

Delimitación conceptual de la atención primaria de salud

Conceptual delimitation of the primary health care

María Eugenia Elorza^I Nebel Silvana Moscoso,^I Fernando Pablo Lago^I

^I Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS-CONICET). Universidad Nacional del Sur (UNS). Bahía Blanca. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La relevancia de los bienes y servicios provistos en el marco de la estrategia de atención primaria de salud se sustenta en la evidencia teórica y empírica recopilada en las últimas décadas. Sin embargo, aún persisten ciertas imprecisiones en torno al concepto que dificultan su estudio.

Objetivo: Delimitar el concepto y diferenciarlo de algunos términos relacionados: atención primaria y primer nivel de atención.

Fuente de datos: Se realizó una revisión temática de investigaciones teórico-conceptuales y empíricas correspondientes al período 1970- 2015. Se consultaron los estudios originales y de revisión publicados en español, inglés y portugués en las bases Medline, EconLit y en buscadores genéricos de internet (Google Scholar). Al mismo tiempo, y para evitar el sesgo de publicación, se revisaron las referencias bibliográficas de las investigaciones encontradas en la primera etapa de búsqueda. Los descriptores empleados fueron: *primary health care*, *primary care*, atención primaria y atención primaria de salud.

Síntesis de los datos: Existen variaciones conceptuales del término *atención primaria de salud* que pueden responder a características propias de los sistemas de salud donde fueron formulados. Diversos autores han intentado establecer las diferencias entre los mismos.

Conclusiones: Pese a que los conceptos de *atención primaria de salud*, *atención primaria* y *primer nivel de atención* son frecuentemente confundidos y empleados como sinónimos, el primer concepto se aproxima a una política de salud mientras que el segundo debe ser asociado a un modelo de atención; en tanto que el último corresponde a un nivel asistencial del sistema de salud.

Palabras clave: Atención primaria de salud; servicios de salud; políticas públicas de salud; sistemas de salud; revisión.

ABSTRACT

Introduction: The relevance of the goods and services provided as part of the primary health care strategy is based on the theoretical and empirical evidence gathered in the last decades. However, there are still some inaccuracies around this concept that hinder its study.

Objective: To delimit the concept of primary health care and differentiate it from some other related terms such as primary care and first level care.

Data source: Thematic review on theoretical and conceptual as well as empirical research studies carried out from 1970 to 2015. Original and review studies published in Spanish, English and Portuguese in Medline, EconLit and generic Internet searches such as Google Scholar were analyzed. At the same time, with a view to avoiding publication bias, the references of the research studies found in the first search phase were also reviewed. The subject headings were primary health care, primary care, *atención primaria and atención primaria de salud*.

Data synthesis: There are conceptual variations in the term primary health care that may respond to characteristics inherent to the health systems that formulated them.

Conclusions: Although the concepts of primary health care, primary care and first care level are frequently mixed up and used indistinctly as synonyms, the first concept refers to a health policy; the second one should be associated to a health care model whereas the last one corresponds to the assistance level in the health system.

Keywords: Primary health care; health services; public health policies; health systems; review.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunas décadas, los bienes y servicios provistos a través del primer nivel de atención (PNA) por profesionales de medicina familiar en el marco de la estrategia de atención primaria de salud (APS) se consideran prioritarios en el diseño de las políticas y la gestión de los servicios de salud. Sin embargo, aún persisten discrepancias en torno al concepto de APS, las cuales se reflejan en el uso impreciso del término y en las distintas implementaciones de esta estrategia.

En el 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que "no existe una definición uniforme, universalmente aceptable del término APS. Las ambigüedades estaban presentes en el mismo documento de Alma Atá, donde el concepto fue discutido tanto "como un nivel de atención como un enfoque integral de política de salud y provisión de servicios".¹ Tal imprecisión se ha traducido en el frecuente uso indistinto de las expresiones "atención primaria" (AP) y APS, pese a derivar de premisas y constituir nociones muy distintas.^{2,3}

A nivel de los sistemas de salud, es evidente la ausencia de estándares internacionales en relación con la implementación de la APS encontrando en su lugar diversos modelos adaptados a las circunstancias sociales, económicas y políticas de cada país.⁴ Así, la diversidad de modelos dio lugar a la aparición de nuevas variantes del término APS, como el de atención primaria selectiva de salud. La ambigüedad conceptual de la APS, sumada a la diversidad de implementaciones, genera que, en ocasiones, resulte difícil determinar si un programa o servicio de

salud, en un contexto específico, se enmarca dentro de esta estrategia. Asimismo, dado que la evaluación del desempeño de la APS se ha convertido en una importante área de investigación, superar las ambigüedades conceptuales constituye un aspecto de vital importancia, dado que cualquier investigación científica presupone delimitar claramente su objeto de estudio. En vista de lo expuesto, el objetivo de este trabajo es delimitar conceptualmente la APS, AP y PNA, y destacar las características que los diferencian.

FUENTE DE DATOS

Se realizó una revisión temática de la literatura⁵ mediante una exploración exhaustiva de artículos relacionados con el término APS. Se consideraron investigaciones teórico-conceptuales y empíricas correspondientes al período 1970-2015. En la búsqueda de información se consultaron los estudios originales y de revisión publicados en español, inglés y portugués en las bases Medline (literatura médica), EconLit (literatura económica), y en buscadores genéricos de internet (Google Scholar). Al mismo tiempo, y para evitar el sesgo de publicación, se revisaron las referencias bibliográficas (artículos o libros) de las investigaciones encontradas en la primera etapa de búsqueda. Los descriptores empleados en la búsqueda fueron: *primary health care*, *primary care*, atención primaria y atención primaria de salud. Se realizó una lectura preliminar de los artículos con motivo de seleccionar aquellos que se ajustaban a nuestro interés. De los artículos que tuvieran en el resumen la información pertinente se seleccionaron aquellos donde aparecen los conceptos propuestos por los autores referentes a la temática y aquellos que estudian los conceptos o discuten la diferencia entre los términos APS, AP y PNA. Como criterio de exclusión se consideraron los artículos que no incluyeran la APS como tema central de los mismos y aquellos para los cuales no estuviese disponible el *full text*.

