existentes En La Administración Pública*. República de Colombia.
- Di Cesare, Mariachiara, Young-Ho Khang, Perviz Asaria, Tony Blakely, Melanie J Cowan, Farshad Farzadfar, Ramiro Guerrero, et al. 2013. "Inequalities in Non-Communicable Diseases and Effective Responses." *Lancet* 381 (9866): 585–97. doi:10.1016/S0140-6736(12)61851-0.
- Dirección General de Estadística y Censos de El Salvador. 2015. "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples." pp.17. San Salvador. Gobierno de la República de El Salvador. 2016
- Dmytraczenko, Tania, and Gisele Almeida. 2015. *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean. Evidence from Selected Countries*. Washington, D.C: World Bank Group. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464804540.pdf?sequence=2>.
- Doherty, Jane, and Riona Govender. 2004. "The Cost-Effectiveness of Primary Care Services in Developing Countries : A Review of the International Literature." *Bulletin of the World Health Organization* 72 (37): 1–69.
- Doubova, Svetlana V., Frederico C. Guanais, Ricardo Pérez-Cuevas, David Canning, James Macinko, and Michael R Reich. 2016. "Attributes of Patient-Centered Primary Care Associated with the Public Perception of Good Healthcare Quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador." *Health Policy and Planning*, February, 1–10. doi:10.1093/heapol/czv139.

- Dourado, Ines, Veneza B Oliveira, Rosana Aquino, Palmira Bonolo, Maria Fernanda Lima-Costa, Maria Guadalupe Medina, Eduardo Mota, Maria A Turci, and James Macinko. 2011. "Trends in Primary Health Care-Sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil)." *Medical Care* 49 (6): 577–84. doi:10.1097/MLR.0b013e31820fc39f.
- Doyle, Cathal, Laura Lennox, and Derek Bell. 2013. "A Systematic Review of Evidence on the Links between Patient Experience and Clinical Safety and Effectiveness." *BMJ Open* 3 (1): 1–18. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570.
- Du, Zhicheng, Yu Liao, Chien-Chou Chen, Yuantao Hao, and Ruwei Hu. 2015. "Usual Source of Care and the Quality of Primary Care: A Survey of Patients in Guangdong Province, China." *International Journal for Equity in Health* 14 (1): 60. doi:10.1186/s12939-015-0189-4.
- Duncan, Peter, Maria Rita Bertolozzi, Sarah Cowley, Emiko Yoshikawa Egry, Anna Maria Chiesa, and Francisco Oscar de Siqueira França. 2015. "'Health for All' in England and Brazil?" *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation* 45 (3): 545–63. doi:10.1177/0020731415584558.
- Dwamena, Francesca, Margaret Holmes-Rovner, Carolyn M. Gauden, Sarah Jorgenson, Gelareh Sadigh, Alla Sikorskii, Simon Lewin, Robert C Smith, John Coffey, and Adesuwa Olomu. 2012. "Interventions for Providers to Promote a Patient-Centred Approach in Clinical Consultations." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (December): CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>.
- Echeverry-López, María Esperanza, and Yadira Eugenia Borrero-Ramírez. 2015. "[Public Demonstrations for Health as a Fundamental Human Right in Colombia: 1994-2010]." *Cadernos de Saúde Pública* 31 (2): 354–64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25760169>.
- Fedesarrollo. 2013. "Crisis En La Salud: Preguntas Y Reflexiones Preliminares de Cara a Una Reforma En Gestación." *Tendencia Económica. Informe Mensual de Fedesarrollo*, no. 128: 61.
- Feo-Acevedo, Carlos, and Oscar Feo-Istúriz. 2013. "Impacto de Los Medios de Comunicación En La Salud Pública Impact of Mass Media in Public Health." *Saúde Em Debate* 37 (96): 84–95. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/10.pdf>.
- Fortin, Martin, Maud-Christine Chouinard, Marie-France Dubois, Martin Bélanger, José Almirall, Tarek Bouhali, and Maxime Sasseville. 2016. "Integration of Chronic Disease Prevention and Management Services into Primary Care: A Pragmatic Randomized Controlled Trial (PR1MaC)." *CMAJ Open* 4 (4): E588–98. doi:10.9778/cmajo.20160031.
- Friedberg, Mark W., Peter S. Hussey, and Eric C. Schneider. 2010. "Primary Care: A Critical Review of the Evidence on Quality and Costs of Health Care." *Health Affairs (Project Hope)* 29 (5): 766–72. doi:10.1377/hlthaff.2010.0025.

- Fundación Telefónica. 2008. “As TIC no Setor Saúde na América Latina.” Barcelona.
- Funsalud. 2014. *Estudio Sobre La Práctica de La Atención Médica En Consultorios Médicos Adyacentes a Farmacias Privadas*. México, D.F: Funsalud. <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2015/07/Informe-final-CAF-v300615-e-book.pdf>.
- Giedion, Ursula, Eduardo Andrés Alfonso, and Yadira Díaz. 2013. *UNICO Studies Series 25 The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. Washington, DC: World Bank.
- Giedion, Úrsula, Manuela Villar, and Adriana Ávila. 2010. “Los Sistemas de Salud En Latinoamérica Y El Papel Del Seguro Privado.” Madrid
- Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán, and Ignez Tristao. 2014. *Planes de Beneficios En Salud de América Latina*. Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf.
- Giovanella, Ligia, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Patty Fidelis de Almeida, Sarah Escorel, Mônica de Castro Maia Senna, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Mônica Mendonça Delgado, et al. 2009. “Family Health: Limits and Possibilities for an Integral Primary Care Approach to Health Care in Brazil.” *Ciencia & Saude Coletiva* 14 (3): 783–94. http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_14.pdf.
- Giovanella, Ligia, Patty Fidelis de Almeida, Román Vega Romero, Suelen Oliveira, and Herland Tejerina Silva, 2015. “Panorama de La Atención Primaria de Salud En Suramérica: Concepciones, Componentes Y Desafíos.” *Saúde Em Debate* 39 (105): 300–322. doi:10.1590/0103-110420151050002002.
- Giraldo Osorio, Alexandra, and Consuelo Vélez Álvarez. 2013. “La Atención Primaria de Salud: Desafíos Para Su Implementación En América Latina.” *Atencion Primaria* 45 (7). SEGO: 384–92. doi:10.1016/j.aprim.2012.12.016.
- Glassman, Amanda, Thomas a Gaziano, César Patricio Bouillon Buendia, and Frederico C. Guanais de Aguiar. 2010. “Confronting the Chronic Disease Burden in Latin America and the Caribbean.” *Health Affairs (Project Hope)* 29 (12): 2142–48. doi:10.1377/hlthaff.2010.1038.
- Gleeson, Helen, Ana Calderon, Viren Swami, Jessica Deighton, Miranda Wolpert, and Julian Edbrooke-Childs. 2017. “Systematic Review of Approaches to Using Patient Experience Data for Quality Improvement in Healthcare Settings.” Accessed August 28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013495/pdf/bmjopen-2016-011907.pdf>.

