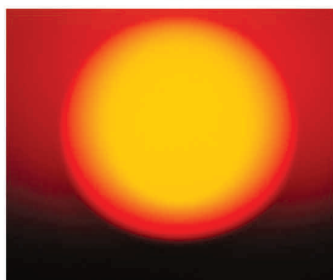


RESUMEN EJECUTIVO



“Rol de la Atención Primaria de Salud en el abordaje integrado para el manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles”

Opciones de Políticas de Salud en el Contexto del Sistema de Salud del Paraguay



Presidencia
de la República
del Paraguay



*Asunción - Paraguay
Noviembre, 2011*



Resumen Ejecutivo de Evidencias

*“Rol de la Atención Primaria de Salud
en el abordaje integrado para el manejo de las
Enfermedades Crónicas no Transmisibles”*

*Asunción - Paraguay
Noviembre, 2011*

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Investigación y Estudios Estratégicos. Rol de la APS en el abordaje integrado para el manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: opciones de políticas de salud en el contexto del sistema de salud del Paraguay. Asunción: OPS, 2011. -- 46 p.

ISBN 978-99967-26-03-3

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
2. ENFERMEDADES CRÓNICAS
3. SISTEMAS DE SALUD
4. PARAGUAY

- I. Título: *“Rol de la Atención Primaria de Salud en el abordaje integrado para el manejo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles”*

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS),
Representación en Paraguay. 2011.
<http://www.paho.org/par>

Publicación auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

Aclaración: Los puntos de vista expresados en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen a las instituciones a las que estén vinculadas, ni significa acuerdo o posición oficial de OPS/OMS. Se puede reproducir total o parcialmente el texto siempre que se indiquen los autores y la fuente.



INICIATIVA EVIPnet PARAGUAY ⁽¹⁾

EVIPNet Paraguay ha constituido desde su creación una oportunidad para establecer puentes entre los productores de evidencia y los tomadores de decisión. Esta iniciativa pretende facilitar el acceso sistemático a evidencias y resultados de investigación, e información relevante a fin de mejorar la calidad de los procesos de formulación de políticas.

Autoras.

Dra. María Stella Cabral-Bejarano

Doctora en Medicina. Maestría en Políticas y Gestión de Salud. Especialista en Pediatría y Epidemiología. Docente Investigadora en Sistemas y Servicios de Salud. Asunción, Paraguay

Dra. Graciela González-Bogado

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Interna y Cardiología. Gerente del Programa de Prevención Cardiovascular.

Dra. Doris Roig Brugada

Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Interna y Diabetes. Coordinadora Regional del Programa de Enfermedades no Transmisibles del Departamento de Ñeembucú. XII R.S.

Facilitadores.

Dr. Tomas Pantoja, Médico. Docente Investigador, Universidad Católica de Chile.

Dr. Marcelo García Diéguez, Médico. Docente Investigador. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina Buenos Aires - Universidad del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

Financiación.

El Resumen Ejecutivo presentado constituye el resultado del Taller de Elaboración de Resúmenes ejecutivos para formuladores de política y tomadores de decisión, realizado en Asunción del Paraguay en 2010. La publicación tiene el respaldo de la Dirección de Enfermedades No Transmisibles de la OMS. Ginebra. *"La alianza para la investigación ha colaborado con la movilización operativa del facilitador y la participación de una de las autoras al taller EVIPnet en Santiago de Chile en 2011"*.

(1) Coordinación General de EVIPnet Paraguay: Nodo coordinador integrado por la Dirección de Investigación y Estudios Estratégicos, dependiente de la Dirección General de Planificación y Evaluación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud (IICS), Universidad Nacional de Asunción (UNA) y Punto Focal de OPS en Paraguay.

Revisión de méritos.

La revisión del resumen ejecutivo se realizó a través de pares revisores y un grupo de gerentes y decisores para ajustar los enfoques del problema. **Dra. Esperanza Martínez**, Ministra de Salud; **Dra. Cristina Guillén**, Directora General de Planificación y Evaluación; **Dra. Felicia Cañete**, Directora de Enfermedades No Transmisibles.

Conflicto de interés.

No existe manifestación de conflictos de interés por parte de autores y facilitadores.

Agradecimientos.

El ex viceministro de Salud Dr. Edgar Giménez Caballero (MPH) coordinó la discusión sobre el problema con actores clave, el Dr. Aldo Irala Arhens acerca del marco de la reorientación de la estrategia de atención primaria de salud, la Dra. Felicia Cañete, sobre la situación de las Enfermedades no transmisibles, la Lic. Alicia Duarte y Dra. Angélica Leguizamón en los procesos de búsqueda.

Han asesorado el proceso y metodología el Dr. Tomas Pantoja, Docente Investigador de la Universidad Católica de Chile, y el Dr. Marcelo García Diéguez, Docente Investigador de la Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina. Los doctores Mauricio Soto y Gabriel Rada contribuyeron con títulos de revisiones sistemáticas. Agradecimientos a la Dra. Antonieta Rojas-Arias, consultora OPS/OMS Paraguay; Dr. Ulises Panisset, Coordinador de EVIPnet Global, Dra. Shanti Mendis, Directora del Programa de Enfermedades no Transmisibles OMS (Ginebra, Suiza), al Dr. Luis Gabriel Cuervo, por su apoyo técnico y financiero a través del Secretariado de EVIPNet Américas (Equipo de Promoción y Desarrollo de la Investigación, Área de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria, OPS-Washington), a la Dra. Evelina Chapman, coordinadora de la Red EVIPnet para las Américas.

Citación.

Cabral-Bejarano, M.S., González, G., Royg, D., MSPBS/ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Iniciativa EVIPnet América's. OPS-OMS “Rol de la Atención Primaria de Salud en el abordaje integrado de las Enfermedades Crónicas no transmisibles, Paraguay 2011: Opciones de Políticas de Salud en el contexto del Sistema de Salud del Paraguay”. Paraguay, 2011.

INDICE de CONTENIDO

MENSAJES CLAVES	7
EL PROBLEMA	11
Descripción del problema	11
Principales indicadores	11
Cambio en el modelo de atención de la salud	12
Grado actual de implementación de las Políticas.	13
Otros Factores relacionados al problema.	14
DESCRIPCION DE LAS OPCIONES	15
Opción 1 - Atención integral e integrada para el manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en coordinación con los especialistas y los programas verticales para la continuidad del cuidado de pacientes con ECNT en el marco de una red integrada de servicios de salud	15
Opción 2 - Adecuación de mecanismos de derivación (referencia y contra referencia) de pacientes en redes locales de salud acordes a criterios y normas	20
Opción 3 - Reasignación de roles con énfasis en enfermería para mejorar el manejo de las ECNT en atención primaria de salud.	23
Consideraciones sobre la equidad en relación a las tres opciones	26
CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPLEMENTACION	29
REFERENCIAS	30
APENDICES	33

SIGLAS

MSPBS Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

ESF Equipos de Salud de la Familia

USF Unidades de Salud de la Familia

APS Atención Primaria de Salud

MENSAJES CLAVE

¿Cuál es el problema?

Las estrategias implementadas en las últimas tres décadas para incrementar la cobertura y acceso de comunidades excluidas a prestaciones de salud, se caracterizaban por una organización basada en programas verticales entregados en los establecimientos de salud de la red de servicios, de segundo y tercer nivel de atención. Los resultados en términos de servicios prestados y acceso a medicamentos, educación y consejería sigue siendo asimétrica e inequitativa, sobre todo en el nivel local, en poblaciones rurales, distantes y pobres. Algunos puntos críticos identificados por autoridades sanitarias, expertos y gerentes de estos programas, mencionan entrega de servicios fragmentada, debilidades de coordinación de los médicos generales y especialistas para un adecuado manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención, derivaciones innecesarias de casos a niveles de mayor complejidad pudiendo ser atendidos en el primer nivel. Déficit de médicos y enfermeras graduadas en áreas rurales distantes. Los cambios al modelo de atención, plantea la oferta de varios servicios costo-efectivos combinados a cargo de personal y trabajadores de la salud que integran los equipos de atención primaria, a quienes se debe entrenar y capacitar para asumir el cuidado de los enfermos crónicos.