Los resultados de la revisión temática se dividieron en tres secciones. La primera analizó el concepto de APS, desde las primeras referencias al término encontradas en la literatura hasta las referencias posteriores a la declaración de Alma-Atá. Asimismo, se discutió el concepto de APS selectiva y marcaron las diferencias en los principios rectores que la separan de la APS en su versión de Alma-Atá. En segundo lugar, se definió la AP en base a sus características utilizando el marco conceptual propuesto por *Ruales*⁶ para el análisis de la provisión de servicios de salud. En la tercera sección, se plantearon las relaciones y diferencias entre la APS, el PNA y la AP.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

EL CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Entre 1920 y 1978 aparecen las primeras referencias a los términos relacionados con la APS, las cuales son precursoras de las definiciones encontradas en la literatura reciente. Pese a que primero se alude a la expresión AP, al relacionarla con el PNA, varias décadas más tarde, se comienzan a establecer simultáneamente, los conceptos de AP y APS tal *como los conocemos actualmente*.

El término APS fue usado por primera vez a fines de los años sesenta en la revista *Contact* de la Comisión Médica Cristiana del Consejo Mundial de las Iglesias, la cual divulgaba experiencias de misioneros cristianos que participaban en proyectos de salud en los países en desarrollo.⁷ Sin embargo, *Rovere*⁸ indica que mucho tiempo antes algunas iniciativas sanitarias tales como las enfermeras visitadoras o de salud pública, las campañas de vacunación obligatoria y los programas integrales con personal comunitario, podrían considerarse antecedentes de la APS. En 1977, *Castellanos Robayo*⁹ define la APS como un *enfoque de atención integral de la salud* que combina una forma particular de identificar los problemas básicos de la población (al reconocer que estos no son estrictamente médicos) con una estrategia para abordar los problemas de salud que involucra la activa participación de la comunidad y la coordinación con otros sectores de política pública, mientras que *Vargas Tentori*¹⁰ presenta la APS como un instrumento para conseguir la extensión de la *cobertura de los servicios de salud*, entendiéndola como la intervención adecuada para proveer servicios de salud a la población no atendida en las áreas rurales y subatendida de las áreas urbanas de bajo nivel de ingresos.

El concepto de APS queda establecido en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Atá (Kazajistán, ex-Unión Soviética), organizada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Con el propósito de difundir internacionalmente modelos de atención en los cuales la población constituía un agente fundamental en la producción de salud, se presentaron experiencias (seleccionadas por su significancia en términos de tamaño y complejidad) implementadas en China, Tanzania, Bangladesh, India, Venezuela, Cuba, Yugoslavia, Níger y Nigeria. El evento concluyó con la confección de la *Declaración de Alma-Atá*, en la cual se ratificó la definición de salud propuesta por la OMS, que la concibe como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y se consensuó que la APS, entendida como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias, a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo factible para la sociedad, era primordial para mejorar el nivel de salud poblacional.¹¹

Se recomendó que, para el correcto abordaje de los problemas de salud de la población, la APS debía contener ciertos *componentes* e incluir, como mínimo, ocho *elementos* o actividades. Entre los componentes se destacan los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación mientras que como elementos se enfatizaron la educación en salud, promoción de nutrición adecuada, provisión de agua y saneamiento básico, atención materno-infantil (incluyendo planificación familiar), inmunizaciones, tratamiento apropiado de enfermedades frecuentes, prevención o control de enfermedades endémicas locales y la provisión de medicamentos esenciales.

En la *Declaración de Alma-Atá* también se proponen algunos *principios* básicos que debe respetar la APS como la *participación comunitaria*, definida como la activa participación de sus miembros en la planificación, financiamiento, organización, funcionamiento y control de los servicios de salud¹² o la *intersectorialidad*, entendida como la intervención coordinada de instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, de más de un sector social, que comparten sus recursos en acciones destinadas a tratar los problemas vinculados con la salud.¹³

Estos principios junto con la *descentralización*, referida a la capacidad de tomar decisiones de acuerdo a la disponibilidad de recursos en cada uno de los niveles de gestión y en función de las necesidades sociales del área y la *tecnología apropiada* (concebida como aquella que está disponible, es asimilable, sostenible y se utiliza racionalmente por la comunidad) son señalados por *Borroto Cruzy* otros¹⁴ como los ejes fundamentales de la APS. En particular el concepto de intersectorialidad es

destacado por autores que sostienen que para proveer salud no alcanza con sistemas de salud eficientes. En este sentido, *SansóSoberats* y otros¹⁵ consideran que la APS es una convocatoria a la práctica de intersectorialidad con el objetivo de garantizar el *derecho universal a la salud*, a partir de asegurar la atención sanitaria esencial a las poblaciones y con ello, el mejoramiento de los perfiles de bienestar, entendidos como la *accesibilidad* de toda la población a servicios de salud, vivienda y educación, entre otros.

En la misma dirección, ciertos autores consideran la APS como una política pública donde los recursos no necesariamente provienen del sistema de salud y los beneficios no se limitan al estatus de salud de los individuos y poblaciones, u otros como *Shi*¹⁶ sostiene que la APS se caracteriza por incluir políticas sociales más amplias, como el *acceso universal a los servicios de salud*.