- Gomes-Temporão, José, and Mariana Faria. 2017. “[Health System Reforms in South America: An Opportunity for UNASUR].” *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica* 31 (4): 740–46. Accessed July 6. <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n4/a20v31n4.pdf>.
- González Block, Miguel A., and Gabriel Martínez González. 2015. *Tendencias Y Oportunidades Para La Colaboración Público-Privada*. México, D.F: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.
- Grogger, Jeffrey. 2015. “Soda Taxes and the Prices of Sodas and Other Drinks: Evidence from Mexico.” *National Bureau of Economic Research (NBER)*, Working paper 21197. doi:10.3386/w21197.
- Grover, Drew. 2014. “Stage 4 of the Demographic Transition Model.” *Population Education*. <https://www.populationeducation.org/content/stage-4-demographic-transition-model>.
- Grundy, Paul, Kay R. Hagan, Jennie Chin Hansen, and Kevin Grumbach. 2010. “The Multi-Stakeholder Movement for Primary Care Renewal and Reform.” *Health Affairs (Project Hope)* 29 (5): 791–98. doi:10.1377/hlthaff.2010.0084.
- Grunfeld, Eva, Donna Manca, Rahim Moineddin, Kevin E. Thorpe, Jeffrey S. Hoch, Denise Campbell-Scherer, Christopher Meaney, Jess Rogers, Jaclyn Beca, Paul Krueger and Muhammad Mamdani. 2013. “Improving Chronic Disease Prevention and Screening in Primary Care: Results of the BETTER Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial.” *BMC Family Practice* 14: 175. doi:10.1186/1471-2296-14-175.
- Guanais, Frederico., and James. Macinko. 2009. “Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil.” *Journal of Ambulatory Care Management* 32 (2): 115–22. doi:10.1097/JAC.0b013e31819942e51.
- Guanais, Frederico C. 2015. “The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010 | Efectos Combinados de La Ampliación de La Atención Primaria de Salud Y de Las Transferencias Condicionadas de Dinero. En .” *American Journal of Public Health* 105: S585–99. doi:10.2105/AJPH.2013.301452.
- Guanais, Frederico C. 2010. “Health Equity in Brazil.” *BMJ (Clinical Research Ed.)* 341 (nov29 1): c6542. doi:10.1136/bmj.c6542.
- Guanais, Frederico C. 2013. “The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010.” *American Journal of Public Health* 103 (11). doi:10.2105/AJPH.2013.301452.
- Guerrero, Ramiro, Ana Isabel Gallego, Victor Becerril-Montekio, and Johanna Vásquez. 2011. “[The Health System of Colombia].” *Salud Pública de México* 53 Suppl 2 (122): s144-55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877080>.

- Gutiérrez, Gonzalo, Ricardo Pérez-Cuevas, Santiago Levy, Hortensia Reyes, Benjamín Acosta, Sonia Fernández Cantón, and Onofre Muñoz. 2010. “Strengthening Preventive Care Programs: A Permanent Challenge for Healthcare Systems; Lessons from PREVENIMSS México.” doi:10.1186/1471-2458-10-417.
- Gutiérrez, Juan Pablo, Juan Ángel Rivera-Dommarco, Teresa Shamah-Levy, Salvador Villalpando-Hernández, Aurora Franco, Lucía Cuevas-Nasu, Martín Romero-Martínez, and Mauricio Hernández-Ávila. 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX). doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Gutiérrez, Juan Pablo. 2013. “Cobertura Universal de Salud En México: Las Brechas Que Persisten.” *Salud Pública de México* 55 (2): 153–54.
- Hall, Tristen L., Jodi Summers Holtrop, L. Miriam Dickinson, and Russell E. Glasgow. 2017. “Understanding Adaptations to Patient-Centered Medical Home Activities: The PCMH Adaptations Model.” *Translational Behavioral Medicine* 7 (4). Translational Behavioral Medicine: 861–72. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0511-3>.
- Hansen, Anne Helen, Peder A. Halvorsen, Ivar J. Aaraas, and Olav Helge Førde. 2013. “Continuity of GP Care Is Related to Reduced Specialist Healthcare Use: A Cross-Sectional Survey.” *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 63 (612): 482–89. doi:10.3399/bjgp13X669202.
- Heredia, Nila, Asa Cristina Laurell, Oscar Feo, José Noronha, Rafael González-Guzmán, and Mauricio Torres-Tovar. 2015. “The Right to Health: What Model for Latin America?” *Lancet (London, England)* 385 (9975): e34-7. doi:10.1016/S0140-6736(14)61493-8.
- Hoertel, N, F Limosin, and H Leleu. 2014. “Poor Longitudinal Continuity of Care Is Associated with an Increased Mortality Rate among Patients with Mental Disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database.” *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 29 (6): 358–64. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.12.001>.
- Hone, Thomas, Davide Rasella, Mauricio L. Barreto, Azeem Majeed, and Christopher Millett. 2017. “Association between Expansion of Primary Healthcare and Racial Inequalities in Mortality Amenable to Primary Care in Brazil: A National Longitudinal Analysis.” Accessed August 21. doi:10.1371/journal.pmed.1002306.
- Horton, Richard, and Pamela Das. 2014. “Universal Health Coverage: Not Why, What, or When—but How?” *The Lancet* 6736 (14): 6–7. doi:10.1016/S0140-6736(14)61742-6.
- Hotez, Peter J. 2013. “NTDs V.2.0: ‘blue Marble Health’--Neglected Tropical Disease Control and Elimination in a Shifting Health Policy Landscape.” *PLoS Neglected Tropical Diseases* 7 (11): e2570. doi:10.1371/journal.pntd.0002570.