Existen evidencias que visibilizan las ventajas y desventajas de la entrega a través de servicios integrados, y a través de programas verticales, y la coexistencia de ambas modalidades. El abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, en países de mediano ingreso como el Paraguay, requiere una cuidadosa elección de las mejores estrategias e intervenciones pro-equidad y costo-efectivas en el primer nivel de atención, con enfoque de derechos.

Cuáles son las opciones de política basadas en evidencia proveniente de revisiones sistemáticas que se pueden proponer para dar respuesta al problema?

- **Opción 1 - Atención integral e integrada para el manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en coordinación con los especialistas y programas verticales para la continuidad del cuidado de pacientes con ECNT en el marco de una red integrada de servicios de salud.**

Los resultados en términos de indicadores de acceso y tasa de uso, se incrementa al implementar servicios integrados de base comunitaria con equipos de atención primaria en el primer nivel de atención, sin embargo los resultados en relación a indicadores de morbilidad, mortalidad y calidad de vida demuestran poca diferencia al comparar entrega de servicios integrados versus servicios proporcionados por programas verticales en el segundo y tercer nivel de atención. Existen evidencias que demuestran que las diferencias locales existentes se deben a mayor disponibilidad de recursos alternativos, capacidad de los individuos de organizarse, y apoyo de autoridades e instituciones en un marco intersectorial fortalecido. La coexistencia de ambas modalidades se complementan si existe una adecuada coordinación e integración de actores y recursos, al disminuir la duplicación de esfuerzos, mejorar la prescripción de medicamentos para enfermedades crónicas, por lo general de alto costo, y mejorar el rendimiento y desempeño del recurso humano especializado, ampliando el acceso de los usuarios a servicios para el cuidado de ECNT.

- **Opción 2 - Adecuación de mecanismos de derivación (referencia y contra referencia) de pacientes en redes locales de salud acordes a criterios y normas.**

La evidencia demuestra que los procesos de capacitación sostenida y la utilización de guías estructuradas de derivación así como recurrir a una segunda opinión previa a la derivación contribuyen a mejorar la organización y regulación de la referencia y contra referencia entre niveles, garantizando la atención médica de complejidad progresiva según se requiera en el marco de una red integrada de servicios.

- **Opción 3 - Reasignación de roles con énfasis en enfermería para mejorar el manejo de las ECNT en atención primaria de salud.**

Esta opción plantea la asignación de roles adicionales a las enfermeras para dar continuidad al cuidado de pacientes con enfermedades crónicas en zonas subatendidas, rurales, distantes, pobres y sin acceso donde no existen médicos, con adecuado entrenamiento y utilización de guías de práctica clínica, aunque la sobrecarga de trabajo agregada requiere mayores análisis y sólidos mecanismos regulatorios y de incentivos.

Consideraciones para la implementación:

Existen pocas referencias acerca de las barreras de implementación en las revisiones sistemáticas revisadas, sin embargo fueron consultados gerentes, expertos y autoridades sobre las potenciales barreras percibidas a nivel de pacientes, proveedores, organización y sistema de salud. La evidencia encontrada se refiere a la identificación de estrategias para superar algunas de las barreras identificadas.

Consideraciones sobre la equidad.

Las evaluaciones realizadas en países desarrollados orientadas a medir los impactos de las iniciativas de renovación de la atención primaria de salud; Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda demuestran a través de informes de comisiones nacionales y provinciales que el fortalecimiento y la ampliación de la atención primaria de salud pueden incrementar el acceso y satisfacer las necesidades de salud a través de servicios integrales e integrados.² Sin embargo, los resultados en países de bajos y medianos ingresos demostraron diferentes resultados, según el contexto local.

² En el año 2004 se llevó a cabo una consulta con expertos canadienses sobre atención primaria de salud a Jeannie Haggerty, PhD, Burge Fred, MD, MSc Lévesque, Jean-Frédéric, MD, PhD David Gass, MD Pineault Reinaldo, MD, PhD Beaulieu Marie-Dominique, MD, Santor Darcy, PhD, Departamento de las Ciencias de la Santé Comunitario, la université de Sherbrooke, Longueuil, Québec, Departamento de Medicina Familiar, Dalhousie University, Halifax, Nueva Escocia, Instituto Nacional de Salud Pública de Québec, Departamento de Familiaire Medicina, Universidad de Montreal, Montreal, Departamento de Psicología de la Dalhousie, University, Halifax, Nueva Escocia.

Barreras para la Opción 1: La integración se ve afectada en los niveles subnacionales por asimetrías relacionadas a la gestión y rectoría de programas verticales y entrega de servicios en la comunidad. La capacidad de conducción, requiere planificación conjunta, unificación de directivas, disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos.

El nivel de cualificación y entrenamiento del personal de salud asignado a los Equipos de Salud de la Familia, constituye una barrera para asumir la responsabilidad del cuidado de pacientes con ECNT, además de la sobrecarga de trabajo que conlleva adicionar servicios, en el primer nivel de atención.

Las limitaciones presupuestarias, o transferencias inoportunas pueden retrasar procesos de capacitación, entrenamiento, disponibilidad de insumos y medicamentos, impresión, distribución y disponibilidad de guías clínicas y protocolos, que afectan indirectamente a los procesos de integración.

Barreras para la Opción 2: Las disfuncionalidades de la red de servicios, en determinadas regiones sanitarias del país dependen de aspectos estructurales, y limitaciones de capacidad instalada, transporte y recursos humanos calificados.

Las dificultades para la disponibilidad en formato impreso y/o magnético de normas, protocolos y guías de procedimiento y el entrenamiento continuo del personal y profesionales de la salud involucrado.

La asimetría de desarrollo de capacitaciones al personal, profesionales de la salud y especialistas para unificar criterios de derivación y manejo de enfermedades crónicas prevalentes y la escasez de médicos familiares y especialistas en determinadas regiones pueden constituirse en un factor restrictivo para sugerir una segunda opinión o una mejor evaluación de casos graves a ser atendidos en el segundo y tercer nivel de atención.

Barreras para la Opción 3: La sobrecarga de trabajo y la escasez de enfermeras, la elevada rotación y niveles de capacitación y entrenamiento de personal del salud para hacerse cargo del manejo de las ECNT enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención, así como aspectos relacionados a la falta de adecuados incentivos a los profesionales que asumen roles agregados pueden afectar la implementación de esta opción.

REPORTE.

En Paraguay, se ha iniciado un cambio al modelo de atención desde hace 3 años, basado en la implementación de Unidades de Salud de la Familia (USF), en territorios sociales definidos como estrategia principal para incrementar el acceso universal a servicios de salud de un importante número de personas actualmente excluidas.

El abordaje de las Enfermedades Crónicas, en los años previos a la instalación de USF, se ha desarrollado a través de Programas verticales de prevención y control de las ECNT, responsables de ejercer la rectoría y organización de las actividades de promoción, prevención y protocolización de la atención en los niveles efectores, en la práctica muy bien organizados hasta el segundo nivel de atención pero con limitaciones de alcance hacia comunidades más alejadas, rurales y pobres.

A partir de 2008, se inicia un proceso de reorientación de los programas verticales de salud, con el fin de lograr su integración funcional a los equipos de atención primaria de base comunitaria según el contexto y particularidades de cada territorio social. (1)

La implementación, del nuevo Plan Estratégico para el abordaje integrado de las ECNT, en el primer nivel de atención en el marco de las *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad* (2), requiere un trabajo coordinado en la red integrada de servicios entre los equipos de APS y los equipos de los servicios, incluyendo los especialistas.