*Kruk*¹⁷ asocia la APS a la movilización de las distintas fuerzas de la sociedad en torno a la transformación del sistema de salud de acuerdo a los valores de equidad, solidaridad y participación. *Gómez*¹⁸ considera que la APS es un componente clave de la política sanitaria internacional, pues constituye la expresión de una política pública mundial adoptada por los gobiernos preocupados por abordar el problema de la equidad en salud. *Labonté*¹⁹ la define como una política de salud orientada a reducir inequidades, donde la equidad en salud implica que, idealmente, todos los individuos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello puede evitarse. Por lo tanto, implica la inexistencia de diferencias en salud que resultan de factores que se consideran evitables e injustos al mismo tiempo.²⁰

*Frenk*²¹ sugiere que la *Declaración de Alma-Atá* hace énfasis en un concepto amplio de atención de salud, en el cual el término "primario" hace referencia a la causa primaria de los problemas subrayando la importancia de los *determinantes sociales de la salud*, entendidos como el conjunto de condiciones políticas, sociales y económicas en las cuales las personas viven y trabajan, y que influyen en las posibilidades de alcanzar su potencial de salud y determinan la aparición de diferencias injustas y evitables en el estado de salud.²² En el mismo sentido, *Arango de Bedoya*²³ destaca que se trata de una estrategia para atender las causas que dan origen a las enfermedades de toda la comunidad en el presente sin desconocer el pasado e implementando acciones de promoción y prevención para transformar el futuro, mientras que *Villarreal*²⁴ considera que la APS no se centra solo en la prestación de servicios de salud sino que abarca todas las funciones del sistema de salud y otros sectores sociales con un enfoque de determinantes sociales de la salud, y destaca que el concepto implica una redefinición de las *relaciones entre proveedores y pacientes* a partir de la participación comunitaria.

Pese a que en la definición consensuada en la *Declaración de Alma-Ata* aparecen los elementos, componentes y principios esenciales de la APS, su escasa precisión determinó la implementación de distintas versiones en función de las necesidades y capacidades de cada comunidad. En este contexto, y a partir de las críticas de diversos organismos internacionales, en 1979 surge un enfoque limitado que da lugar al concepto de atención primaria selectiva de salud (APSS). Este se fundamenta en la provisión de un conjunto restringido de servicios de salud de alto impacto sobre los indicadores de resultados de salud en relación con el costo, o de programas focalizados en la población de alto riesgo sanitario los cuales pueden tener estructuras verticales, y en general, bajo nivel de resolución de los problemas de salud.²⁵ Para *Sepúlveda Álvarez*⁽²⁶⁾ se trata de paquetes técnicos diseñados por la corriente que priorizó la implementación de los componentes programáticos tradicionales, tales como salud materno-infantil e inmunizaciones.

La APSS fue presentada como una propuesta transitoria²⁷ que se difundió principalmente en países de América Latina y África a partir de la década de los años ochenta, favorecida por un contexto económico adverso a nivel internacional, con el objetivo de controlar solo algunas enfermedades. El programa de mayor popularidad dentro de esta perspectiva es el conocido como GOBI, lanzado en 1982 por UNICEF con el apoyo de otras organizaciones internacionales y dirigido principalmente a niños menores de cinco años. El mismo recortaba el alcance de la APS a cuatro intervenciones con alto impacto sobre la salud de la población materno-infantil: control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. Prácticamente todos los países subdesarrollados habían lanzado alguna campaña promocionando algunas o todas las intervenciones del GOBI o más tarde GOBI-FFF, cuando se incorporaron los suplementos alimentarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.²⁸

La APSS no conserva los principios básicos propuestos en la *Declaración de Alma-Ata*, como la *participación comunitaria* o la *intersectorialidad* y tampoco considera la necesidad de contar con *agentes comunitarios de salud* (entendidos como miembros voluntarios de la comunidad capacitados para brindar servicios de salud, orientar a las personas de su comunidad, y ejecutar programas preventivos y promocionales) o con *redes asistenciales integradas* definidas como sistemas organizados de servicios de salud constituidos por prestadores de servicios ubicados en un espacio geográfico definido, interrelacionados con distintos niveles de complejidad y capacidad resolutoria).

La aparición de variaciones restringidas de la APS que se desvían de su espíritu original justifica la posición de autores como *Tejada de Rivero*²⁹ que elige clarificar el concepto de APS mediante una definición por la negativa, según la cual afirma que no es un nivel de atención poco importante dentro del sistema de atención de salud (en particular, el menos efectivo) o independiente. Tampoco es una forma rudimentaria de atención, sustentada en tecnologías obsoletas y centradas en la prestación de servicios de curación, dirigida al cuidado básico de personas sin recursos económicos. No se reduce a un programa específico o a la prestación de servicios a través de paquetes básicos ni está restringida a la atención brindada por médicos, enfermeras o personas no profesionales provenientes de la comunidad.