- Infométrika. 2014. “Informe de Resultados. Estudio de Evaluación de Los Servicios de Las EPS Por Parte de Los Usuarios, En El Régimen Contributivo Y Subsidiado.” Bogotá. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-resultados-eps-2014.pdf>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2015. “GBD Compare.” Seattle, WA: IHME, University of Washington. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- Instituto Nacional de Cancerología (INC) y Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). 2012. *Plan Nacional Para El Control Del Cáncer En Colombia 2012-2020*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2017. “Población Protegida Por La Caja de Seguro Social En La República.” In *Seguridad Social: Año 2015*. Panamá: Contraloría General de la República de Panamá.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2014. “Derechohabiencia Y Uso de Servicios de Salud. Población Protegida Por Los Servicios de Salud, 2000 a 2014.” <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594>.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 2016. “Informe de rendición de cuentas 2014-2015.” San Salvador.
- International Diabetes Federation (IDF). 2015. *IDF Diabetes Atlas*. 7th ed. Brussels: International Diabetes Federation. <http://www.diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=116>.
- Jackson, George L., Benjamin J. Powers, Raneer Chatterjee, Janet Prvu Bettger, Alex R. Kemper, Vic Hasselblad, Rowena J Dolor, John W. Williams, Julian Irvine, Brooke L. Heidenfelder, Amy S. Kendrick and Rebecca Gray. 2013. “Improving Patient Care. The Patient Centered Medical Home. A Systematic Review.” *Annals of Internal Medicine* 158 (3): 169–78. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00579>.
- Katz, Alan, Nicole Herpai, Glenys Smith, Kris Aubrey-Bassler, Mylaine Breton, Antoine Boivin, William Hogg, Baukje Miedema, Jocelyn Pang, Walter P. Wodchis and Sabrina T. Wong. 2017. “Alignment of Canadian Primary Care with the Patient Medical Home Model: A QUALICO-PC Study.” *Annals of Family Medicine* 15 (3): 230–36. <https://doi.org/10.1370/afm.2059>.
- Knaul, Felicia Marie, and Julio Frenk. 2005. “Health Insurance In Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform.” *Health Affairs* 24 (6): 1467–76. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467.

- Knaul, Felicia Marie, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, David García-Junco, Héctor Arreola-Ornelas, Mariana Barraza-Lloréns, Rosa Sandoval, et al. 2012. "The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico." *Lancet* 6736 (12): 1–21. doi:10.1016/S0140-6736(12)61068-X.
- Knaul, Felicia Marie, Rebeca Wong, Héctor Arreola-Ornelas, and Oscar Méndez. 2011. "Household Catastrophic Health Expenditures: A Comparative Analysis of Twelve Latin American and Caribbean Countries." *Salud Pública de México* 53 Suppl 2 (January): s85-95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877097>.
- Kringos, Dionne, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotal Pavlic, Igor Svab, Paolo Tedeschi, Stefan Wilm, Andrew Wilson, Adam Windak, Jouke Van der Zee and Peter Groenewegen. 2013. "The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study." *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 63 (November): e742-50. doi:10.3399/bjgp13X674422.
- Kruk, Margaret E, Muhammad Pate, and Zoë Mullan. 2017. "Introducing The Lancet Global Health Commission on High-Quality Health Systems in the SDG Era." *The Lancet Global Health* 5 (5): e480–81. doi:10.1016/S2214-109X(17)30101-8.
- Kruk, Margaret E., Gavin Yamey, Sonia Y. Angell, Alix Beith, Daniel Cotlear, Frederico Guanaís, Lisa Jacobs, Helen Saxenian, Cesar Victora, and Eric Goosby. 2016. "Transforming Global Health by Improving the Science of Scale-Up." *PLOS Biology* 14 (3): e1002360. doi:10.1371/journal.pbio.1002360.
- Lee, John Tayu, Fozia Hamid, Sanghamitra Pati, Rifat Atun, and Christopher Millett. 2015. "Impact of Noncommunicable Disease Multimorbidity on Healthcare Utilisation and out-of-Pocket Expenditures in Middle-Income Countries: Cross Sectional Analysis." *PLoS ONE* 10 (7): 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127199>.
- Leleu, Henri, and Etienne Minvielle. 2013. "Relationship between Longitudinal Continuity of Primary Care and Likelihood of Death: Analysis of National Insurance Data." Edited by C. Mary Schooling. *PLoS ONE* 8 (8): e71669. doi:10.1371/journal.pone.0071669.
- Levy, Santiago, and Norbert Schady. 2013. "Latin America's Social Policy Challenge: Education, Social Insurance, Redistribution." *Journal of Economic Perspectives* 27 (2): 193–218. doi:10.1257/jep.27.2.193.
- Londoño, Juan Luis, and Julio Frenk. 1997. "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America." *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 41 (1): 1–36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10169060>.

- Macinko, James, Frederico C. Guanais, Pricila Mullachery, and Geronimo Jimenez. 2016. "Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries." *Health Affairs* 35 (8): 1513–21. doi:10.1377/hlthaff.2015.1366.
- Macinko, James, and Frederico C Guanais. 2015. "Population Experiences of Primary Care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development Countries." *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* 27 (6): 443–50. doi:10.1093/intqhc/mzv074.
- Macinko, James, and Matthew J Harris. 2015. "Brazil's Family Health Strategy--Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System." *The New England Journal of Medicine* 372 (23): 2177–81. doi:10.1056/NEJMp1501140.
- Macinko, James, Barbara Starfield, and Leiyu Shi. 2003. "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998." *Health Services Research* 38 (3): 831–65.
- Macinko, James, Frederico C Guanais, Maria de Fátima, and Marinho de Souza. 2006. "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002." *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (1): 13–19. doi:10.1136/jech.2005.038323.
- Macinko, James, Veneza B de Oliveira, Maria a Turci, Frederico C Guanais, Palmira F Bonolo, and Maria F Lima-Costa. 2011. "The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999-2007." *American Journal of Public Health* 101 (10): 1963–70. doi:10.2105/AJPH.2010.198887.
- Malta, Deborah Carvalho, Regina Tomie, Ivata Bernal, Maria De, Fatima Marinho De Souza, Celia Landman Szwarcwald, Margareth Guimarães Lima, and Marilisa Berti De Azevedo Barros. 2017. "Social Inequalities in the Prevalence of Self- Reported Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: National Health Survey 2013." Accessed August 25. doi:10.1186/s12939-016-0427-4.
- Manjón, Miguel, and Oscar Martínez. 2014. "The Chi-Squared Goodness-of-Fit Test for Count-Data Models." *The Stata Journal* 14 (4): 798–816.
- Markovitz, Amanda R, Jeffrey A Alexander, Paula M Lantz, and Michael L Paustian. 2015. "Patient-Centered Medical Home Implementation and Use of Preventive Services: The Role of Practice Socioeconomic Context." *JAMA Internal Medicine* 175 (4): 598–606. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8263.
- Marques, Rosa Maria, Sérgio Francisco Piola, and Alejandro Carrillo Roa. 2016. *Sistema de Saúde No Brasil: Organização E Financiamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/livro_sistemas_de_sau-de_no_brasil.pdf.

