

LA REFORMA DE ATENCION PRIMARIA EN QUEBEC

QUEBEC: *Una Sociedad...*

*norteamericana por su situación geográfica,
francesa por sus orígenes y cultura,
británica por su sistema parlamentario,
cosmopolita gracias a los continuos flujos migratorios...*

La Provincia de Quebec se presenta como una vasta península continental en el Atlántico Norte, de 1,7 millones de km cuadrados¹. Quebec tiene una población de 7.5 millones de habitantes (4,4 habitantes por km cuadrado), lo que representa el 24% de la población canadiense. El 60% de la población habita el área metropolitana de Montreal, y algo más de 700.000 personas habitan la capital de la Provincia (Quebec City). La población indígena representa el 1% de la población.

El idioma oficial es el Francés. La mitad de la población activa es bilingüe (francés-inglés), en Montreal el porcentaje asciende al 64%.

Quebec es uno de los diez Estados miembros de la Federación Canadiense. Posee un Parlamento desde 1791, llamado "*Asamblea Nacional*" a partir de 1968. Este Parlamento ejerce el poder legislativo y forma el Gobierno². La Asamblea Nacional de Quebec está conformada por 125 diputados. Estos parlamentarios son elegidos por el voto popular.

EL SISTEMA DE SALUD:

El Sistema de Salud de Quebec es visto como un ejemplo distintivo del rol positivo que puede ejercer el Estado en materia sociosanitaria y del éxito de integrar servicios de salud y servicios sociales.

La Ley sobre Servicios de Salud y Servicios Sociales, vigente desde el 1ro de Junio de 1972 adopta y propone un modelo de organización orientado hacia la regionalización y la complementariedad de establecimientos organizados en una red.

1. El Nivel Central

El 34.5 % del presupuesto general del Gobierno de Quebec esta dirigido a asegurar el bienestar de sus ciudadanos en materia de SALUD y SERVICIOS SOCIALES (16, 2 billones de dólares canadienses para el año 2000, es decir \$ 2.079 per cápita). El 24% del presupuesto es absorbido por el pago de honorarios médicos y medicamentos.

El *Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)* se encarga de la gestión del Sistema. Es responsable del desarrollo e implementación de las políticas de salud y servicios sociales, y de regular y financiar los componentes regionales y locales del Sistema de Salud. El Ministro determina los objetivos, direcciones y prioridades en salud y servicios sociales, establece los mecanismos para llevarlos adelante, y evalúa su implementación y resultados.

Los Organismos que dependen del MSSS son:

- ✓ *El Conseil de la santé et du bien-entre:* organismo para el asesoramiento del Ministro acerca de los medios más idóneos para mejorar la salud y el bienestar de la población.

¹ Los bosques cubren la mitad del territorio, y aloja a miles de lagos y ríos, destacándose el Río San Lorenzo como una de las mayores vías navegables del mundo.

² El Jefe del Partido con mayoría de escaños en la Asamblea Nacional se convierte en Primer Ministro, y es quien dirige el Gobierno. Además, el Primer Ministro elige -entre los legisladores electos- a unos veinte miembros que conforman el Consejo de Ministros. Este Consejo es el que decide las orientaciones del Gobierno -entre otras, en materia de Salud-.

- ✓ *La Corporation d'hébergement du Quebec*: Para el peritaje técnico y financiero, y la construcción, mantenimiento y adquisición de bienes materiales, equipamiento e infraestructura.
- ✓ *El Institut National de Santé Publique du Quebec*: Creado en 1998, tiene como fin la producción de nuevos conocimientos y el apoyo a la transformación de las prácticas de salud pública en el Sistema. De él también depende un Laboratorio especializado y un Centro de toxicología.
- ✓ *El Conseil consultatif de pharmacologie*: Hace recomendaciones sobre uso de los medicamentos, controla la evolución de precios, y toda otra cuestión que tenga que ver con el campo de la Farmacología.
- ✓ *La Régie de l'assurance maladie du Quebec (RAMQ)*: Aplica y administra el Seguro de enfermedad, encargándose de remunerar –conforme a los acuerdos- a los profesionales de la salud que brindan servicios cubiertos por el seguro. Controla además la admisibilidad de las personas y el uso que hacen de las prestaciones.
- ✓ *El Office des personnes handicapées du Quebec*: Vela por la coordinación de los servicios prestados a las personas minusválidas y propicia su integración escolar, profesional y social.
- ✓ *El Conseil médical du Quebec*: Asesora al Ministro en todas las cuestiones relativas a los servicios médicos que se brindan.
- ✓ *El Comité de la santé mentale du Quebec*: Participa en la planificación y en la evaluación en materia de salud mental.
- ✓ *El Commissaire aux plaintes*: Examina en última instancia las quejas de los usuarios relativas a los servicios recibidos o esperados de los establecimientos. Algo similar a nuestras Defensorías del Pueblo.
- ✓ *El Comité permanent de lutte á la toxicomanie*
- ✓ *El Conseil québécois de lutte contre le cancer*
- ✓ *El Comité de revue de l'utilisation des médicaments.*
- ✓ *La Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en Santé (AETMIS)*: es una organización autónoma que reporta al Ministerio, y su misión es la de dar soporte a los tomadores de decisión en el sector salud, evaluando la tecnología y modos de intervención disponibles.