EL CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El Reporte Dawson, publicado en Inglaterra en el 1920, es frecuentemente citado como el primero en conceptualizar la AP al introducir la noción de tres niveles de atención de la salud, y mencionar los centros de salud primarios como proveedores del PNA.³⁰ En estas instituciones se desempeñan equipos de trabajo integrados por al menos un médico de familia (el cual cuenta con el conocimiento y destreza necesarios para diagnosticar y resolver con tratamientos sencillos la mayoría de los problemas de salud que los individuos enfrentan a lo largo del ciclo vital), mediante acciones realizadas en el consultorio o en el hogar del paciente, considerando los aspectos psíquicos, psicológicos y sociales, y estableciendo planes educativos, preventivos o terapéuticos.³¹

Durante las décadas de los años sesenta y setenta del siglo xx el concepto de AP se estableció a partir del trabajo de varios autores provenientes de la comunidad internacional de salud pública, tales como *Kerr White*, *Jack Bryant*, *Kenneth Newell* y *Carl Taylor*³²⁻³⁵ como así también de autores críticos de la medicina tradicional, como el epidemiólogo *Thomas McKeown* y el sociólogo *Ivan Illich*.^{36,37} En el mismo período, distintos documentos hicieron referencia al término AP. En Estados Unidos dos reportes de la Asociación Médica^{38,39} recomendaban que los pacientes tengan

de referencia un médico de familia, enfatizando la necesidad de una reforma de la medicina general para contrarrestar el avance de la especialización médica. En Canadá, el Reporte Lalonde⁴⁰ resaltó la potencialidad de la AP en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud.

En su mayoría, las definiciones más recientes de AP se fundamentan en las características de provisión de ciertos servicios de salud, referidas en particular al objeto receptor de la atención; el lugar de provisión; las prestaciones brindadas; el tipo de proveedores intervinientes y las características de la relación entre proveedor y usuario.

Al referirse al *objeto* receptor de la atención, los autores acuerdan en que la AP no se centra en una enfermedad u órgano en particular.⁴¹ *Starfield*⁴² la define como la atención de la mayor parte de las necesidades de cuidados individuales ofrecida sin discriminar por género o edad en el contexto de la familia y la comunidad.

En relación con el *lugar* donde regularmente se ofrecen los servicios, varios autores enfatizan que las prestaciones son provistas en el PNA donde el paciente se encuentra por primera vez con los proveedores de cuidados médico-sanitarios dentro del sistema de salud.⁴³ En términos generales, el nivel de atención también conocido como nivel asistencial, se refiere a una forma estratificada de organizar los recursos del sistema de salud para satisfacer las necesidades de la población.⁴⁴ Clásicamente se distinguen tres niveles: primero, segundo y tercero, que agrupan a las instituciones prestadoras de salud de acuerdo a su infraestructura y la complejidad de los servicios que ofrecen. El PNA es el más cercano a la población y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, donde se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas de salud prevalentes.⁴⁵

Otros autores⁴⁶ la describen como atención ambulatoria, por ser las prestaciones de salud ofrecidas en algún lugar (no especificado) distinto a la institución hospitalaria donde el paciente recibe los cuidados de salud sin pernoctar en una cama hospitalaria y que puede ser en el consultorio de un médico, clínica o unidad de consulta externa del hospital. Para *Berman*⁴⁷ es posible diferenciar la AP de la atención ambulatoria: si bien la última hace referencia a profesionales que proveen servicios de atención de la salud personales (curativos o preventivos) en forma ambulatoria, no necesariamente ofrecen de servicios de AP, y pueden incluir solo prestaciones especializadas.

*Gérvas*⁴⁸ define dos componentes de los sistemas sanitarios, uno que provee servicios individuales clínicos, y otro que provee servicios de salud pública. Según el autor, la AP es uno de los niveles (el otro es la atención hospitalaria) del primer componente, y la define como la atención médica clínica que ofrece servicios preventivos y colabora con el segundo componente del sistema sanitario, pero sin sustituirlo. Estas imprecisiones respecto al lugar de provisión de los servicios se pueden atribuir a que la AP consiste en un modelo de atención realizada en la comunidad, donde a diferencia de la atención hospitalaria, los límites del ámbito de producción se encuentran poco definidos.⁴⁹

Cuando la descripción de la AP se basa en las características de las *prestaciones* se destacan el tipo de servicio y el nivel de complejidad. En relación con el tipo de servicio, ha sido definida como los servicios que incluyen prevención, promoción, diagnóstico y educación para la salud.⁵⁰ Con respecto al nivel de complejidad ha sido entendida como los cuidados de tipo general, esenciales o básicos, independientemente del tipo de servicios provistos.⁵¹ Según *Culyer* los servicios de AP suelen incluir la promoción de la salud, prevención de enfermedades, vacunación, planificación familiar, mantenimiento de la salud, consejería, educación del paciente y, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas que se considera que no requieren derivación a un especialista o un hospital.⁵²

Cuando la AP se define en función de las características de los *proveedores*, se encuentran conceptos basados en el *tipo de proveedor* y la *función que desempeñan* en el sistema de salud. Con respecto al *tipo de proveedor* se describe como los cuidados provistos por un médico de familia, que no selecciona sus pacientes por enfermedades ni por la aplicación de técnicas específicas o por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo.⁵³ Se reconoce la trascendencia de la *medicina familiar* (MF) por ser señalada como principal efectora de la AP. Esta disciplina se destaca por poseer un cuerpo de conocimientos propios, donde la unidad funcional está conformada por la familia y el individuo, que tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.¹⁴

Dependiendo de la organización de la provisión, el proveedor puede ser un único profesional médico o un equipo de atención primaria conformado por profesionales de distintas especialidades, médicas y no médicas pero con conocimientos y habilidades específicas requeridas para la AP. En algunos casos, puede incluir trabajadores de salud, integrantes de la comunidad donde ofrece servicios el centro de salud (que funcionan como nexo entre proveedores y usuarios) conocidos como trabajador comunitario de salud, promotor sanitario, promotor de salud, agente de salud (agente comunitario), entre otros. Adicionalmente, puede recibir el soporte de otro tipo de recursos humanos no profesionales como administrativos y demás servicios de apoyo.