- Martínez, Sebastian, Michelle Pérez, and Luis Tejerina. 2015. "Atacando La Vulnerabilidad En Los Adultos Mayores. Evaluación de Impacto de La Pensión Básica Universal, Programa Nuestros Mayores Derechos En El Salvador." IDB-TN-883. Nota Técnica. Washington, D.C.
- Matos, Ana Raquel, and Mauro Serapioni. 2017. "O Desafio Da Participação Cidadã Nos Sistemas de Saúde Do Sul Da Europa: Uma Revisão Da Literatura." *Cadernos de Saúde Pública* 33 (1): 66716–66716. doi:10.1590/0102-311x00066716.
- Mavaddat, Nahal, Jose M. Valderas, Rianne Van Der Linde, Kay Tee Khaw, and Ann Louise Kinmonth. 2014. "Association of Self-Rated Health with Multimorbidity, Chronic Disease and Psychosocial Factors in a Large Middle-Aged and Older Cohort from General Practice: A Cross-Sectional Study." *BMC Family Practice* 15 (1): 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0185-6>.
- McCaw-Binns, A, and C O Moody. 2001. "The Development of Primary Health Care in Jamaica." *The West Indian Medical Journal* 50 Suppl 4 (September): 6–10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824020>.
- McNulty, Clodna A. M., Donna M. Lecky, and Meredith K. D. Hawking. 2016. "How Much Information about Antibiotics Do People Recall after Consulting in Primary Care?" 33 (4): 395–400. doi:10.1093/fampra/cmw022.
- Mendes, Eugênio Vilaça. 2011. *As Redes de Atenção À Saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.
- Mendes, Eugênio Vilaça. 2014. *Las Condiciones Crónicas En La Atención Primaria de La Salud: La Necesidad Imperiosa de Consolidar La Estrategia de Salud de La Familia*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.
- Mercer, Stewart W, Bridie Fitzpatrick, Bruce Guthrie, Elisabeth Fenwick, Eleanor Grieve, Kenny Lawson, Nicki Boyer, Alex McConnachie, Suzanne M. Lloyd, Rosaleen O'Brien, Graham C. M. Watt and Sally Wyke. 2017. "The CARE Plus Study – a Whole-System Intervention to Improve Quality of Life of Primary Care Patients with Multimorbidity in Areas of High Socioeconomic Deprivation: Exploratory Cluster Randomised Controlled Trial and Cost-Utility Analysis." Accessed September 6. doi:10.1186/s12916-016-0634-2.
- Ministerio de Salud de El Salvador. 2016. "Informe de Labores 2015-2016." pp.39. San Salvador
- Ministerio de Salud de Panamá. 2016. *Perfil de Salud de La República de Panamá*. Panamá: Dirección de Planificación Nacional y Ministerio de Salud. http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/perfil_de_salud_de_la_republica_de_panama_final.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS). 2012. "Cobertura Del Régimen Subsidiado." <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelRégimenSubsidiado.aspx>.

- . 2013. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La Salud En Colombia La Construyes Tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf> - Documento en consulta para aprobación.pdf.
- . 2014. *Encuesta de Evaluación de Los Servicios de Las EPS – 2013*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-eps-2013.pdf>.
- . 2016a. “Reporte de Empresas de Medicina Prepagada. Circular Única tipo 40”.
- . 2016b. *Política de Atención Integral En Salud*. Bogotá. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
- . 2016c. “Observatorio Nacional de Calidad En Salud.” <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>.
- . 2016d. “Observatorio Nacional de Calidad En Salud.” <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>.
- Mockford, Carole, Sophie Staniszewska, Frances Griffiths, and Sandra Herron-Marx. 2012. “The Impact of Patient and Public Involvement on UK NHS Health Care: A Systematic Review.” *International Journal for Quality in Health Care* 24 (1): 28–38. doi:10.1093/intqhc/mzr066.
- Montekio, Víctor Becerril, Guadalupe Medina, and Rosana Aquino. 2011. “[The Health System of Brazil].” *Salud Pública de México* 53 Suppl 2: s120-31. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>.
- Montenegro, Hernán, Reynaldo Holder, Caroline Ramagem, Soledad Urrutia, Renato Tasca, Osvaldo Salgado, Gerardo Alfaro, and Maria Angélica. 2011. “Combating Health Care Fragmentation through Integrated Health Service Delivery Networks in the Americas: Lessons Learned.” *Journal of Integrated Care* 19 (5): 5–16.
- Mosquera, Paola A., Jinneth Hernández, Román Vega, Jorge Martínez, Ronald Labonte, David Sanders, and Miguel San Sebastián. 2012. “Primary Health Care Contribution to Improve Health Outcomes in Bogota-Colombia: A Longitudinal Ecological Analysis.” *BMC Family Practice* 13 (August): 84. doi:10.1186/1471-2296-13-84.
- Mullachery, Pricila, Diana Silver, and James Macinko. 2016. “Changes in Health Care Inequity in Brazil between 2008 and 2013.” *International Journal for Equity in Health* 15 (1). *International Journal for Equity in Health*: 140. doi:10.1186/s12939-016-0431-8.