2. El Nivel Regional

El territorio provincial está dividido en 18 Regiones Sanitarias, cada una de las cuales tiene su propia administración (Régions Régionales de la santé et des services sociaux –RRSSS-). Las tareas de la RRSSS son:

- ✓ Valorar las necesidades de salud de la población en la región,
- ✓ Desarrollar políticas y programas prioritarios y reasignar recursos,
- ✓ Administrar financiamiento incluyendo fondos de ONGs para APS,
- ✓ Planificar y coordinar provisión de servicios,
- ✓ Garantizar razonable acceso a servicios de salud de elevada calidad,
- ✓ Mantener lazos con las agencias comunitarias y el Ministerio de Salud,
- ✓ Gestionar y financiar instituciones y servicios de salud,
- ✓ Evaluar el sistema de salud y sus productos,
- ✓ Promover la participación comunitaria.

En cada RRSSS, una *Comisión Médica Regional* aconseja sobre la organización y distribución de servicios médicos y un *Departamento Regional de Medicina General* define, evalúa y completa el plan de organización general de servicios médicos

A modo de ejemplo, la Régie Régional de la Montérégie cubre una superficie de 10.000 km cuadrados del área metropolitana de Montreal, reúne a 220 municipios en los que viven 1.3 millones de habitantes y funcionan 515 escuelas:

- ✓ 13.000 trabajadores de la salud son empleados para trabajar en los efectores de dicha RRSSS y 300 empleados son los que se desempeñan en el nivel regional,

- ✓ 1.191 Médicos de Familia y 1000 Especialistas conforman la Red médica ambulatoria,
- ✓ funcionan 10 Hospitales con un total de 1800 camas,
- ✓ el territorio está subdividido en 19 áreas cubiertas por 19 CLSC,
- ✓ 29 establecimientos privados, 268 ONG's, 35 Centros de larga estadía y 7 Centros de Rehabilitación completan los efectores que constituyen la Red asistencial

3. El Nivel Local

La Red de efectores asistenciales se compone de:

- ✓ Más de 500 establecimientos públicos y privados
- ✓ 147 Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC),
- ✓ 118 Hospitales Generales, Especializados y Psiquiátricos, con aproximadamente 22.000 camas de internación.
- ✓ 91 Centros de Readaptación,
- ✓ 317 Centros de Atenciones de Larga Duración,
- ✓ 20 Centros de Protección de la Infancia y la Juventud.
- ✓ más de 3.400 organismos comunitarios asociados al Ministerio de Salud
- ✓ y más de 1.000 consultorios y clínicas médicas privadas, en los que se resuelven el 85% de las consultas médicas ambulatorias (el resto de las consultas son evacuadas en los CLSC).