Son múltiples los roles que se espera transferir a los integrantes de los equipos de salud de la familia (ESF), para el abordaje de las ECNT en el primer nivel de atención, incluyendo nuevas modalidades de entrenamiento y capacitación, para la atención integral e integrada de enfermedades crónicas prevalentes, con énfasis en promoción de estilos de vida saludable, prevención y detección temprana y manejo de situaciones especiales, gestión y organización, para la gestión social de la salud y la implementación de políticas públicas integradas para hacer frente a los determinantes sociales de la salud.

Cuadro 1: Antecedentes del resumen ejecutivo.

Este resumen ejecutivo para formulación de políticas proporciona evidencias de investigación acerca de las *"Dificultades para el abordaje integrado de las enfermedades crónicas a nivel local entre los Equipos de Salud de la Familia (ESF), los programas verticales y la atención especializada"*.

Las evidencias proceden de la lectura y análisis de revisiones sistemáticas de probada calidad, de nivel global con el planteamiento del problema a partir de la realidad local.

El método del resumen ejecutivo plantea la elección de tres o más opciones de política para abordar el problema planteado por la autoridad sanitaria nacional y actores clave involucrados que contribuyen a definirlo con precisión con ayuda de informantes clave e información relevante y actualizada.

Cada opción de política, contiene elementos concretos para la búsqueda de evidencia, y que orientaran intervenciones específicas que pueden o no ser tenidas en cuenta por los tomadores de decisión para hacer frente o contrarrestar los efectos del problema abordado.

La identificación, selección, evaluación y síntesis de la evidencia encontrada en las revisiones sistemáticas e investigaciones relevantes sobre el problema se realiza con rigor metodológico y se presentan en tablas de manera concisa y en un lenguaje accesible, puntualizando las intervenciones y los resultados.

La última etapa del proceso de elaboración de este resumen ejecutivo constituye la adecuada difusión de su contenido, y la realización de un dialogo deliberativo para socializar y debatir entre las partes interesadas acerca de las evidencias encontradas, se suman las opiniones, experiencia y conocimiento de los participantes respecto al problema y sus diferentes aristas, a fin de armonizar ideas, puntos de vista y generar consensos para la selección de estrategias de implementación de intervenciones costo efectivas para mejorar el desempeño del sistema de salud en Paraguay.

EL PROBLEMA.

El alcance de los programas verticales y la atención especializada de las enfermedades crónicas es inequitativa, y no llega efectivamente hasta el nivel local, especialmente a territorios rurales distantes y pobres.

En Paraguay, existe una elevada prevalencia de enfermedades crónicas. La transición epidemiológica sitúa los padecimientos crónicos degenerativos entre las principales causas de morbilidad y mortalidad. Las enfermedades crónicas de mayor impacto están representadas por las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, metabólicas, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias, cáncer, tumores y trastornos de salud mental. La principal causa de mortalidad son las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de tumores, diabetes y enfermedades respiratorias.

Regionalmente se reconocen los mismos factores de riesgo, encabezados por la falta de adherencia a un estilo de vida saludable, el mal uso de alcohol y tabaco, la inactividad física o sedentarismo y la dieta no adecuada, a su vez asociados a una cultura con baja participación y apertura a la práctica de actividades físicas, donde contribuye la inseguridad ciudadana como condición negativa.

Principales indicadores.

Enfermedades del aparato circulatorio: la cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular constituyen el 28% de las defunciones totales y de mortalidad prematura, y se mantiene como primera causa de muerte entre las defunciones registradas con causas definidas. Las cifras en el área urbana son 3,8 a 5,6 veces mayor (3), dato que refleja el elevado subregistro, la asimetría de calidad y la baja cobertura de asistencia en el área rural. La hipertensión arterial presenta una prevalencia del 35%, una de las más altas de la región. De los hipertensos diagnosticados, reciben tratamiento el 27%, con hipertensión arterial controlada en un 7%. (4)

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: en el Paraguay más de 400 mil personas tienen diabetes, y más de 50% no tienen diagnóstico; así mismo la alta prevalencia de los

Cuadro 2: Evidencias sobre el problema.

Las evidencias para caracterizar el problema se han obtenido de varias fuentes de revisiones sistemáticas de alta calidad, incluyendo Pubmed, healthsystemevidence, Cochrane Plus y Cochrane Library y Scholar Google.

La evidencia disponible sobre el problema se identificó, y se buscó a partir de la definición de palabras clave, (MeSH y DeCS), además de términos no incluidos en estos descriptores, identificados a partir de los elementos seleccionados para cada una de las opciones de política, los cuales contribuyeron a enfocar más adecuadamente la búsqueda.

La comprensión del problema desde la perspectiva de los decisores y de los investigadores requirió, contextualizar adecuadamente las dimensiones relacionadas a aspectos de proceso y resultados acerca del abordaje integrado de las enfermedades crónicas en la atención primaria de salud.

Se discutió la importancia de los estudios cualitativos para complementar la visión del problema ejemplificando con estudios de caso, encontrados en investigaciones originales y no en revisiones sistemáticas como el que presenta la experiencia de Rosario, Argentina, y presentados por Bascolo y Yavich.

Se realizaron estrategias de búsqueda complementarias en páginas web nacionales para acceder a datos estadísticos y perfil epidemiológico actualizados (www.dgeec.gov.py, www.paho.org), análisis documental y literatura gris del Ministerio de Salud de Paraguay y otras instancias administrativas gubernamentales (www.mspbs.gov.py, www.presidencia.gov.py, www.stp.gov.py); y resultados de investigaciones individuales para elaborar el contexto nacional e internacional y perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas en el último quinquenio, incluyendo el modelo de cuidados crónicos, disponibles en www.paho.org.

factores de riesgo como obesidad (32%), y sedentarismo (40%) contribuyen al desarrollo de estado metabólico, mas aun en el grupo de intolerantes a la glucosa que corresponde al 11,3% de la población. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es del 6,5. (3)

Enfermedades respiratorias crónicas: en especial las que son tabaco dependientes (EPOC), prevenibles a través de programas colectivos, de gran impacto social, sanitario y económico en quienes la padecen.

Tumores: tumores ocupan el segundo lugar como causa de mortalidad general, y constituyen el 13% de la mortalidad general por causas. (5)

Tabaquismo: da origen al 90% de los cánceres de pulmón, al 30% del total de las muertes por cáncer en general, al 75 - 85% de las bronquitis crónicas y enfisema, al 25-30% de las muertes por enfermedad coronaria y a casi 50 tipos de enfermedades. El tabaquismo es una epidemia global que impacta más en los países en desarrollo.

Cambio en el modelo de atención de la salud.

El eje del cambio al modelo de atención se basa en la reorientación de la atención primaria de salud implementada desde la década del 80, hacia una APS renovada, y a través de la estrategia de Unidades de Salud de la Familia (USF).

"El concepto de APS Renovada, según la Organización Panamericana de la Salud, delinea que la APS debe ser la base de los sistemas nacionales de salud por ser la mejor estrategia para producir mejorías sustentables y mayor equidad en el estado de salud de la población y se define la APS, como un conjunto de valores: derecho al más alto nivel de salud, solidaridad, y equidad, y un conjunto de principios: responsabilidad gubernamental, sustentabilidad, intersectorialidad, participación social, entre otros, como un conjunto indisoluble de elementos estructurantes, llamados atributos del sistema de servicios de salud: acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia." (6)

Cuadro 3: Consideraciones para la Equidad.

Un importante porcentaje de personas, no acceden a servicios de salud que garanticen la continuidad del cuidado de enfermedades que afectan su calidad de vida, desempeño social y laboral.

Las comunidades pobres, rurales, distantes y las comunidades indígenas, son los grupos a priorizar, tanto por factores geográficos, como económicos, de género, étnicos que condicionan el acceso a servicios continuos.