- Murray, Christopher, and David B Evans. 2003. *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization. doi:10.1016/S1386-5056(03)00131-X.
- Murray, Scott A., Marilyn Kendall, Kirsty Boyd, and Aziz Sheikh. 2005. "Illness Trajectories and Palliative Care." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 330 (7498): 1007–11. doi:10.1136/bmj.330.7498.1007.
- Nardin, Rachel, Leah Zallman, Assaad Sayah, and Danny McCormick. 2016. "Experiences Applying for and Understanding Health Insurance under Massachusetts Health Care Reform." *International Journal for Equity in Health* 15 (110). doi:10.1186/s12939-016-0397-6.
- NHS Digital. 2017. *Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in England. A Guide to PROMs Methodology*. London, UK: Health and Social Care Information Centre. http://content.digital.nhs.uk/media/1537/A-Guide-to-PROMs-Methodology/pdf/PROMs_Guide_V12.pdf.
- Nunes, Bruno Pereira, Elaine Thumé, and Luiz Augusto Facchini. 2015. "Multimorbidity in Older Adults: Magnitude and Challenges for the Brazilian Health System Chronic Disease Epidemiology." *BMC Public Health* 15 (1). BMC Public Health: 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2505-8>.
- Ogden, Kathryn, Jennifer Barr, and David Greenfield. 2017. "Determining Requirements for Patient-Centred Care: A Participatory Concept Mapping Study." *BMC Health Services Research* 17 (1). BMC Health Services Research: 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2741-y>.
- Olivares, David, Frank Chambi, Evelyn Chañi, Winston Craig, Sandaly Pacheco, and Fabio Pacheco. 2017. "Risk Factors for Chronic Diseases and Multimorbidity in a Primary Care Context of Central Argentina: A Web-Based Interactive and Cross-Sectional Study." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (3): 251. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030251>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2015. "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." New York, NY. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1978. "Declaration of Alma-Ata." In *The International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Alma-Ata: World Health Organization. doi:10.1016/S0140-6736(79)90622-6.
- . 2008. *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More than Ever*. Geneva: World Health Organization.

———. 2010. *The World Health Report 2010: Health Systems Financing*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf.

———. 2016. *Framework on integrated, people-centred health services*. Report by the Secretariat. A69/39. Geneva: World Health Organization.

———. 2017. “Global Health Expenditure Database.” <http://apps.who.int/nha/database>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2007. “Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization.” Pan American Health Organization. Washington, D.C. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>.

———. 2011. “Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas.” Pan American Health Organization. Washington, D.C. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 2015. *OECD Reviews of Health Systems Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264248908-en>.

———. 2016. *OECD Reviews of Health Systems Mexico 2016*. Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

———. 2017. *Obesity Update 2017*. Paris: OECD Publishing. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.

Osborn, Robin, David Squires, Michelle M. Doty, Dana O. Sarnak, and Eric C. Schneider. 2017. “In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care.” Accessed September 6. doi:10.1377/hlthaff.2016.1088.

Osborn, Robin. 2011. “The Commonwealth Fund International Health Policy Surveys.” The Commonwealth Fund. <http://www.oecd.org/els/health-systems/49478598.pdf>.

O’Toole, Joanne, Martha Sinclair, and Karin Leder. 2008. “Maximising Response Rates in Household Telephone Surveys.” *BMC Medical Research Methodology* 8: 1–5. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-71>.

Paim, Jairnilson, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, and James Macinko. 2011. “The Brazilian Health System: History, Advances, and Challenges.” *Lancet* 377 (9779). Elsevier Ltd: 1778–97. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

- Pandhi, Nancy, Jessica R. Schumacher, Carolyn T. Thorpe, and Maureen A. Smith. 2016. "Cross-Sectional Study Examining Whether the Extent of First-Contact Access to Primary Care Differentially Benefits Those with Certain Personalities to Receive Preventive Services." *BMJ Open* 6 (3): e009738. doi:10.1136/bmjopen-2015-009738.
- Papanicolas, Irene, and Peter C Smith. 2013. *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. European Observatory on Health Systems and Policies. Bershire, England: Open University Press. <http://www.popline.org/node/535027>.
- Paustian, Michael L., Jeffrey A. Alexander, Darline K. El Reda, Chris G. Wise, Lee A. Green, and Michael D. Fetters. 2017. "Partial and Incremental PCMH Practice Transformation: Implications for Quality and Costs Health Services Research." Accessed August 8. doi:10.1111/1475-6773.12085.
- Penm, Jonathan, Neil J. Mackinnon, Stephen M. Strakowski, Jun Ying, and Michelle M. Doty. 2017. "Minding the Gap: Factors Associated with Primary Care Coordination of Adults in 11 Countries." *Annals of Family Medicine* 15 (2): 113–19. doi:10.1370/afm.2028.
- Pérez-Cuevas, Ricardo, Frederico C. Guanais, Svetlana V. Doubova, Leonardo Pinzón, Luis Tejerina, Diana Pinto Masis, Marcia Rocha, Donna O. Harris, and James Macinko. 2017. "Understanding Public Perception of the Need for Major Change in Latin American Healthcare Systems." *Health Policy and Planning*, 1–9. doi:10.1093/heapol/czx020.
- Pérez-Cuevas, Ricardo, Svetlana V Doubova, Veronika J Wirtz, Edson Servan-Mori, Anahí Dreser, and Mauricio Hernández-Ávila. 2017. "Effects of the Expansion of Doctors' Offices Adjacent to Private Pharmacies in Mexico: Secondary Data Analysis of a National Survey." Accessed August 28 and September 5. doi:10.1136/bmjopen-2013-004669.
- Pettigrew, Luisa M., Jan De Maeseneer, Maria-inez Padula Anderson, Akye Essuman, Michael R Kidd, and Andy Haines. 2015. "Primary Health Care and the Sustainable Development Goals." *The Lancet* 386 (10009). Elsevier Ltd: 2119–21. doi:10.1016/S0140-6736(15)00949-6.
- Pickles, John, Elaine Hide, and Lynne Maher. 2008. "Experience Based Design: A Practical Method of Working with Patients to Redesign Services." Edited by Hugh Rogers. *Clinical Governance: An International Journal* 13 (1): 51–58. doi:10.1108/14777270810850634.
- Planning Institute of Jamaica. 2012. "Jamaica Survey of Living Conditions." Kingston.
- Presidencia de la República. 2016. "Cuarto Informe de Gobierno 2015 – 2016. México. Anexo Estadístico." Ciudad de México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