Para tener una idea aproximada de cuales son las actividades y servicios de los CLSC, se listan a continuación los Programas que ejecuta el CLSC de Coté de's Neiges, en Montreal:

- ✓ Salud de la Familia y el Niño
- ✓ Salud de los jóvenes
- ✓ Servicios clínicos (en los CLSC se resuelven el 15% de las consultas médicas ambulatorias totales –el 60% suelen ser consultas programadas y el 40% restante son espontáneas-)
- ✓ Asistencia a los refugiados
- ✓ Salud Ocupacional
- ✓ Cuidados domiciliarios
- ✓ Salud Mental
- ✓ Atención Primaria Orientada a la Comunidad
- ✓ Acción comunitaria
- ✓ Unidad docente de Medicina Familiar afiliada a la U. de McGill
- ✓ Centro de Investigación
- ✓ Casas de nacimiento (atendidas por obstétricas)

4. Salud Pública

Existe un Programa de Salud Pública (promoción, prevención y protección de la Salud) elaborado por la Dirección General de la Salud Pública en el nivel central. Los Departamentos de Salud Pública en cada una de las RRSSS son los encargados de proveer algunos servicios de salud pública y de coordinar con los efectores del nivel local la aplicación de los diversos Programas. Los CLSC son los líderes naturales para la programación local y la aplicación del Programa de SP en todo su territorio.

5. Los medicamentos:

El sector farmacéutico de Quebec se compone de 185 empresas, que generan 13.000 puestos de trabajo y representan el 42% de las exportaciones canadienses.

Quebec lanza en 1997 un seguro para cobertura de medicamentos ambulatorios (*Loi sur l'assurance-médicaments*). El Plan garantiza la completa cobertura a toda la población ya que para el tema medicamentos cada ciudadano posee un seguro privado (57% de la población), o en su defecto es cubierto por el nuevo seguro público administrado por la RAMQ (aquellos que no pueden acceder al

seguro privado, o tienen 65 años o más, o están recibiendo algún subsidio social, que representan el 43% de la población). Algunos medicamentos tienen cobertura universal (medicamentos para TBC y ETS), y existe un formulario terapéutico oficial. Las personas cubiertas por el Seguro público pagan –vía impuestos- hasta \$385 por año, a lo que se suma que al comprar los medicamentos en farmacia, deben abonar cada mes, de bolsillo los primeros \$8.33 del costo de los medicamentos adquiridos, y un co-pago del 25% del valor del medicamento con un techo máximo anual de \$800.

EL REPORTE DE LA COMISION CLAIR

Durante el año 2000, el Ministerio de Salud y Acción Social del Gobierno de Quebec encargó a un grupo de seleccionados expertos sanitarios locales que evaluara la situación sanitaria en Quebec, y elaborara un menú de propuestas para cambios o reformas en el sistema de salud quebequense. La Comisión estuvo constituida por 8 expertos, se realizaron 220 encuentros con distintas organizaciones del sector, se recogieron más de 6000 opiniones individuales de los ciudadanos, se consultaron 30 expertos internacionales y se realizaron 550 trabajos escritos por subcomisiones. El Reporte de la Comisión Clair "*Soluciones Emergentes*" es el documento final que contiene un detalle y un listado de 36 recomendaciones y 59 propósitos destinados a aconsejar al gobierno de Quebec sobre las lineamientos para la reforma del Sistema de Salud, y se ha convertido de algún modo en el instrumento teórico de consulta que ha servido de guía para algunas reformas que el gobierno ha decidido encarar, aunque el cambio de rumbo político del gobierno de turno (luego de más de una década de gobierno quebecuá, en el 2003 triunfó el Partido Liberal), siembra algunas dudas sobre el futuro de estos cambios.

EL NUEVO GOBIERNO LIBERAL

Montreal Metro, Mercredi 22 octobre 2003

"La réingénierie du Québec suscite des inquiétudes"

"...La reingeniería del Estado que propone el Gobierno liberal significa simplemente el achicamiento salvaje de los servicios públicos...", acusó el jefe de la oposición, Bernard Landry.

Para el Primer Ministro Jean Charest, "...el estado quebecuá es lerdo, burocrático, pesado, no se adapta a la realidad del nuevo siglo..."

El nuevo Primer Ministro (liberal) que asumiera en abril del 2003, designó a Philippe Couillard (un reconocido neurocirujano) como nuevo Ministro de Salud y Servicios Sociales. En un mensaje que dirigió a los trabajadores de la salud durante un encuentro en Montreal el pasado mes de Octubre del 2003, resaltó los principales ejes de su proyecto de gestión para el Ministerio de Salud y Servicios Sociales, allí destacó que:

1. La Salud y los Servicios Sociales siguen siendo una prioridad gubernamental, se mantiene el presupuesto que ronda el 40% del presupuesto total del Gobierno.
2. Propone la **modernización** del sistema, lo que supone principalmente la **integración de los servicios**: integración funcional de redes de servicios regionalmente organizadas por niveles crecientes de complejidad y coordinados entre sí, y que además supone la fusión de los organismos de administración de