Los grupos étnicos caracterizados por costumbres y prácticas de salud diferentes, deben ser abordados y comprendidos en el contexto sociocultural y antropológico, con una profunda comprensión de sus actitudes y creencias.

Otros grupos de riesgo, que presentan riesgos diferenciales significativos son aquellos que viven en las grandes metrópolis, caracterizados por costumbre y hábitos de vida poco saludables, alimentación inadecuada, a los que se suman el stress y el sedentarismo.

La identificación de opciones de este estudio está orientada a seleccionar las mejores estrategias pro-equidad, que permitan disminuir las brechas de acceso a servicios de calidad para el manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención, sean en la modalidad integrada, vertical o mixta.

La efectividad de la implementación de las opciones puede contribuir a mejorar el uso eficiente de los recursos financieros, y humanos, así como optimizar la logística, los equipos, transportes o ambulancias disminuyendo la inversión en infraestructura, con el fin de revertir las condiciones iniciales, reducir las inequidades o evitar que ellas aumenten.

Entre los atributos esenciales se resalta la "coordinación del cuidado" y entre los atributos derivados de la APS, son fundamentales la orientación familiar, comunitaria, y la competencia cultural. Esto involucra la satisfacción de las necesidades individuales en el contexto familiar, su vínculo con la situación socio cultural particular de la comunidad y con los servicios de salud disponibles para el cuidado.

La accesibilidad y la utilización de los servicios de salud como fuente de cuidado para resolver problemas de salud, leves y complejos así como las emergencias y urgencias. La longitudinalidad, entendida como la existencia de una fuente continua de atención a través de una relación interpersonal intensa que exprese confianza mutua entre los usuarios y los profesionales de la salud. Integralidad como una serie de servicios disponible para que los usuarios reciban atención biopsicosocial, promoción, prevención, cura y rehabilitación utilizando desde las unidades básicas de salud de la familia hasta las derivaciones necesarias para la asistencia de especialistas en centros ambulatorios de especialidades medicas, y hospitales de diferente nivel y complejidad.

La Red de APS en Paraguay espera articular y vertebrar el Sistema Nacional de Salud con Unidades de Salud de la Familia a fin de disminuir la brecha de exclusión social en salud. La función de la USF es monitorear y evaluar el estado de salud de la población, proveer servicios de atención primaria, derivar los pacientes a otros niveles del sistema según las necesidades, con habilidades como el manejo del contexto intercultural, y el proceso social en sus respectivos territorios, así como las actividades de promoción, prevención y atención directa a los problemas de salud.

La capacidad instalada para la actuación de las USF, parte del recurso humano para hacerse cargo del territorio asignado, sobre todo la disponibilidad de médicos generales y preferentemente especialistas en medicina familiar, así como enfermeras graduadas, disponer de una red de unidades básicas de salud, nuevas o reacondicionadas para la prestación de servicios de APS, contar con un sistema de información preferentemente informatizado para el manejo de las fichas o historias clínicas de pacientes atendidos como instrumento fundamental para la continuidad del cuidado.

El abordaje de las ECNT en el escenario caracterizado involucra a actores trabajando en las unidades de salud de la familia, en programas verticales pre-existentes y especialistas trabajando en las redes de servicios de segundo y tercer nivel de atención.

Grado actual de implementación de las Políticas.

La elaboración de guías clínicas, normas y manuales de referencia y contra referencia, rol de los agentes comunitarios y promoción de comunidades saludables, a ser utilizados en el nivel local fueron recientemente elaborados. Los procesos de capacitación a los equipos de las USF, así como la creación de las unidades de ECNT en el segundo nivel de atención están siendo coordinados por los programas involucrados.

La transferencia de responsabilidades en el manejo de las enfermedades crónicas, a las USF constituye una estrategia costo efectiva que permitirá evitar duplicación de esfuerzos y recursos, seleccionar en base a criterios claros los pacientes que deben ser derivados a niveles inmediatamente superiores, mejorar la prescripción de medicamentos para enfermedades crónicas por lo general de alto costo, optimizar el rendimiento y desempeño del recurso humano especializado.

Para este objetivo se requiere coordinación, planificación e integración conjunta entre actores de las USF y actores de los servicios de segundo y tercer nivel de atención, que dependen de varios factores.

Es en este punto donde las debilidades de gestión y conflicto de roles constituye una barrera para el abordaje integrado de las ECNT, y se genera la necesidad de organizar a nivel local los equipos de trabajo de manera conjunta (especialistas en Medicina Familiar, médicos generales, especialistas en Diabetes, Hipertensión Arterial, enfermeras, educadores sanitarios y agentes comunitarios).

La consulta a los expertos dan cuenta que existe aún un elevado número de pacientes referidos a los especialistas sin una adecuada valoración desde las USF a los servicios de segundo y tercer nivel de atención, cuando se espera que el mayor porcentaje de los casos se resuelvan en el primer nivel de atención.

La mejora de la coordinación y criterios para el flujo entre niveles de complejidad, involucra un ajuste y adecuado manejo de los instrumentos de referencia y contra referencia.

Al mismo tiempo la disponibilidad de médicos generales y/o especialistas en medicina familiar no esta garantizada, razón por la que el rol ejercido por estos profesionales debe ser asumido en muchos casos por la enfermera.

Otros Factores relacionados al problema.

La intersectorialidad: Para la integralidad y continuidad del cuidado, es necesario articular, funcionalizar, crear puentes, facilitar el flujo de pacientes en las redes territoriales de salud, lo cual constituye una tarea compartida entre el sector salud y otros sectores vinculados a instancias de decisión local y regional. Existe necesidad de organizar a las poblaciones adscritas en los territorios sociales, e integrar políticas públicas para hacer frente a los determinantes sociales de la salud, en un marco de empoderamiento social y construcción de capital social en las comunidades.

Dotación y cualificación de los recursos humanos en los niveles locales: Insuficiente número de médicos generales y especialistas en medicina familiar para gran extensión de comunidades rurales y distantes. No se logra completar los equipos básicos de salud de la familia. Se necesita incrementar recursos humanos de salud fijos e itinerantes, agentes comunitarios de las propias localidades y otros recursos humanos ya existentes a quienes se les redefinan los roles, en la búsqueda del mejoramiento de la eficiencia.

Interculturalidad: Descontextualización en la atención del paciente, en relación a las prescripciones de los especialistas y a la atención discontinua de sus problemas de salud. La distribución de las comunidades indígenas en 10 regiones sanitarias, y comunidades campesinas de zonas rurales distantes plantea permanentemente la necesidad de promover el enfoque intercultural.

Capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de atención: Se entiende por capacidad instalada, la infraestructura, la tecnología apropiada, los recursos humanos capacitados y la disponibilidad garantizada de medicamentos, específicos para ECNT directamente dependientes de adquisición oportuna, distribución equitativa, eficiente logística de distribución y una prescripción adecuada en un escenario donde la gratuidad ha generado la sobredemanda de consultas.

Ausencia de sinergia con otros programas, falta de herramientas de seguimiento y evaluación consensuadas: potenciar la articulación con otros programas a fin de ofrecer al usuario una atención integral e integrada entre las redes integradas de servicios y APS, los programas y los especialistas del segundo y tercer nivel de atención.

DESCRIPCION DE LAS OPCIONES

Opción 1 - Atención integral e integrada para el manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en coordinación con los especialistas y programas verticales para la continuidad del cuidado de pacientes con ECNT en el marco de una red integrada de servicios de salud.

La atención integral e integrada para el manejo de las ECNT en el nivel local, implica la entrega de servicios múltiples, a diferencia de la entrega individual anteriormente implementada, en el marco de una adecuada coordinación entre actores clave de los equipos de salud de la familia, y los especialistas en el segundo y tercer nivel de atención. Esta modalidad demanda diversos cambios administrativos y operativos en la red de servicios para reunir los aportes, la prestación, el tratamiento y la organización de las funciones particulares que deben brindar los servicios. La integración a través de la adición de servicios procura incrementar el acceso y mejorar la eficiencia y calidad de las prestaciones.