- Rao, Mala, and Eva Pilot. 2014. "The Missing Link - the Role of Primary Care in Global Health." doi:10.3402/gha.v7.23693.
- Rasella, Davide, Michael O. Harhay, Marina L. Pamponet, Rosana Aquino, and Mauricio L. Barreto. 2014. "Impact of Primary Health Care on Mortality from Heart and Cerebrovascular Diseases in Brazil: A Nationwide Analysis of Longitudinal Data." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 349 (jul03_5): g4014. doi:10.1136/bmj.g4014.
- Reina A., Yuri Carolina. 2014. "Acceso a Los Servicios de Salud En Las Principales Ciudades Colombianas (2008-2012)." 200. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Cartagena. http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf.
- Reyes-Morales, Hortensia, Sergio Flores-Hernández, Alma Lucila Saucedo-Valenzuela, José de Jesús Vértiz-Ramírez, Clara Juárez-Ramírez, Veronika J Wirtz, and Ricardo Pérez-Cuevas. 2013. "[Users' Perception about of Quality Ambulatory Healthcare Services in Mexico]." *Salud Pública de México* 55 Suppl 2: S100-5. https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800005&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Rich, Eugene, Debra Lipson, Jenna Libersky, and Michael Parchman. 2012. "Coordinating Care for Adults With Complex Care Needs in the Patient-Centered Medical Home: Challenges and Solutions. White Paper (Prepared by Mathematica Policy Research under Contract No. HHS290200900019I/HHS29032005T)." AHRQ Publication No. 12-0010-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/coordinating-care-for-adults-with-complex-care-needs-white-paper.pdf>.
- Rodríguez, María Isabel. 2009. *Construyendo La Esperanza. Estrategias Y Recomendaciones En Salud*. San Salvador. http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=658-politica-nacional-de-salud-construyendo-la-esperanza&category_slug=documentacion-tecnica-1&Itemid=364.
- . 2010. *La Reforma de Salud En El Salvador*. San Salvador: Ministerio de Salud. http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=342-reforma-de-salud-2011&Itemid=364.
- Rodríguez-Hernández, Jorge Martín, Diana Patricia Rodríguez Rubiano, and Juan Carlos Corrales Barona. 2015. "[Barriers to Administrative Access to Health Services in the Colombian Population, 2013]." *Ciencia & Saude Coletiva* 20 (6): 1947–58. doi:10.1590/1413-81232015206.12122014.
- Röttger, Julia, Miriam Blümel, Sabine Fuchs, and Reinhard Busse. 2014. "Assessing the Responsiveness of Chronic Disease Care - Is the World Health Organization's Concept of Health System Responsiveness Applicable?" *Social Science & Medicine* 113 (July): 87–94. doi:10.1016/j.socscimed.2014.05.009.

- Rubin, Greg, Annette Berendsen, S Michael Crawford, Rachel Dommett, Craig Earle, Jon Emery, Tom Fahey, et al. 2015. "The Expanding Role of Primary Care in Cancer Control." *The Lancet. Oncology* 16 (12): 1231–72. doi:10.1016/S1470-2045(15)00205-3.
- Rubinstein, Adolfo L., Vilma E. Irazola, Matias Calandrelli, Natalia Elorriaga, Laura Gutierrez, Fernando Lanas, Jose A. Manfredi, Nora Mores, Hector Olivera, Rosana Poggio, Jacqueline Ponzio, Pamela Seron, Chung-Shiuan Chen, Lydia A. Bazzano and Jiang He. 2015. "Multiple Cardiometabolic Risk Factors in the Southern Cone of Latin America: A Population-Based Study in Argentina, Chile, and Uruguay." *International Journal of Cardiology* 183 (March): 82–88. doi:10.1016/j.ijcard.2015.01.062.
- Sá, Luísa, Orquídea Ribeiro, Luís Filipe Azevedo, Luciana Couto, Altamiro Costa-Pereira, Alberto Hespanhol, Paulo Santos, and Carlos Martins. 2016. "Patients' Estimations of the Importance of Preventive Health Services: A Nationwide, Population-Based Cross-Sectional Study in Portugal." *BMJ Open* 6 (10): e011755. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011755>.
- Sacks, Emma, Paul A Freeman, Kwame Sakyi, Mary Carol Jennings, Bahie M Rassekh, Sundeep Gupta, and Henry B Perry. 2017. "Comprehensive Review of the Evidence Regarding the Effectiveness of Community-Based Primary Health Care in Improving Maternal, Neonatal and Child Health: 3. Neonatal Health Findings." *Journal of Global Health* 7 (1): 10903. doi:10.7189/jogh.07.010903.
- Salmon, Margaret, Christian Salmon, Alexa Bissinger, Mundenga Mutendi Muller, Alegnta Gebreyesus, Haimanot Geremew, Sarah K Wendel, Aklilu Azaza, Maurice Salumu and Nerys Benfield. 2015. "Alternative Ultrasound Gel for a Sustainable Ultrasound Program: Application of Human Centered Design." *PloS One* 10 (8): e0134332. doi:10.1371/journal.pone.0134332.
- Salomon, Joshua A., Haidong Wang, Michael K. Freeman, Theo Vos, Abraham D. Flaxman, Alan D. Lopez, and Christopher J L Murray. 2012. "Healthy Life Expectancy for 187 Countries, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden Disease Study 2010." *The Lancet* 380 (9859). Elsevier Ltd: 2144–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)61690-0.
- Sandy, Lewis G., Heidi Haltson, Brent A. Metfessel, and Conway Reese. 2015. "Measuring Physician Quality and Efficiency in an Era of Practice Transformation: PCMH as a Case Study." *The Annals of Family Medicine* 13 (3): 264–68. doi:10.1370/afm.1784.
- Sauceda-Valenzuela, Alma Lucila, Veronika J Wirtz, Yared Santa-Ana-Téllez, and Maria de la Luz Kageyama-Escobar. 2010. "Ambulatory Health Service Users' Experience of Waiting Time and Expenditure and Factors Associated with the Perception of Low Quality of Care in Mexico." *BMC Health Services Research* 10 (1): 178. doi:10.1186/1472-6963-10-178.

- Schoen, Cathy, Karen Davis, Catherine DesRoches, Karen Donelan, and Robert Blendon. 2000. "Health Insurance Markets and Income Inequality: Findings from an International Health Policy Survey." *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 51 (2): 67–85. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699676>.
- Schoen, Cathy, and Michelle M Doty. 2004. "Inequities in Access to Medical Care in Five Countries: Findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey." *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 67 (3): 309–22. doi:10.1016/j.healthpol.2003.09.006.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, David Squires, and Michelle M Doty. 2013. "Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to Ten Other Countries." *Health Affairs (Project Hope)* 32 (12): 2205–15. doi:10.1377/hlthaff.2013.0879.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, David Squires, Michelle Doty, Petra Rasmussen, Roz Pierson, and Sandra Applebaum. 2012. "A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas." *Health Affairs (Project Hope)* 31 (12): 2805–16. doi:10.1377/hlthaff.2012.0884.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, David Squires, Michelle M Doty, Roz Pierson, and Sandra Applebaum. 2010. "How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries." *Health Affairs (Project Hope)* 29 (12): 2323–34. doi:10.1377/hlthaff.2010.0862.
- . 2011. "New 2011 Survey of Patients with Complex Care Needs in Eleven Countries Finds That Care Is Often Poorly Coordinated." *Health Affairs (Project Hope)* 30 (12): 2437–48. doi:10.1377/hlthaff.2011.0923.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, Michelle M Doty, David Squires, Jordon Peugh, and Sandra Applebaum. 2009. "A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences." *Health Affairs (Project Hope)* 28 (6): w1171-83. doi:10.1377/hlthaff.28.6.w1171.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, Michelle M Doty, Meghan Bishop, Jordon Peugh, and Nandita Murukutla. 2007. "Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries, 2007." *Health Affairs (Project Hope)* 26 (6): w717-34. doi:10.1377/hlthaff.26.6.w717.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, Phuong Trang Huynh, Michelle Doty, Jordon Peugh, and Kinga Zapert. 2006. "On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries." *Health Affairs (Project Hope)* 25 (6): w555-71. doi:10.1377/hlthaff.25.w555.