- los efectores que conforman la red, bajo el argumento de mejorar en eficiencia y eficacia la gestión de los recursos y de los procesos de atención.
3. Propone un cambio en la conformación del gobierno de las RRSSS, asignando nuevas misiones y funciones a las **Región Regionales** (que a partir de ahora se llamarán **Agencias de développement de réseaux locaux de services de santé en de services sociaux**) tendientes a responsabilizarlas en el armado de la Red de Servicios de Salud de su territorio, y la integración funcional de los servicios. Promueve que los 16 integrantes del Consejo de Administración de las Agencias sean designaciones del propio Ministro, en lugar de ser electos por la población.
 4. También se promueve que los CLSC sean los responsables que lideren las acciones del Programa Nacional de Salud Pública en su territorio. El proceso de conformación de los GMF (Grupos de Médicos de Familia) que había comenzado durante el anterior gobierno, continúa adelante, siendo unos 40 GMF los ya constituidos como experiencia piloto en distintos puntos de Quebec.

Desde la **Asociación de CLSC de Quebec** se ponen en tela de juicio ciertas propuestas presentadas por el nuevo gobierno, particularmente aquella que habla de fusionar los Consejos de Administración de los efectores ubicados en una misma región para su integración administrativa y funcional. Advierten en ello un enorme riesgo para los CLSC de quedar atrapados y subordinados a la lógica de gestión de los grandes Hospitales que priorizan la asignación de recursos hacia lo curativo-reparador, y con ello podrían correr el riesgo de ver afectados sus propios presupuestos, dirigidos a Programas de Promoción, Prevención y Protección de la Salud. Por otro lado cuestionan que no visualizan en el nuevo gobierno una fuerte decisión de intervenir y modificar la modalidad de pago y de organización de la práctica médica en el primer nivel de atención, con el riesgo final de aumentar aún más la brecha entre los CLSC y los médicos en sus consultorios.

LAS REFORMAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN -PRIMARY HEALTHCARE-

1. Estructura y organización del Primer Nivel de Atención:

El modelo de organización de los cuidados primarios de salud está dado por el conjunto de servicios que constituyen:

- ✓ Los consultorios particulares de los médicos y/o policlínicas de grupos de profesionales
- ✓ Las “walk-in-clínics” para ofrecer atención espontánea en horas de la tarde y durante los fines de semana.
- ✓ Los consultorios médicos en los CLSC (Centros Locales de Salud Comunitaria)
- ✓ La actividad de las enfermeras comunitarias desde los CLSC en promoción de la salud, prevención y atención.
- ✓ Los servicios odontológicos particulares, kinesiólogos, podólogos y optometristas (excluidos del Seguro) que son financiados con pago de bolsillo o a través de seguros privados.
- ✓ La atención de obstétricas reconocidas legalmente (Casas de Nacimiento).
- ✓ Otros servicios provistos por otras disciplinas que conforman los equipos multidisciplinarios de los CLSC.
- ✓ Proveedores de cuidados alternativos (utilizados por el 11% de los canadienses) incluye a: masajistas, acupunturistas, homeópatas, terapias de relajación, reflexología, etc.

2. Críticas y cuestionamientos:

En un anterior artículo³ mencioné que la necesidad de una reforma estructural del primer nivel de atención es visualizada como prioritaria en todos los reportes de todas las Comisiones (provinciales y nacionales) conformadas para analizar la situación actual del sistema de salud y recomendar cambios.

El nivel académico y profesional de médicos y enfermeras del Primer Nivel de Atención en Canadá no está en discusión. La práctica clínica de los Médicos de Familia es excelente, sin embargo el modelo organizacional recibe fuertes críticas:

- ✓ Las medidas de ajuste de los '90 (reducción del número de vacantes en las Escuelas de Medicina y la promoción de retiros voluntarios a temprana edad) han generado un déficit importante en la oferta de médicos en la primera línea de atención, provocando dificultades de acceso a la consulta médica.
- ✓ El pago por prestación y la falta de incentivos que premien la continuidad, el seguimiento, la promoción-prevención y la responsabilidad por clientela a cargo promueve a que los médicos opten por privilegiar la atención de consultas espontáneas en las "walking in clinics" (más pacientes significa más dinero).
- ✓ Los médicos gozan de una enorme autonomía clínica, y coordinan poco sus acciones con los Programas de Salud Pública o Comunitaria gestionados desde los CLSC o los Departamentos de Salud Pública.
- ✓ Los registros no están computarizados, ni tampoco existen sistemas de información estandarizados y/o tableros de control que permitan evaluar la atención ambulatoria, más allá de la información retrospectiva que puede generar las Oficinas de los Gobiernos Provinciales al recibir las facturaciones de todos los médicos (Ej. La RAMQ en Quebec).
- ✓ En definitiva, esta ausencia de sistemas de control de gestión trae aparejado la existencia de múltiples médicos, múltiples prescripciones, y múltiples procesos de atención, que no pueden ser debidamente evaluados.

3. Las opiniones oficiales:

La **Comisión Romanow** (Comisión de orden federal) define al "primary health care" como un mix de servicios de salud de elevada calidad para los ciudadanos (cuidados médicos y de enfermería por ejemplo) y servicios para la comunidad (como campañas antitabáquicas, programas de suministro de agua potable, etc). Un buen servicio de Atención Primaria debe estar basado en equipos interdisciplinarios, que estén disponibles a todas las personas, 24 horas por día los siete días de la semana. El mismo reporte señala que este nuevo modelo debe garantizar:

- ✓ Continuidad y coordinación de los cuidados
- ✓ Detección y tratamiento temprano
- ✓ Mejor información sobre las necesidades y resultados
- ✓ Nuevos y más fuertes incentivos.

El **Reporte Clair (Quebec)** sugiere la creación de una verdadera RED de MEDICINA FAMILIAR, conformando los GMF (Grupos de Medicina Familiar) con 6 a 10 médicos y 2 a 3 enfermeras comunitarias responsables por una población adscripta al GMF de 1000 a 1800 pacientes. El Reporte sugiere modificar la modalidad de pago desde el actual pago por servicio (por prestación) hacia un modelo que combine una base capitada y pago por prestación para determinadas prácticas selectivas que se pretendan fomentar. El informe también sugiere lograr una mayor relación e integración funcional entre los GMF y los CLSC.

4. Las reformas del Primary HealthCare (PHC):

En Septiembre del 2002 todos los Primeros Ministros coincidieron en que el mejoramiento del primer nivel de atención es crucial para la renovación del Sistema de

³ Huber, R. "Pasado, presente y futuro del sistema de salud en Canadá", Revista Gestión en Salud. Año 3. Nro 7: 83-92, 2004.

Salud. Los Gobiernos (nacional y provinciales) se abocaron a inducir reformas que aseguren a los canadienses que recibirán “el cuidado más apropiado, por parte de los más apropiados proveedores, en el más apropiado lugar”, para ello anunciaron la conformación de un Fondo (PHCTF Primary Health Care Transition Fund) de \$ 800 millones a ejecutar hasta Marzo del 2006, para que las Provincias pongan en marcha las reformas del PHC.

Los objetivos que persigue la reforma son:

- ✓ Incrementar la proporción de población con acceso a servicios del primer nivel de atención responsables por una programada provisión de servicios integrales de salud a su población a cargo,
- ✓ Incrementar el énfasis en Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, y Cuidados gerenciados de padecimientos crónicos,
- ✓ Expandir el acceso a servicios esenciales las 24 hs del día, los 7 días de la semana,
- ✓ Establecer equipos interdisciplinarios como proveedores en el Primer Nivel de Atención,
- ✓ Facilitar la coordinación e integración con otros servicios de salud y/o instituciones y con la comunidad.

5. El modelo en Quebec:

En Noviembre del 2002 el Ministerio de Salud de Quebec anuncia la inversión de \$133 millones en iniciativas para la reforma del PHC, oportunamente sugeridas en el Reporte Clair, y alineadas con las consignas federales antes mencionadas.

Se crea entonces la figura de los GMF, Médicos de Familia trabajando en equipo junto a enfermeras comunitarias, garantizando amplio acceso a la consulta y con población a cargo bajo su responsabilidad.