Elementos de la Opción 1:

- **Atención integrada de las ECNT en el primer nivel de atención:** Este elemento incorpora el término "atención integrada" para describir cómo ofrecer un paquete de estrategias costo-efectivas combinadas o prestaciones múltiples, a cargo de los equipos de atención primaria de salud entrenados y capacitados para asumir el cuidado de los enfermos crónicos.
- **Integración y coordinación de equipos de atención primaria y especialistas:** Articulación, planificación, organización y coordinación conjunta entre los Equipos de atención primaria y los especialistas y programas verticales para el cuidado de las ECNT.
- **Adaptación del "Modelo de Cuidados Crónicos" (7):** Este modelo incorpora un sistema proactivo de programas clínicos, para la entrega coordinada e integrada del cuidado a las personas con condiciones crónicas. Presenta elementos que pueden ser adaptados para mejorar la planificación, organización e implementación de la atención compartida en el primer nivel de atención, teniendo en cuentas sus componentes: el auto cuidado del paciente, el apoyo a la toma de decisiones, el diseño de la prestación de servicios, la organización del sistema de salud, sistemas de información clínica y la comunidad. Este modelo enfatiza la importancia del auto cuidado de la persona empoderada e informada, y de un equipo de salud preparado y proactivo.
- **Capacitación conjunta de especialistas y equipos de atención primaria para la atención integrada:** Incluye todas las intervenciones de formación y capacitación de los equipos de salud de las USF con participación activa de los programas y especialistas, a fin de ofrecer una atención integral de las ECNT.

Cuadro 4: Evidencias para caracterizar las opciones.

Se realizaron meta búsquedas de revisiones sistemáticas en <http://regional.bvsalud.org>, bvsalud.org, biblioteca Cochrane plus (EPOC), Scholar google, Universidad Mc Master (<http://www.researchtopolicy.org>, <http://www.healthsystemsevidence.org>), y pubmed.

Palabras claves utilizadas: en español "atención primaria", "integración", "continuidad del cuidado", "salud de la familia", "regulación", "centro regulador", "referencia y contra referencia", "enfermedades crónicas". En inglés "Primary health care" y "Family health care", "Continuity for patient care", "referral patients", "allocation roles".

Tabla 1: Resumen de los hallazgos claves de las revisiones sistemáticas relevantes a la Opción 1

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	Atención integrada de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención. • Una revisión sistemática reciente de optima calidad presenta una clara evidencia que demuestra que la atención compartida entre los equipos de atención primaria y los equipos de especialistas mejora prescripción de medicamentos y la adherencia al tratamiento y la reducción de las internaciones en ciertos grupos con alta morbilidad basal, como los adultos mayores, y aquellos con insuficiencia cardiaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (8) • En algunas revisiones sistemáticas de calidad, reciente se encontró que determinadas intervenciones mejoran la eficiencia en el manejo de las enfermedades crónicas : <i>"la elaboración conjunta entre médicos de familia y hospitalarios de protocolos consensuados, guías de práctica clínica, formularios y actividades de formación continuada..". (9)</i> <i>"Incluir evaluaciones de gestión y medición de efectividad de las intervenciones utilizando grupos de control, además de aplicación de encuestas de percepción de calidad de la atención a los pacientes introduciendo incentivos económicos, demostrando que con incentivos financieros se logra mejor control en el manejo de las enfermedades crónicas".(10)</i> • En base a las evidencias observadas en una revisión sistemática relativamente reciente la atención integrada de ECNT debe incluir intervenciones dirigidas al profesional, intervenciones organizacionales, e intervenciones dirigidas al paciente con el fin de reducir la fragmentación y mejorar la continuidad y coordinación de los cuidados, colocando al paciente en una posición central en el proceso de prestación de cuidados de la salud, aunque existe una amplia variación en las definiciones y componentes. (11) • En la misma revisión sistemática se manifiesta que todos los estudios revisados mostraron una tendencia decreciente en el reingreso hospitalario o la duración de la estancia cuando se aplican servicios integrados. (9) • Una revisión sistemática reciente de calidad demostró que la integración de servicios en la atención primaria en segmentos de bajos y medianos ingresos permite mayor acceso de la población a servicios públicos, un acceso más equitativo a personas de diferentes comunidades y contextos socio-económicos, logrando mayor comodidad y satisfacción de los usuarios, y la disponibilidad, aunque no mejora los resultados del estado de salud y la plena integración de prestaciones múltiples puede disminuir el conocimiento y utilización de determinados servicios. (12)

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	Integración y coordinación de equipos de atención primaria y especialistas. • En una revisión sistemática reciente de calidad se ha demostrado que el feedback o retroalimentación desde los especialistas a los proveedores de servicios de salud de atención primaria, para la realización de tareas específicas en el manejo del paciente, ha demostrado que produce mejor control de la enfermedad y mejoría de los procesos de integración y coordinación.(13) • En una revisión sistemática con algún tiempo se ha demostrado la utilidad del uso de sistemas recordatorios para realizar tareas específicas para los proveedores de salud de la atención primaria, así como evaluaciones para medir efectividad.(9)
	Adaptación del Modelo de Cuidados Crónicos. Revisiones sistemáticas recientes presentan evidencias a favor del modelo de cuidados crónicos: • Las intervenciones basadas en la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos puede mejorar el desempeño de los resultados en el tratamiento y cuidados de las enfermedades crónicas, ya que se observa significativa mejora en los procesos de cuidados y resultados con la implementación de por lo menos un elemento del Modelo de cuidados crónicos. Se ha observado mejoría significativa en el proceso de cuidado y pronóstico de pacientes con diabetes y auto monitoreo de los mismos. (14) • "Intervenciones con múltiples componentes son mejores que aquellas intervenciones simples, por su efecto sinérgico". (15) • La incorporación de uno o más elementos del Modelo de Cuidados Crónicos, principalmente el auto cuidado, el diseño de la prestación de servicios y el apoyo a la toma de decisiones, mejora el proceso de cuidado y pronóstico clínico de pacientes con asma, insuficiencia cardíaca, depresión y diabetes. Los efectos en la calidad de vida presenta resultados mixtos, con beneficios en pacientes con depresión e insuficiencia cardíaca.(12)
	Capacitación conjunta de especialistas y equipos de atención primaria para la atención integrada. • En una revisión sistemática de calidad "Los programas educacionales a los proveedores de salud de atención primaria, feedback o retroalimentación con los especialistas, y sistemas recordatorios mejoran el desempeño de los profesionales, con mejora de la adherencia a las guías de manejo y con un significativo mejor control de la enfermedad". (15)