- Schoen, Cathy, Robin Osborn, Phuong Trang Huynh, Michelle Doty, Karen Davis, Kinga Zapert, and Jordon Peugh. 2004. "Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries." *Health Affairs (Project Hope) Suppl Web*: W4-487–503. doi:10.1377/hlthaff.w4.487.
- . 2005. "Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries." *Health Affairs (Project Hope) Suppl Web*: W5-509–25. doi:10.1377/hlthaff.w5.509.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, Sabrina K. H. How, Michelle M Doty, and Jordon Peugh. 2009. "In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008." *Health Affairs (Project Hope)* 28 (1): w1-16. doi:10.1377/hlthaff.28.1.w1.
- Scott, Ewan, and Karl Theodore. 2013. "Measuring and Explaining Health and Health Care Inequalities in Jamaica, 2004 and 2007." *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health* 33 (2): 116–21, 3 p preceding 116. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23525341>.
- Secretaría de Salud de México. 2013. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*. Mexico, DF: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf.
- . 2013. "Boletín de Información Estadística. Volumen III. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos." Volumen III. Núm. 33.
- . 2015. *Modelo de Atención Integral a La Salud (MAI). Documento de Arranque*. Ciudad de México: Secretaria de Salud de México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/83268/ModeloAtencionIntegral.pdf>.
- Sepúlveda, Jaime. 2013. "[Opportunities for Universalization and Effective Coverage in Mexico]." *Salud Publica de Mexico* 55 (6): 659–67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24715019>.
- Shin, Dong Wook., Juhee Cho, Hyung Kook Yang, Jae Hyun Park, Hyejun Lee, Hyunsu Kim, Juhwan Oh, Soohee Hwang, Belong Cho, and Eliseo Guallar. 2014. "Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea." *The Annals of Family Medicine* 12 (6): 534–41. doi:10.1370/afm.1685.
- Sidorov, Jaan E. 2008. "The Patient-Centered Medical Home For Chronic Illness: Is It Ready For Prime Time?" *Health Affairs* 27 (10): 1231–34. doi:10.1377/hlthaff.27.5.1231.

- Silva, Simone Albino da, Tamara Cristina Baitelo, and Lislaine Aparecida Fraccolli. 2015. "Primary Health Care Evaluation: The View of Clients and Professionals about the Family Health Strategy." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 23 (5): 979–87. doi:10.1590/0104-1169.0489.2639.
- Smith, Peter C., and Kalipso Chalkidou. 2017. "Should Countries Set an Explicit Health Benefits Package? The Case of the English National Health Service." doi:10.1016/j.jval.2016.01.004.
- Soares, Rodrigo, and Romero Rocha. 2006. "Impacto de Programas de Saúde Primária: Evidências Do Programa Saúde Da Família." Brasília, DF: World Bank.
- Starfield, Barbara, Leiyu Shi, and James Macinko. 2005. "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health." *The Milbank Quarterly* 83 (3): 457–502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- Starfield, Barbara. 1998. *Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York, NY: Oxford University Press.
- StataCorp. 2015. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP.
- Stein, Airton Tetelbom, and Cleusa Pinheiro Ferri. 2017. "Innovation and Achievement for Primary Care in Brazil: New Challenges." *BJGP Open*, April, BJGP-2017-0857. doi:10.3399/bjgpopen17X100857.
- Szwarcwald, Célia Landmann, Deborah Carvalho Malta, Cimar Azeredo Pereira, Maria Lucia França Pontes Vieira, Wolney Lisboa Conde, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior, Giseli Nogueira Damacena, Luiz Otávio Azevedo, Gulnar Azevedo e Silva, Mariza Miranda Theme Filha, Cláudia de Souza Lopes, Dália Elena Romero, Wanessa da Silva de Almeida and Carlos Augusto Monteiro. 2014. "[National Health Survey in Brazil: Design and Methodology of Application]." *Ciencia & Saude Coletiva* 19 (2): 333–42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24863810>.
- Theme Filha, Mariza Miranda, Paulo Roberto Borges de Souza Junior, Giseli Nogueira Damacena, and Celia Landmann Szwarcwald. 2015. "Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis E Associação Com Autoavaliação de Saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013." *Revista Brasileira de Epidemiologia* 18 (suppl 2): 83–96. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060008>.
- Titelman, Daniel, Oscar Cetrángolo, and Olga Lucía Acosta. 2014. "Universal Health Coverage in Latin American Countries: How to Improve Solidarity-Based Schemes." *The Lancet* 6736 (14): 1–5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61780-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61780-3).

- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2016. *Health Equity Report 2016: Analysis of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Inequities in Latin America and the Caribbean to Inform Policymaking*. Panamá: UNICEF. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-03/20161207_LACRO_APR_Informe_sobre_equidad_en_salud_EN_LR_0.pdf.
- Valenzuela-Jiménez, Hiram, Edgar Fabian Manrique-Hernández, and Alvaro Javier Idrovo. 2017. "Association of Tuberculosis with Multimorbidity and Social Networks." *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 43 (1): 51–53. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000075>.
- Vallance, Jeff K., Dean T. Eurich, Paul A. Gardiner, Lorian M. Taylor, Gillian Stevens, and Steven T. Johnson. 2014. "Utility of Telephone Survey Methods in Population-Based Health Studies of Older Adults: An Example from the Alberta Older Adult Health Behavior (ALERT) Study." *BMC Public Health* 14 (1): 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-486>.
- Van Der Zee, Jouke, and Madelon W Kroneman. 2007. "Bismarck or Beveridge: A Beauty Contest between Dinosaurs." *BMC Health Services Research* 7 (7). doi:10.1186/1472-6963-7-94.
- Van Loenen, Tessa, Michael J. Van den Berg, Stephanie Heinemann, Richard Baker, Marjan J. Faber, and Gert P. Westert. 2016. "Trends towards Stronger Primary Care in Three Western European Countries; 2006-2012." *BMC Family Practice* 17 (1): 59. doi:10.1186/s12875-016-0458-3.
- Vargas, Ingrid, Irene Garcia-Subirats, Amparo Susana Mogollón-Pérez, Pierre De Paepe, Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean-Pierre Unger, M. B. Aller, and María Luisa Vázquez. 2017. "Patient Perceptions of Continuity of Health Care and Associated Factors. Cross-Sectional Study in Municipalities of Central Colombia and North-Eastern Brazil." *Health Policy and Planning* 32 (4): 549–62. doi:10.1093/heapol/czw168.
- Vázquez, María Luisa, Ingrid Vargas, Jean-Pierre Unger, Amparo Mogollón, Maria Rejane Ferreira, Da Silva, and Pierre De Paepe. 2009. "Opinión Y Análisis / Opinion and Analysis Integrated Health Care Networks in Latin America: Toward a Conceptual Framework for Analysis." *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health Rev Panam Salud Publica* 2626 (44): 360–67. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf>.
- Ventres, William B. 2013. "The Emergence of Primary Care in Latin America: Reflections from the Field." *The Journal of the American Board of Family Medicine* 26 (2): 183–86. doi:10.3122/jabfm.2013.02.120138.

Wagstaff, Adam, Tania Dmytraczenko, Gisele Almeida, Leander Buisman, Patrick Hoang-Vu Eozenou, Caryn Bredenkamp, James Cercone, Yadira Diaz, Daniel Maceira, Silvia Molina, Guillermo Paraje, Fernando Ruiz, Flavia Sarti, John Scott, Martín Valdivia and Heitor Werneck. 2015. "Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage." *Health Affairs* 34 (10): 1704–12. doi:10.1377/hlthaff.2014.1453.

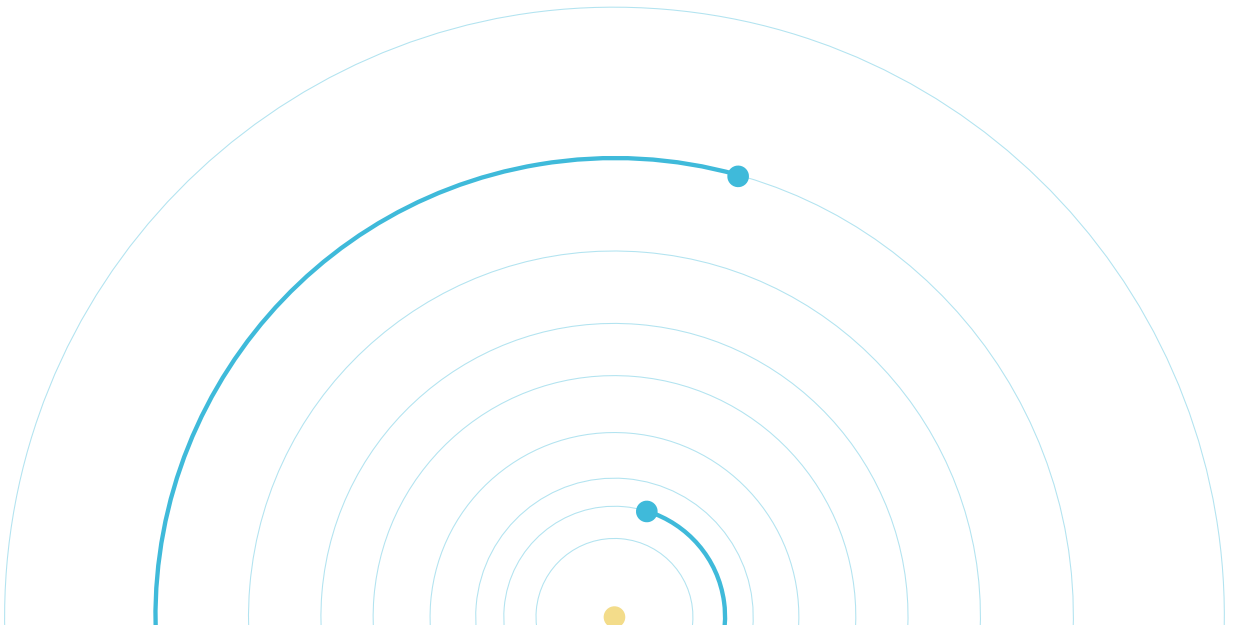
Waibel, Sina, Health Services, Ingrid Vargas, Health Services, Health Policy, Marta-Beatriz Aller, Health Services, and Luisa Vázquez. 2015. "The Performance of Integrated Health Care Networks in Continuity of Care: A Qualitative Multiple Case Study of COPD Patients." *International Journal of Integrated Care* 15 (July): 1–15. doi:10.1109/Health-Com.2014.7001902.

Wang, Wenhua, Leiyu Shi, Aitian Yin, Zongfu Mao, Elizabeth Maitland, Stephen Nicholas, and Xiaoyun Liu. 2015. "Contribution of Primary Care to Health: An Individual Level Analysis from Tibet, China." *International Journal for Equity in Health* 14 (November): 107. doi:10.1186/s12939-015-0255-y.

Weissman, Joel S., Michael L. Millenson, and R. Sterling Haring. 2017. "Patient-Centered Care: Turning the Rhetoric into Reality." *American Journal of Managed Care* 23 (1): e31–32. <https://doi.org/10.1215/03616878-1966406.3>.

Werneck, Heitor. 2016. "Income-Related Inequalities in Utilization of Health Services among Private Health Insurance Beneficiaries in Brazil." *Doctoral Dissertation*. George Washington University.

White, Eleanor S., Denis Pereira Gray, Peter Langley, Philip H. Evans, and St Leonard's Research Practice. 2016. "Fifty Years of Longitudinal Continuity in General Practice: A Retrospective Observational Study." *Family Practice* 33 (2): 148–53. doi:10.1093/fampra/cmw001.S



ISBN: 978-1-59782-301-2



9 781597 823012

9 0 0 0 0