En relación con la *función* que desempeñan los proveedores, algunos autores la describen como los servicios suministrados por un proveedor que cumple el rol de fuente regular de atención dentro del sistema de salud debido a que es el profesional (o institución) frecuentemente elegido (punto de referencia) para realizar la consulta médica inicial frente a la aparición de un problema de salud.⁵⁴ Otros, la describen como los servicios provistos por un profesional que funciona como filtro a la atención especializada (u hospitalaria) debido a que tiene bajo su control el acceso del paciente a los demás tipos de atención.⁵⁵ Recientemente, se ha destacado al proveedor de AP en el rol de coordinador de los distintos tipos de atención de salud que debe recibir el paciente,⁵⁶ mientras otros autores lo consideran responsable de las decisiones de compra de los servicios de atención secundaria para sus pacientes.⁵⁷ *Iversen y Luras*⁵⁸ destacan los roles de provisión de servicios de salud en el PNA y filtro médico a la atención especializada.

Cuando la AP se la describe a partir de las características de la *relación entre proveedor y paciente*, en general se hace referencia a cuatro atributos específicos postulados inicialmente por *Starfield*:⁵⁹ puerta de entrada, longitudinalidad, coordinación e integralidad.

La *puerta de entrada* se refiere a que los servicios de AP tienen que ser el primer contacto del paciente con el sistema de salud frente a cada nueva necesidad.⁶⁰ Para ello, debe cumplir dos requisitos; ser accesible (estar disponible sin barreras financieras, geográficas, organizacionales y culturales, posibilitando que sea utilizado cuando se necesite) y que los proveedores de la AP suministren el acceso a la atención especializada de forma estructurada, convirtiéndolos en el punto de inicio obligatorio de la atención. Sin embargo, es posible que ante determinadas situaciones, la AP no sea la forma en que el paciente ingresa al sistema de salud, debido a que lo podrá hacer, por ejemplo, desde los servicios de emergencia.⁶¹

La *longitudinalidad* (o continuidad) supone una responsabilidad continua, de largo plazo, del proveedor sobre la salud del paciente con independencia del estado de salud del mismo. Para establecer esta relación los proveedores deben ser capaces de identificar su población objetivo mediante la delimitación territorial de los

usuarios bajo responsabilidad, o por inscripción voluntaria de los pacientes. Este atributo se relaciona con el anterior, pues para que se establezca un vínculo continuo entre ambos a lo largo de la vida, es necesario que efectivamente exista una puerta de entrada al sistema de salud, de forma que el proveedor de AP se convierta en la fuente regular de atención usada a lo largo del tiempo.

La *coordinación* implica la capacidad de garantizar la continuidad de la atención cuando los servicios de salud están organizados a través de redes integradas. Para lograrlo es necesario disponer de información acerca de los problemas de salud del paciente en el pasado, lo cual requiere un registro médico de seguimiento que regrese al proveedor de AP luego de la atención especializada, para lograr el diagnóstico o la decisión del tratamiento. Para coordinar el cuidado, debe haber transferencia de información sobre el estado de salud de los pacientes, así como de la atención médica recibida a fin de garantizar la continuidad del contacto.

Por *integralidad* (o globalidad) se entiende que el cuidado provisto debe reconocer una amplia gama de necesidades de salud (orgánica, psicológica y social), dentro de los límites de actuación de los integrantes del equipo de AP. Por tal motivo, requiere la disponibilidad de servicios preventivos y curativos que aborden ampliamente los problemas de salud de todos los grupos de edad. Si no los ofreciera directamente el proveedor de AP debe derivar al paciente donde corresponda, ya sean servicios especializados, internación u otros servicios de apoyo, como el servicio social.

Este grupo de atributos han sido destacados por varios autores, quienes sostienen que pese a que las definiciones de AP varían ampliamente entre países, los aspectos que resultan comunes a todas ellas son la continuidad y longitudinalidad del cuidado, el fácil acceso a los servicios y la provisión de servicios que cubren un amplio espectro de necesidades de cuidados de salud en un ámbito comunitario.⁶²⁻⁶⁴

RELACIONES Y DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE AP, APS Y EL PNA

La distinción entre estos tres conceptos está discutida en la literatura. En particular, se destacan los esfuerzos por distinguir la APS del PNA. *Etchebarné*⁶⁵ explica que es posible diferenciarlos al sugerir que la confusión entre ambos conceptos aparece debido a que la mayoría de las actividades de la APS se realizan en el PNA. *Vignolo*⁶⁶ define la APS como una estrategia que se puede aplicar en todos los niveles de atención y no únicamente en el PNA, que se establece con el objetivo de reemplazar los modelos de atención centrados en la enfermedad (que privilegian servicios de tipo curativos provistos en establecimientos de segundo y tercer nivel) por modelos de atención basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El concepto establecido por *Haggerty*⁶⁷ y *Yavich*⁶⁸ se dirige en el mismo sentido: si bien consideran que la APS es una estrategia del PNA, destacan su capacidad para articular todos los niveles de atención del sistema de servicios de salud a través de un modelo de medicina familiar orientado a resolver y prevenir problemas de salud. *Martínez Calvo*⁶⁹ considera que la diferencia entre ambos conceptos radica en el compromiso de la comunidad que caracteriza a la APS. En lo referido a la diferencia entre AP y APS, *Valdivia*⁷⁰ sugiere que esta última debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales, y en particular tener en cuenta que los problemas de salud en la población no se distribuyen de forma homogénea y que tienen factores asociados que la caracterizan. Estos tres aspectos deben ser incorporados al planificar la provisión de los servicios de salud en el marco de esta estrategia. *Starfield*⁷¹ considera que el concepto de APS hace referencia a aspectos generales de la política de salud y los

sistemas de salud, tales como la cobertura financiera universal, la distribución equitativa de los recursos y bajos o nulos copagos, que crean las condiciones bajo las cuales pueden existir los atributos de primer contacto, atención centrada en la persona a lo largo del tiempo, integralidad de los servicios disponibles y coordinación a partir de la transferencia de información característicos del modelo de atención de la salud denominado AP.