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	• En la misma revisión, se considera que "las Visitas de extensión educativas a los profesionales de salud en el lugar de su práctica por personal calificado, mejora su desempeño clínico, y ha demostrado cierta efectividad". (16) • Una revisión sistemática de calidad, actualizada por última vez en 2005, constato que los efectos de seminarios conjuntos de médicos generales y especialistas, con una periodicidad mensual, disminuye el número de derivaciones posteriores y un aumento en la proporción de pacientes sin trastornos después de un año, demostrando que los programas educativos mejoran el desempeño de los profesionales y generan mayor adherencia a las guías de manejo recomendadas, a las estrategias de aplicación y divulgación local". (16)
Daños Potenciales	• Una reciente actualización de una revisión sistemática de calidad identifica que con la integración de la atención, los profesionales sanitarios podrían llegar a tener sobrecarga de trabajo o no tener los conocimientos especializados para manejar determinadas enfermedades específicas, lo que podría llevar a los servicios de mala calidad y malos resultados en el estado de salud. (10) • En la misma revisión sistemática, puede considerarse como daño potencial "la presión ejercida por los donantes externos que financian los programas y contratan a personas con mejores condiciones y recursos, lo cual significa retirar recursos humanos calificados en los servicios de rutina." (10)
Uso de recursos, costos y/o costo-efectividad	• Una revisión sistemática de optima calidad de hace una década presenta evidencias " que los médicos de la atención primaria de salud proporcionan una mayor cantidad de atenciones bajo el sistema de pago por servicios, en comparación con la capitación (pago por cada paciente atendido).aunque los efectos a largo plazo no son claros. (17) • La evidencia encontrada en una revisión sistemática considerada de calidad afirma que "Aunque la mayoría de los estudios han evaluado los resultados clínicos o la eficiencia, menos atención se ha puesto al aspecto económico referente a la remuneración del profesional de salud, en los estudios que aplicaron el Modelo de Cuidados Crónicos". (11)
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales (de modo que el monitoreo y la evaluación podrían estar garantizados si estas opciones se llevan a cabo).	• Una revisión sistemática de buena calidad actualizada en 2007 afirma que " no se demostraron beneficios significativos en la atención compartida en relación a pronóstico de salud física, mental, registro de factores de riesgo y admisiones hospitalarias, porque la mayoría de las intervenciones son complejas, multifacéticas y de corta duración. Además la escasez de pruebas que permitan saber qué problemas de salud atender según niveles asistenciales, el desconocimiento mutuo, la diferente organización y la poca o nula comunicación entre los profesionales de los distintos ámbitos han sido factores condicionantes de los resultados esperados en la atención compartida. (9)

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
	• "La integración entre los servicios especializados en países de altos ingresos con niveles muy sofisticados de atención pueden tener objetivos similares a los de la integración en los países de bajos y medianos ingresos, pero el contexto es muy diferente en los países más pobres y las conclusiones de los estudios de evaluación de estos programas pueden no ser aplicables en entornos más pobres." (10) • "Según una revisión sistemática de optima calidad, existen pocos estudios para investigar las estrategias que apoyen la integración del servicio en países de bajos y medianos ingresos, ya que la mayoría de los estudios fueron realizados en Reino Unido." (10)
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar.	• "En la práctica los sistemas de salud combinan intervenciones integradas y no integradas, pero el propósito, naturaleza y extensión de la integración varía según los problemas emergentes de cada país. Las mejoras en los componentes de los programas de atención integrados pueden producir la reforma del sistema al interactuar con los pacientes en forma activa, proactiva, con prácticas centradas en ellos, y guías elaboradas en equipos, sobre todo en ciertos subgrupos como adultos mayores, patologías severas como enfermedad mental importante, insuficiencia cardiaca moderada a severa, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica." (18) • "Las experiencias positivas refieren que los pacientes que recibían atención primaria por parte de médicos de familia, registraron menos visitas de casos graves y menos visitas al servicio de urgencias." (19) • "El otorgamiento de servicios a través de programas verticales, en países de bajos y medianos ingresos presenta ciertas ventajas en países donde el sistema de financiación publico es relativamente débil y se cree que se asegura la entrega de los servicios. En cambio la integración, crea nuevos servicios y recursos, que se colocan en común". (19)
Opiniones y experiencias de las partes interesadas.	• "Los proveedores de atención médica especializada, en países de bajos y medianos ingresos, deberían realizar la entrega de servicios especializados y tecnologías relacionadas conjuntamente con la atención medica general. En la misma revisión, se hace referencia a una emergente escuela de pensamiento que plantea que la ejecución de los programas verticales y la provisión de servicios integrales de salud no son mutuamente excluyentes, sino complementarios dentro de un proceso continuo de atención en complejos entornos de prestación de asistencia sanitaria que requieren de una adecuada planificación, coordinación y gestión." (19)

Opción 2 - Adecuación de mecanismos de derivación (referencia y contra referencia) de pacientes en redes locales de salud acordes a criterios y normas.

Los pacientes se derivan a los especialistas cuando las posibilidades de tratamiento en la atención primaria se agotan y se requiere una atención más especializada. La derivación conlleva unas implicaciones considerables para los pacientes, el sistema de asistencia sanitario y los costos de atención de la salud. Existe bastante evidencia sobre la posibilidad de mejorar los procesos de derivación.

Se pueden considerar los siguientes elementos para esta opción:

- **Actividades de coordinación para la derivación de pacientes:** La coordinación y circulación adecuada de información entre los diferentes niveles para la derivación de pacientes con enfermedades crónicas condiciona el éxito de la continuidad del cuidado y la eficiencia.
- **Utilización de formularios de derivación para la referencia y contrareferencia:** Directrices claras actualizadas y editadas contribuyen a los procesos de capacitación y entrenamiento del personal involucrado.
- **Trabajo colaborativo entre especialistas y médicos de atención primaria de salud:** La implementación de sesiones de consulta conjuntas entre especialistas y médicos de atención primaria optimiza el manejo de las ECNT.
- **Intervenciones de formación de profesionales para la referencia y contra referencia:** La capacitación y entrenamiento de personal y profesionales de la salud genera mejores resultados.
- **Otros mecanismos recomendados de referencia y contra referencia:** Estrategias diferenciadas para derivaciones programadas y de urgencia pueden mejorar los resultados en los procesos de derivación.

Tabla 2: Resumen de los hallazgos claves de las revisiones sistemáticas relevantes a la Opción 2

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	Actividades de coordinación para la derivación de pacientes. • "Una reciente revisión sistemática de calidad, se refiere a las principales actividades de coordinación para la derivación de casos: 1. Contar con directrices del cómo y cuándo derivar a los pacientes desde la atención primaria a la atención secundaria, 2. Comunicación efectiva sobre resultados de atención de las enfermedades crónicas que atienden 3. Implementación de sistemas de autoevaluación para verificar el alcance de los objetivos. (10)
	Utilización de formularios de derivación para la referencia y contra referencia. • Una revisión sistemática reciente demuestra que la divulgación de directrices de derivación con hojas de gestión estructuradas genera una mejoría en la atención de los pacientes previa a la derivación. (10) • "Otra revisión sistemática de calidad presenta como evidencia que el uso de un sistema electrónico para especialistas y proveedores de servicios de atención primaria, para organización de pacientes y disponibilidad de datos de población, facilitan el sistema de referencia y contra referencia a fin de otorgar un cuidado más eficiente". (20)
	Trabajo colaborativo entre especialistas y médicos de atención primaria de salud: • Una revisión sistemática de calidad actualizada en 2007 mostró que <i>"La segunda opinión interna (por ejemplo colega de consultorio) en vez de asesor independiente, antes de la derivación, mostró ser efectiva para mejorar los resultados en sistemas de referencia y garantizar la distribución de guías de práctica clínica con hojas de referencia estructuradas"</i>. (10) • Una revisión sistemática de calidad del 2005 constato la disminución de derivaciones, y aumento en la proporción de pacientes sin trastornos después de un año, al evaluar los efectos de seminarios conjuntos de médicos generales y especialistas, con una periodicidad mensual). La misma revisión ha demostrado que la modificación de la organización de los sistemas de derivación, podrían mejorar el manejo de la enfermedad, y el proceso y adecuación de las derivaciones." (17)
	Intervenciones de formación de profesionales. • <i>"La Intervención local activa de especialistas en las actividades educacionales, en modalidad de talleres de formación, así como la comunicación efectiva sobre resultados de atención de las enfermedades crónicas reducen más del 50 % en el número de derivaciones a hospitales después de la intervención(post formación)"</i> (17)