El Ministerio promueve a que los Médicos de Familia, en forma voluntaria, se reúnan y constituyan los GMF. La reunión de 6 a 10 MF y la firma de un Compromiso de Gestión entre ellos en los que se explicitan los compromisos asumidos por el grupo (trabajo en equipo, garantía de acceso 24/7, etc) son el primer paso para la constitución del nuevo modelo. En segundo lugar, se formaliza un segundo Compromiso de Gestión entre el GMF y el CLSC de su zona, en el que acuerdan trabajar juntos, integrarse funcionalmente, articular actividades clínicas y de salud pública, a cambio de lo cual el CLSC cede 2 a 3 enfermeras comunitarias que se integran a la tarea del GMF. Una tercera negociación entre el GMF, el CLSC y la RRSSS da lugar al tercer Compromiso de Gestión a firmar, el cual es elevado al Ministro de Salud para su consideración. La aprobación ministerial formaliza la habilitación de este grupo de profesionales a trabajar como GMF, y por ende reciben como apoyo la informatización de su lugar de trabajo, un empleado administrativo y el dinero para pagarle, y comienzan entonces a adscribir al GMF a su propia clientela habitual de pacientes, y con ello comienzan a recibir el pago de una cápital por parte del Estado, que se suma al pago por prestaciones que aún sigue sin alterarse.

A la fecha existen aproximadamente 73 GMF aprobados por el Ministerio, y ha sido bastante más fácil y rápida la organización de este nuevo modelo en el interior de la Provincia, en zonas rurales y en localidades pequeñas, persistiendo muchas dificultades para instituir el modelo en una zona urbana como la Ciudad de Montreal.

LA INVESTIGACION APLICADA A LA REFORMA DEL PRIMARY HEALTHCARE:

En Quebec, existen por lo menos dos importantes grupos de investigación que están monitoreando las reformas del Primary Health Care para proveer de información y nuevos conocimientos a los tomadores de decisión, y de ese modo colaborar con el éxito de las reformas. Se trata del GREAS 1 –Research Group on Equity of Access and Primary Health Care Service Organization- (en Montreal) y del RAPSTL –Réseau D'Aide aux Transformations des Services de Première Ligne- (en Quebec City).

En el año 2001 la Canadian Health Services Research Foundation comisionó a un equipo de investigadores para elaborar un documento síntesis sobre políticas en Atención Primaria. Los investigadores (*Paul Lamarche, Marie Dominique Beaulieu, Raynald Pineault, André Pierre Conrandriopoulos, Jeannie Haggerty entre otros*) observaron los modelos de AP en Canadá y alrededor del mundo, consideraron los estudios relevantes existentes respecto de este tema, y consultaron a un número importante de expertos. En Noviembre del 2003 se publicó el documento “**Choices for change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada**”.

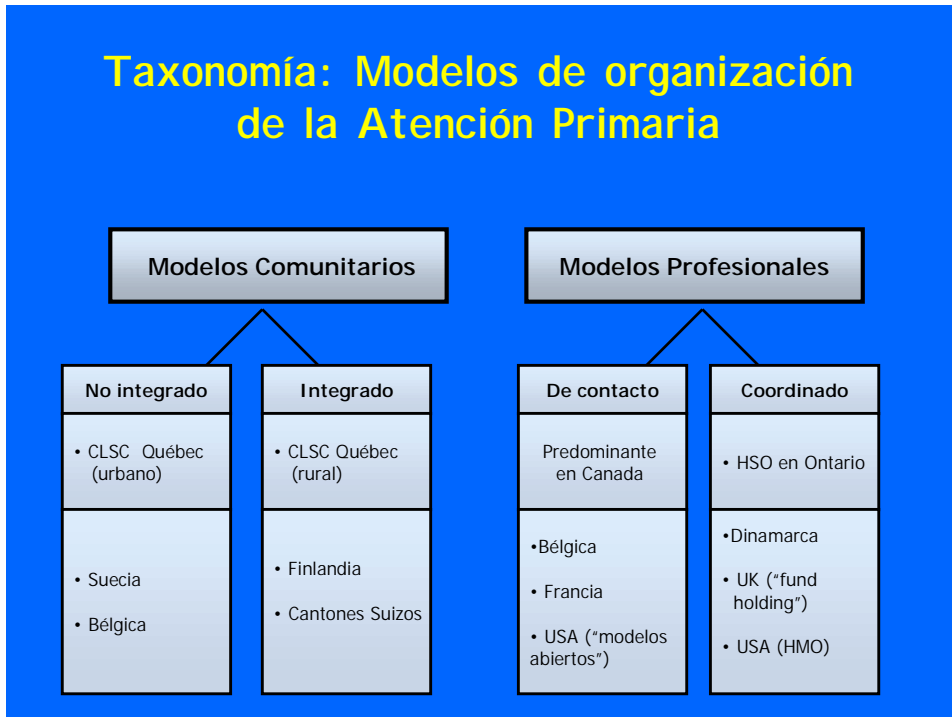
En este importante trabajo de investigación, Atención Primaria es interpretada como un “sistema organizado para la acción”. Es decir, un conjunto de actores en un espacio sociosanitario definido que interactúan movilizandoy utilizando recursos para producir actividades o servicios requeridos para alcanzar sus objetivos. Como “sistema organizado para la acción”, se pueden encontrar en él seis componentes: visión, recursos, estructura organizacional, prácticas, entorno, e impactos. La **visión** se refiere a las creencias, representaciones, valores y propósitos con los que los actores caracterizan sus acciones. Los **recursos** son considerados tanto en la cantidad como en la variedad de los mismos que son movilizados y utilizados para llevar a cabo las actividades. Por **estructura organizacional** se comprende al conjunto de normas regulatorias, acuerdos, etc que ordenan la conducta y las relaciones entre los actores. **Prácticas** son los procesos que son producidas por y durante las actividades y servicios. El **entorno** está configurado como la zona de interacción con otros sistemas, y los **impactos** son los efectos o modificaciones logradas sobre el rumbo natural de los problemas de salud.