Asimismo, *Awofeso*⁷² señala que en algunos lugares la AP indica servicios médicos provistos por un médico de familia mientras que la APS incluye también algunas funciones de salud pública. *SansóSoberatsy* otros,¹⁵ resalta que el médico de familia no es el clásico médico de cabecera, sino que además tiene características que dan respuesta a las misiones y tareas de la APS, en tal sentido, sostiene que la APS incluye a la AP. *Zurroy* otros⁷³ entienden que la APS es el área de actuación fundamental de la MF al tiempo que esta disciplina es una herramienta clave para el desarrollo de la APS que cumple un rol fundamental dentro del equipo de salud y colabora en la coordinación entre los distintos componentes y niveles del sistema de salud.

Se presenta un esquema que, en base a la literatura revisada, resume la relación que existe entre los distintos términos frecuentemente asociados a la APS (Fig.).

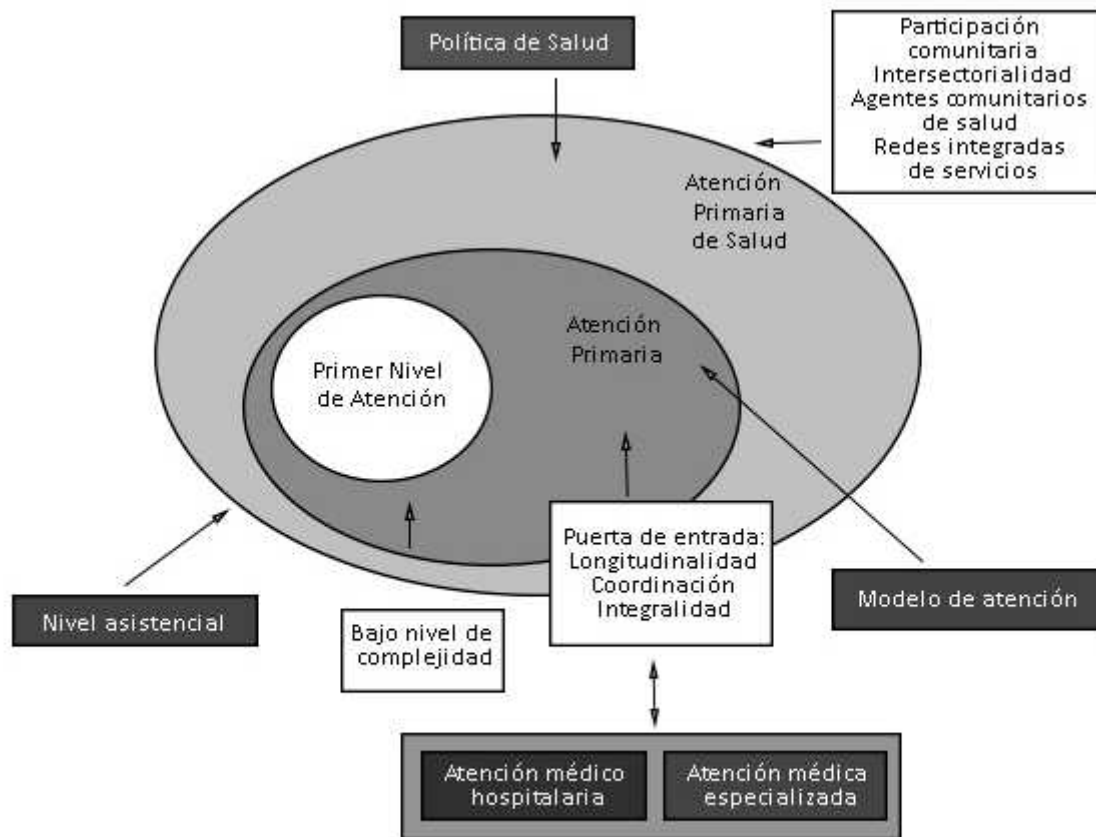


Fig. Relación que existe entre los distintos términos frecuentemente asociados a la APS.

Pese a que se muestran algunos elementos que diferencian a los tres conceptos, es necesario tener en cuenta que están interrelacionados y conectados al coincidir, por ejemplo, en el tipo de servicios o el lugar de la provisión. En particular, en cada comunidad y/ sistema de salud puede existir distinto grado de coincidencia entre los mismos. Esto se encuentra en línea con lo señalado por autores como *Zurroy*

otros⁽⁷³⁾ que destacan que no es aconsejable establecer "recetas" respecto de lo que universalmente deben ser la APS, debido a que los sistemas de salud varían entre países. Sin embargo, para ellos es deseable que se conserven algunos elementos conceptuales sin impedir que se adapte a las necesidades de cada comunidad (influenciadas por la cultura, la ideología, riqueza, política, entre otros); por tal motivo sostienen que la APS se debe caracterizar por tener un alto grado de flexibilidad.

COMENTARIOS FINALES

Los bienes y servicios provistos en el marco de la estrategia de APS, que constituyen un insumo en la producción de salud, individual y poblacional, presentan algunas características que los diferencian de los otros servicios provistos en el sector, tales como la atención especializada u hospitalaria.

El concepto de APS se encuentra influenciado por los antecedentes históricos, sociales, epidemiológicos, políticos, culturales, y económicos del sistema de salud de cada país, lo cual ha generado algunas distorsiones de la concepción original establecida en la Conferencia de Alma-Ata. En el desarrollo histórico de los servicios de salud, se observa que el alcance y contenido de esta estrategia ha experimentado cambios en función del grado de disponibilidad de recursos del país donde se implementa.