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	• "Las intervenciones de formación activas, y estrategias de aplicación y divulgación local, que involucran a especialistas de atención secundaria local fueron efectivas." (17) • "Los seminarios conjuntos de médicos generales y especialistas, con una periodicidad mensual, lograron una disminución de las derivaciones posteriores y aumento en la proporción de pacientes sin trastornos después de un año..."(17)
Daños Potenciales	• "Los seminarios en grupos pequeños de médicos generales y especialistas en el caso de cuatro enfermedades trazadoras presento un aumento significativo en el número de las derivaciones después de la intervención, en contraposición a la dirección del efecto planteado en la hipótesis." (17)
Uso de recursos, costos y/o costo-efectividad	• Una revisión sistemática de calidad demuestra que " el sistema de pago por paquetes de servicios, genera mayor cantidad de atenciones a cargo de médicos generales o de familia que con el sistema por capitación (pago por cada paciente atendido) o con el salario, aunque los efectos a largo plazo no son claros, pero mostro reducción de las tasas de derivación, aunque su efecto en la calidad de las derivaciones permanece incierta". (18)
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales (de modo que el monitoreo y la evaluación podrían estar garantizados si estas opciones se llevan a cabo).	• "Una revisión sistemática reciente menciona que existen limitado número de evaluaciones rigurosas en base a sistemas de referencia de nivel primario a centro de especialidades, y que la mayoría de estudios fueron realizados en el Reino Unido, por lo que es dudosa su generalización o aplicación en otros contextos, especialmente en países sin un sistema de derivación formal, además de no contar con evidencias suficientes sobre las intervenciones financieras para trazar conclusiones firmes.". (21) • Los cambios financieros en algunos casos pueden mejorar el número de la derivación de los pacientes, pero se desconoce si mejora la calidad o la adecuación de las mismas. Existe el peligro de que las intervenciones financieras puedan disminuir las tasas de derivación en forma no selectiva, en forma generalizada, tanto racional como irracional." (17)
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar.	• "Según una revisión sistemática de calidad programas de formación, segunda opinión y utilización de hojas de derivación estructuradas, reducen significativamente el número de derivaciones". (17)
Opiniones y experiencias de las partes interesadas.	• "Las directrices de derivación pueden ser más efectivas si la gestión de la atención secundaria reacciona a los cambios en el funcionamiento en la atención primaria según las circunstancias locales y abordaje de las barreras locales". (10)

Opción 3 - Reasignación de roles con énfasis en enfermería para mejorar el manejo de las ECNT en atención primaria de salud.

Con esta opción, los servicios rurales, distantes y pobres podrían reorganizar y redistribuir recursos humanos en zonas vulnerables y desarrollar planes de apoyo, con adaptación local para el desempeño de las enfermeras que asuman nuevos roles, que normalmente están a cargo de los médicos.

La implementación de esta opción, está orientada a distritos priorizados según criterios de ruralidad y capacidad resolutive y en determinados territorios sociales, donde la funcionalidad de los equipos de salud de la familia, presenta dificultades para completar los cuadros.

En Paraguay existe déficit de recursos humanos principalmente médicos y enfermeras graduadas y la integración de las unidades de salud de la familia se ve afectada en algunas zonas críticas, tanto en relación a personal de salud para la integración de las USE, como a la disponibilidad de especialistas en el 2do y 3er nivel de atención.

Esta opción podría incluir los siguientes elementos:

- **Reasignación de roles con énfasis en enfermería:** identificar ventajas y desventajas del cambio de roles de la enfermera en la continuidad del cuidado de las enfermedades crónicas y efectos en los resultados de calidad de vida e indicadores de morbilidad y mortalidad.
- **Capacitación y Entrenamiento para ejercer nuevas funciones:** procesos de capacitación y entrenamiento con ayuda de protocolos y normas en zonas subatendidas donde faltan médicos son requisito preliminar para su implementación.
- **Fortalecimiento de las habilidades para la gestión social de la salud a cargo de equipos multidisciplinares:** Se requiere habilidades de gestión para facilitar la articulación de personal y profesionales de la salud del primer nivel de atención con los médicos generales y especialistas, incrementar la participación comunitaria y acciones intersectoriales de apoyo para garantizar la logística, acceso a medicamentos y mecanismos de traslado de pacientes con ECNT.

Tabla 3: Resumen de los hallazgos claves de las revisiones sistemáticas relevantes a la Opción 3

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	Reasignación de roles con énfasis en enfermería. • "Según una reciente revisión sistemática de calidad, las estrategias para mejorar la integración entre niveles asistenciales mediadas por enfermeras, sobre todo en intervenciones e iniciativas conjuntas entre atención primaria y especialistas, pueden lograr mayor cobertura y calidad de atención con entrenamiento adecuado en enfermedades crónicas, y en prevención primaria y secundaria". (22) • "En general, las enfermeras proporcionaron consultas más prolongadas, suministraron mayor información a los pacientes y convocaron a visitas más frecuentes que los médicos. (23)
	Capacitación y Entrenamiento de las enfermeras para ejercer nuevas funciones: • Una revisión sistemática de calidad de hace diez años, ya demuestra que "La capacitación continua puede lograr resultados a corto plazo en el desempeño de los recursos humanos en la atención primaria de salud, en conocimientos y habilidades". (24)
	Fortalecimiento de las habilidades para la gestión social de la salud a cargo de equipos multidisciplinarios: • No se encontraron revisiones sistemáticas sobre "Gestión social para la Salud" ni artículos originales referidos a este elemento pero una investigación cualitativa original de junio de 2010 aborda la evolución de la gestión social de la salud en las etapas de desarrollo de la APS, y caracteriza el modelo de gobernanza de clan que surge a partir de una participación social genuina, que desplaza al modelo burocrático, con acciones colectivas a partir de la adhesión voluntaria a valores compartidos, desarrollando colegiados de gestión -generándose un movimiento de APS- con fuerte compromiso social y mejora en el desempeño de los servicios" (26) • La misma investigación original, se refiere a la manera como Los mecanismos de gestión participativa refuerzan la gobernanza de clan y la instituyen, generando un conjunto de normas "informales" que delinean el modelo de atención y gestión del primer nivel de atención, favoreciendo los liderazgos compartidos, el desarrollo de la participación comunitaria, un crecimiento de la planificación local, la implementación de innovaciones y mejoras en los servicios de forma homogénea y la introducción de nuevos perfiles profesionales" médicos generalistas, trabajadores sociales y psicólogos con vocación comunitaria integrados durante el período previo- favoreciendo la consolidación del "movimiento pro- APS. (26)
Daños Potenciales	• En una revisión sistemática de alta calidad, se interpreta el "Grado de impacto en la carga de trabajo de las enfermeras y en el comportamiento de los médicos" como sobrecarga de trabajo. (24)

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Uso de recursos, costos y/o costo-efectividad	• "En general, no se halló una diferencia apreciable entre los médicos y las enfermeras en relación, la utilización de recursos o el costo". (25) • "Los ahorros en el costo dependen de la magnitud de la diferencia entre el sueldo de los médicos y las enfermeras, y puede ser contrarrestado por la baja productividad de las enfermeras en comparación con los médicos.". (24) • "Futuros estudios sobre el tema, deben prestar más atención a los aspectos económicos de la atención y evaluar la equivalencia y no la diferencia de los resultados". (14)
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales (de modo que el monitoreo y la evaluación podrían estar garantizados si estas opciones se llevan a cabo).	• "Si bien con la sustitución de médicos por enfermeras se podría reducir la carga de trabajo de los médicos y controlar los costos de la asistencia sanitaria, lograr tales reducciones depende del contexto particular de la atención. (24) • "El impacto sobre la carga de trabajo de los médicos y el costo directo de la atención fue variable. Los estudios sugieren que las enfermeras pueden brindar una alta calidad de cuidado en la atención primaria comparada a los médicos, aunque existe limitada evidencia para evaluar la equivalencia de cuidado comparando médicos y enfermeras, teniendo en cuenta limitaciones metodológicas y corto seguimiento, en general menos de un año". (24) • "Es posible que la carga de trabajo de los médicos no varíe, ya sea porque se utilicen las enfermeras para atender necesidades no atendidas anteriormente, o porque las enfermeras generan necesidades de atención que antes no existían". (24)
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar.	• "Las enfermeras adecuadamente entrenadas pueden brindar a los pacientes la misma atención de alta calidad que los médicos de atención primaria, y obtener similares resultados de salud. Sin embargo, esta conclusión debe considerarse con cautela ya que solamente un estudio estuvo capacitado para evaluar la equivalencia de la atención, muchos estudios presentaron limitaciones metodológicas, y el seguimiento de los pacientes fue en general de 12 meses o menos". (23) • En la revisión sistemática de Laurant en general, las enfermeras presentaron mayores tiempos de consulta y mayores tasas de convocatorias a consultas, y sin embargo lograron los mismos resultados de salud que los médicos. (23)
Opiniones y experiencias de las partes interesadas.	• "El pronóstico de salud de los pacientes en el proceso de cuidado, la utilización de recursos no se ve afectado y la satisfacción es mayor con las enfermeras, que otorgan mayor tiempo e información en la consulta, y realizan mayor número de controles". (23) • "Entre el 25% y el 70% del trabajo realizado por los médicos podría transferirse a las enfermeras. En la atención primaria, las enfermeras pueden realizar gran parte del trabajo de promoción de la salud de la medicina familiar, desempeñar un rol fundamental en el tratamiento habitual de las enfermedades crónicas como el asma, la diabetes y la cardiopatía coronaria".