A partir de este modo de caracterización de la Atención Primaria (aplicando una matriz por la que se evalúan distintas dimensiones de cada uno de los seis componentes antes mencionados) , los investigadores lograron una clasificación taxonómica de los modelos posibles de organización de la AP, reconociendo la existencia de cuatro tipos diferentes de modelos. Dos modelos caen dentro de lo que puede llamarse **abordaje orientado a la comunidad**, mientras que los otros dos modelos caen dentro de lo que da en llamarse **abordaje profesional**.

La **visión de los servicios de AP orientados a la comunidad** es la de mejorar la salud de una población definida en un determinado espacio socio-geográfico y contribuir al desarrollo comunitario a través de la provisión de un set de servicios médicos, de salud, sociales y comunitarios requeridos. Dentro de esta visión “comunitaria” se distinguen dos tipos de modelos: **modelo integrado comunitario** y el **modelo no-integrado comunitario**. Estos modelos difieren por su grado de integración a las demás partes en las que se compone el sistema de salud.

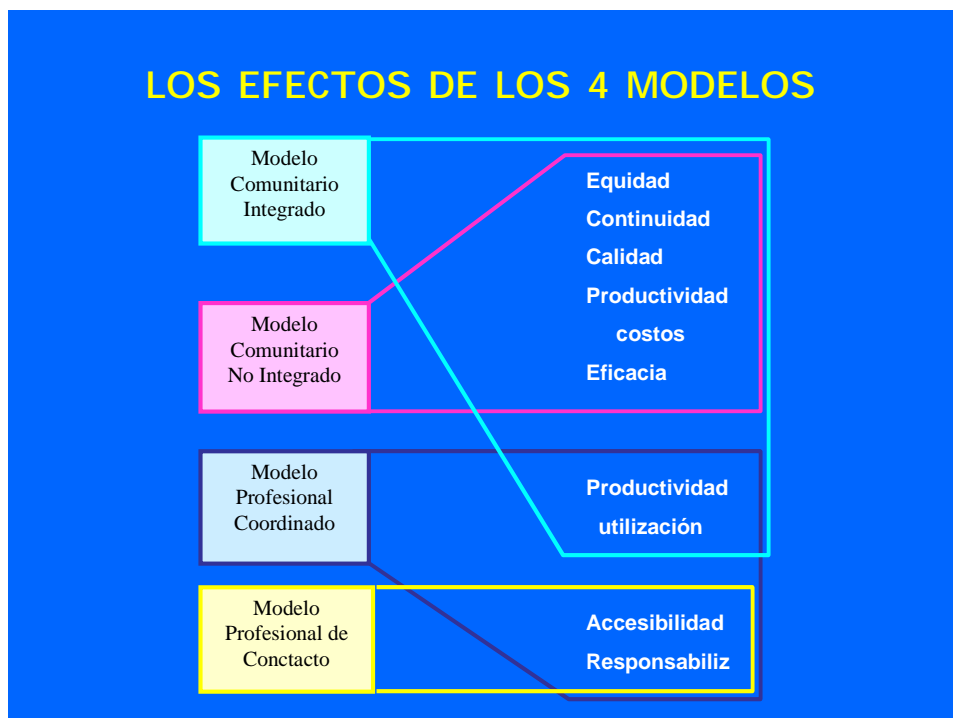
La **visión de los servicios de AP centrados en el abordaje profesional** es la de proveer servicios médicos a los pacientes que demandan estos servicios, o a las personas que se hubieran registrado y empadronado con una unidad prestacional de AP. Este modelo profesional se subdivide en dos tipos: **modelo profesional de contacto** (generalmente médicos en sus propios consultorios, a los que se les paga por acto médico –por prestación-) y el **modelo profesional coordinado**.