El tratamiento que hacen los autores de los conceptos estudiados sugiere que pese a que los conceptos de APS, AP y PNA son frecuentemente confundidos y empleados como sinónimos, el primer concepto debe ser entendido como una *política de salud* mientras que el segundo debe ser asociado a un *modelo de atención*; en tanto que el último corresponde a un *nivel asistencial* del sistema de salud.

De la revisión de la literatura se destacan los esfuerzos por establecer una distinción entre atención primaria y atención primaria de salud, identificando el término APS con una estrategia tendiente a mejorar la atención de los problemas de salud de toda la población mientras que el término AP se asocia a los servicios de atención médica provistos en el PNA del sistema de salud. A su vez, la APS se diferencia por tratarse de una estrategia de salud que involucra la colaboración intersectorial y la participación de la comunidad y, cuyos beneficios no se limitan al estatus de salud de las poblaciones, sino que se extienden, por ejemplo, al empoderamiento de las mismas. Es posible distinguir la AP del PNA por tratarse de un modelo de atención de salud que no solo tiene el atributo de ser la puerta de entrada al sistema de salud (en general, a través del PNA), sino que además incluye los atributos de continuidad, integralidad y coordinación.

Es importante resaltar que independientemente de cómo sea definida la APS es indiscutiblemente distinta a la atención secundaria, que se refiere tanto a la atención médico-hospitalaria como a la atención médica especializada. Existe la posibilidad de que la APS sea confundida con el concepto de atención médica ambulatoria cuando los bienes y servicios que debe incluir la APS no se encuentran claramente definidos. Sin embargo, se trata de conceptos esencialmente diferentes debido a que la APS incluye una parte de la atención médica ambulatoria (los servicios no especializados) pero no se limita simplemente a prestaciones médicas.

En particular, la mayor parte de los conceptos diseñados en los últimos veinte años orientados a precisar qué se entiende por AP plantean sus definiciones desde la perspectiva del modelo de atención. Múltiples características asociadas a la

prestación de los servicios de salud se emplean para conceptualizar la AP. Sin embargo, algunas de ellas pueden observarse en otros tipos de atención: por ejemplo, no resulta apropiado definirla como el proveedor elegido por el paciente como fuente regular de atención, pues podría ser otro tipo de profesional el proveedor de AP. Algunos profesionales de la salud (médicos especialistas) pueden ofrecer el mismo tipo de servicios (prevención, promoción, educación y otros) concentrados en un órgano o enfermedad particular en lugar de estar centrados en el paciente en general.

El ordenamiento de los conceptos que se presenta en este trabajo pretende ser de utilidad para aquellos investigadores que requieren establecer una definición y contextualización del objeto de estudio como paso previo a cualquier tipo de investigación o análisis vinculado a la APS. Esto sugiere la relevancia de precisar el concepto de APS para cada comunidad específica, identificando aquellos elementos, componentes o principios deseables para esta política de salud o las características destacados del modelo de atención. Esto será fundamental al momento de guiar, por ejemplo, la selección o adaptación de los instrumentos disponibles para evaluar el desempeño de la misma.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Health systems: Principled integrated care. World Health Report 2003. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
2. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC): what is the difference? Can J Public Health. 2006;97(5):409-11.
3. Bortolotti FM. Unraveling primary health care conceptual predicaments through the lenses of complexity and political economy: a position paper for progressive transformation. J Eval Clin Pract. 2009;15(5):861-7.
4. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACCD. Primary health care assessment tools: a literature review and metanalysis. Ciência Saúde Coletiva. 2014;19(12):4851-60.
5. Cué Brugueras M, Díaz Alonso G, Díaz Martínez AG yValdez Abreu M de la C El artículo de revisión. Rev Cubana Salud Pública. 2008;34(4). Acceso: 2017/04/27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400011&lng=es
6. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. Rev Facultad Nacional Salud Pública. 2004;22(99):33-9.
7. Cueto M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. Am J Public Health.2004;94(11):1864-74.

8. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. SaúdeDeb. 2012; 36(94): 327-342.
9. Castellanos Robayo J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol Sanit Panam. 1977;82(6): 478-92.
9. Castellanos Robayo J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol Sanit Panam. 1977;82(6): 478-492.
10. Vargas Tentori F . Extension of Coverage, Primary Health Care and Community Participation: definitions and operational concepts. Bol Oficina Sanit Panam. 1977;82(5): 386-96.
11. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chronicle. 1978; 32(11): 428-30.
12. Agudelo CA. Participación comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración. Bol Sanit Panam. 1983;95(3): 205-16.
13. Castel-FloritSerrate P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(2). Acceso: 2017/02/17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es
14. Borroto Cruz R, Lemus Lago ER, Aneiros Riba R. Atención Primaria de Salud. Medicina Familiar y Educación Médica. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 1999.
15. Sansó Soberats F, Márquez M, Alonso Galbán P. Medicina General- Medicina Familiar. Experiencia Internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2011.
16. Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. Scientifica. 2012; 43(2); 892. Access: 2013/08/22. Available at: <http://doi.org/10.6064/2012/432892>.
17. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. Soc Science Med. 2010; 70: 904-11.
18. Gómez RD. Atención primaria de salud y políticas públicas. Rev Fac Nac Salud Pública. 2011; 28(3): 283-93.
19. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Rev Gerenc Polit Salud. 2009; 8(16): 14-29.
20. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Internat J Health Services. 1992; 22(3): 429-45.
21. Frenk J. Reinventing primary healthcare: the need for systems integration. Lancet. 2009; 347: 170-3.