Taxonomía: Modelos de organización de la Atención Primaria



El **modelo integrado comunitario** aparece como el más efectivo (en términos de salud y de servicios), provee servicios de alta calidad y muestra una gran oportunidad para el control de costos y de uso. Es un buen modelo para garantizar continuidad y equidad en el acceso. El **modelo profesional coordinado** resulta ser un buen modelo para combinar con el anterior, ya que se destaca por garantizar un buen acceso al primer nivel de atención y por la responsabilización por los pacientes.

LOS EFECTOS DE LOS 4 MODELOS



AUTOR DEL ARTICULO:

Ramiro Huber

Médico Generalista.

Pertenece al Staff de FAMEDIC, Consultores en Servicios de Salud S.A.

Docente en el Instituto Universitario de la Salud Juan Lazarte –Rosario-

Becario del Gobierno Canadiense (Programa de Fortalecimiento Académico)

SubSecretario de Salud en la Provincia de Santa Fe (Bienio 2001-2002)

rhuber@famedic.com

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. A year in the life of Canada's Health Care System. Health Care in Canada. 2003.
2. Canadian Health Services Research Foundation. Romanow Report Brief.
3. Contandriopoulos André-Pierre and others. Understanding the Health Care Systems transformations. Montreal Univeristy – Département Administration de la santé et Unité de Santé Internationale. 2000.
4. Chandrakant Shah. Public Health and Preventive Medicine in Canada. 2003; 5th Ed.
5. Fooks Cathy and Lewis Steven. Romanow and Beyond: A Primer on Health Reform Issues in Canada. Discussion Paper Nro. H/05. Health Network. November 2002.
6. Hodge, Matthew and Battista, Renaldo. A cautionary tale: Rethinking Medicare.
7. Kenny, Nuala. Reframing the discourse: Rethinking Medicare. HealthCare Papers.
8. Lewis Steven, Donaldson Cam, Mitton Craig. The future of health care in Canada. BMJ. 20 October 2001; Volume 323.
9. Lomas, Jonathan. Rethinking for today or rethinking for tomorrow?. Preparing Medicare for the future. HealthCare Papers.
10. Maioni Antonia. Emerging Solutions: Quebec's Clair Commission Report and Health Care Reform. Department of Political Science McGill University. January 26, 2001.
11. Maxwell, Judith. Medicare Reform: Bringing values into health care reform. CMAJ. June 11, 2002; 166 (12).
12. Mc Murtry, Robert. A redefinition of the Issues for rethinking Medicare. HC Papers.
13. OPS/OMS Argentina. Observatorio de RH en Salud. Recursos Humanos en Salud en Argentina. 2001.
14. POL 209 – Canadian Public Policy (2002-03). Winter term: Lecture on Health Care.
15. Programme National de Santé Publique. 2003-2012. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Quebec.
16. Saunders Jim, Adams Owen, Coté Louis. Around the table: What future for regionalization?. Health Policy Forum. Spring 2001.
17. Shapiro, Evelyn. The Romanow Commission report and home care. Canadian Journal on Aging 22 (1): 13-17
18. Sinclair, Duncan. Rethinking Medicare: It's time to do it!. HealthCare Papers. Summer 2000; Vol 1 (3).
19. Woodward A. And Charles Catherine. Canada: The changing faces of Health Care in Canada.