22. The World Health Report 2008. Primary Health Care-Now More than Ever. Geneva: WHO; 2008.
23. Arango de Bedoya Y. Reflexiones sobre la atención primaria: proposición de un marco conceptual. *Edu Méd Salud*. 1979; 13(4): 341-50.
24. Villarreal Amaris GE. Atención Primaria. Marco Regulador de los Sistemas de Salud. *REVISALUD Unisucre*. 2013; 1(1): 63-6.
25. Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, Stolkiner A, Sterman-Heimann L, Riveros MI, et al. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(Supl. 1): 77-88.
26. Sepúlveda Álvarez C. Alma Ata-2008, recuerdo y proyección, 30 años después. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2008; 48(4): 251-61.
27. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979; 301(18): 967-74.
28. Wisner B. GOBI versus PHC? Some Dangers of Selective Primary Health care. *Soc Science Med*. 1988; 26 (9): 963-9.
29. Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013; 30(2): 283-7.
30. Consultative Council on Medical and Allied Services. Interim Report. Cmd 693. London: Ministry of Health, HSMO; 1920.
31. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Atención Prim*. 1995; 16(8): 63-8.
32. White K. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961; 265: 885-92.
33. Bryant J. Health and the developing world. Ithaca. New York: Cornell University Press; 1969.
34. Newell KW. Health by the People. Geneva: WHO; 1975.
35. Taylor CE, editor. Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges. New York: Asia Publishing House; 1976.
36. McKeown T. The Modern Rise of Population. New York: Academic Press; 1976.
37. Illich I. Medical Nemesis: the Expropriation of Health. London: Calder & Boyars; 1975.
38. The Graduate Education of Physicians. Chicago: American Medical Association, Citizens Commission on Graduate Medical Education; 1966.
39. Meeting the Challenge of Family Practice. Chicago: American Medical Association; Willard Committee; 1966.

40. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
41. Hogg W, Rowa M, Russell Robert G, Geneau Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Internat J Quality Health Care*. 2008; 20(5): 308-13.
42. Starfield B. Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. New York: Oxford University Press; 1992.
43. Muench J, Hoffman K, Ponce J, Calderón M, Meenan RT, Fiestas F. La atención primaria en los Estados Unidos y la experiencia peruana en perspectiva. *Rev Peruana Med Exp Salud Pública*. 2013; 30(2): 299-302.
44. Salabarría García J. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006; 32 (1). Acceso: 2017/12/10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100014&lng=es
45. León I, Herrera M. Atención Médica. Niveles de Atención. En: Benia W, editor. *Temas de Salud Pública*. Montevideo: Fefmur; 2008. p. 39-49.
46. Giovanella L, Magalhães de Mendonça MH. Atención Primaria de Salud. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
47. Berman P. Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bull WHO*. 2000; 78(6): 791-802.
48. Gervas J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1): S24-6.
49. Amado CA, Dyson RG. On comparing the performance of primary care providers. *Eur J Operational Res*. 2008; 185: 915-32.
50. Günes ED. Modelling time allocation for prevention in primary care. *Central Eur J Operations Res*. 2009; 14: 359-80.
51. Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Prac*. 2011; 12: 115.
52. Culyer AJ. *The Dictionary of Health Economics*. 2nd ed. United Kingdom: Anthony J, Edward Elgar Publishing Limited; 2005
53. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106: 97-102.
54. Chan M. Return to Alma Atá. *Lancet*. 2008; 372: 865-6.
55. Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinav J Prim Health Care*. 2010: 1-11. doi: 10.3109/02813432.2010.537015.

56. Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD. Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:24-30.
57. Wyke S, Mays N, Street A, Bevan G, McLeod H, Goodwin N. Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain. *Health Pol*. 2003; 65(3):243-59.
58. Iversen T, Luras H. Capitation and incentives in primary care. In: Jones AM, editor. *The Elgar Companion to Health Economics*. United Kingdom: Edward Elgar Publishing Limited; 2006.
59. Starfield B. *Primary Care. Balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
60. Van der Stuyft P, De vos P. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2008;34(4). Acceso: 2014/10/14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014&lng=es
61. Campos G Wagner de Sousa. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(4): 477-83.
62. Scott A. Economics of general practice. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 1175-200.
63. Kernick D, Scott A. Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *British J Gen Pract*. 2002;52(474):42-6.
64. Scott A, Jan S. Primary care. In: Glied S, Smith P, editors. *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 463-85.
65. Etchebarne L. Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En: Etchebarne L, editor. *Temas de medicina Preventiva y Social*. Montevideo: Fefmur; 2001. p. 75-82.
66. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Inter*. 2011;33(1):11-4.
67. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP; Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(5):377-84.
68. Yavich N, Báscolo E, Haggerty J. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública Mex*. 2010;52:39-45.
69. Martínez Calvo S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003;19(1). Acceso: 2015/01/15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100011&lng=es

70. Valdivia Onega NC Epidemiología y atención primaria de salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2003; 41(2-3). Acceso: 2015/01/28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032003000200010&lng=es

71. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report. Gac Sanit. 2012; 26 (S): 20-6.

72. Awofeso N. What is the difference between "primary care" and "primary healthcare"? Qual Prim Care. 2004; 12: 93-4.

73. Zurro M, Pérez, C. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. España: Elsevier S. A.; 2003.

Recibido: 2017/03/23.

Aceptado: 2017/04/14.

María Eugenia Elorza. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS-CONICET). Universidad Nacional del Sur (UNS). Bahía Blanca. Buenos Aires, Argentina.

Correo electrónico: meugilorz@hotmail.com