Consideraciones sobre la equidad en relación a las tres opciones.

- *"Se cree que la integración de los servicios asegura que los servicios se administren y se presten juntos para lograr un servicio de alta calidad eficaz. También se cree que la integración de la atención resulta en una mejor salud en términos generales, acceso público a los servicios y el acceso equitativo para las personas de diferentes comunidades y niveles socioeconómicos, un servicio más conveniente y satisfactorio". (10) ³*
- El abordaje integrado de las Enfermedades crónicas en la atención primaria de salud, constituye una estrategia pro-equidad, orientada a disminuir la brecha de acceso de un importante porcentaje de personas que no acceden a servicios de salud que garanticen la continuidad del cuidado de enfermedades que afectan su calidad de vida, desempeño social y laboral.(2)
- Sin embargo, *"Mediante la suma de servicios adicionales a los consultorios existentes, se señaló recientemente que es posible que contribuya con el empeoramiento de la inequidad: en otras palabras, mientras que los servicios aumentan para los pacientes que ya reciben prestaciones, no existen beneficios con la integración y servicios adicionales para aquellas comunidades que no tienen acceso a los servicios (Victoria 2005) (10)*
- El manejo de las enfermedades crónicas además de servicios integrados, requiere garantizar el acceso a medicamentos costo efectivos, educación para el auto cuidado y participación activa de la comunidad, para disminuir las desigualdades.
- No se encontraron evidencias directamente vinculadas a los procesos de referencia y contra referencia y equidad. *La transferencia de roles de los médicos a las enfermeras, constituye una solución a la escasez de médicos, y ante las presiones por moderar costos y reducir las inequidades". (23)*

³ MSP/OPS-OMS. "Exclusión Social en Salud", Paraguay, 2006.

Tabla 4: Barreras potenciales para la implementación de las opciones.

Niveles	Opción 1:	Opción 2:	Opción 3:
	Planificación, Coordinación e intervención conjunta USF, especialistas y programas verticales para la continuidad del cuidado de pacientes con ECNT en el marco de una red integrada de servicios de salud.	Mecanismos de derivación (referencia y contra referencia) de pacientes en redes locales de salud acordes a criterios y normas.	"Reasignación de roles con énfasis en enfermería para mejorar la atención primaria de salud".
Paciente / individuo	Desconocimiento de los pacientes acerca de los procesos de reorientación de los servicios e insuficiente información acerca del cambio de roles y responsabilidades de los integrantes de las USF, manteniendo la demanda en el segundo nivel de atención. "los procesos comunicacionales tanto entre Médicos de APS y especialistas, muchas veces es informal, así como entre los equipos de atención primaria y los pacientes. Se recomienda formalizar la articulación o enlace entre médicos de APS y especialistas y garantizar espacios para discutir y planificar como mejorar esta comunicación. (27)	La ubicación geográfica de las comunidades rurales constituyen los mayores desafíos para el oportuno acceso a un proveedor de atención médica regular. Para las comunidades que residen en zonas rurales, en particular, hay una menor utilización de los servicios con el aumento de distancia. "creencias, prácticas y costumbres en relación al auto cuidado de la salud de los paciente que residen en comunidades alejadas favorece la utilización de la medicina ancestral" (28) "la distancia condiciona el acceso oportuno a un proveedor de atención médica regular, y a mayor distancia disminuye la utilización de los servicios de salud y se incrementa el gasto de bolsillo ante la necesidad de viajar a centros regionales. (15)	Los expertos del nivel local piensan que aun existe resistencia de los pacientes a aceptar ser atendidos por enfermeras, debido al liderazgo y preponderancia de los médicos. "En la mayoría de los estudios las preferencias del paciente fueron mixtas; algunos pacientes preferían ver a las enfermeras mientras que otros preferían ver a un médico." Esta preferencia podría relacionarse a la naturaleza del problema presentado. Es probable que se prefieran las enfermeras cuando el paciente cree que se trata de un problema 'menor' o 'frecuente', pero se prefiere a los médicos cuando se piensa que el problema es 'serio' o 'difícil". (23)nción primaria de salud "
Prestadores de atención en salud	Limitaciones o condiciones inadecuadas para la gestión de los procesos relacionados al diagnóstico y manejo de las enfermedades crónicas en el nivel local: acceso a servicios de especialistas y pruebas diagnósticas restringen la continuidad de atención para pacientes que habitan en comunidades rurales.	Dificultades para la comunicación, planificación, coordinación e intervención conjunta de los especialistas con los equipos de atención primaria para las derivaciones.	La cualificación del personal de enfermería que presta servicios en zonas rurales distantes presenta limitaciones. "La formación y la experiencia de las enfermeras varían considerablemente entre los países y dentro de los mismos. (16)

	"El desconocimiento mutuo, la diferente organización y la poca o nula comunicación entre los profesionales de los distintos ámbitos han sido factores condicionantes de los resultados esperados en la atención compartida".(23)		La principal barrera es "la sobrecarga del personal con tareas múltiples en la atención integrada". (23)
Organización	Limitaciones estructurales, capacidad instalada (infraestructura, equipamiento y tecnología básica) y limitaciones de orden financiero, en el marco de grandes asimetrías entre regiones y entre distritos o localidades dificultarían la aplicación de instrumentos padronizados establecidos en protocolos y normas, así como los procesos de integración de las redes de servicios de salud. "...no se ha evaluado suficientemente el aspecto financiero del abordaje integrado en los estudios que aplicaron el modelo de cuidados crónicos. (23)	No se cumplen los algoritmos o pasos de manera estandarizada en todos los establecimientos por asimetría de capacidades, discontinuidad de acceso del personal y profesionales de la salud a protocolos y normas estandarizadas, disponibilidad de ambulancias e instrumentos de registro (hojas de derivación) y otros aspectos vinculados a la logística.	Debe existir mecanismos de regulación sólidos para corregir el exceso de trabajo generado a partir de la transferencia y substitución de roles, de lo contrario puede constituirse en una barrera.
Sistema	La exclusión social se perpetua por el modelo fragmentado y segmentado de salud, que aun no logra articular funcionalmente a los subsistemas público y privado. Cuando no hay capacidad resolutoria predomina la medicina tradicional o ancestral.	Ante la ausencia de un sistema informático de soporte, la utilización de las hojas de derivación estructuradas para enfermedades complejas y para un espectro más amplio de enfermedades puede generar sobrecarga de trabajo para los médicos generales. Por lo cual se podría tener en cuenta la necesidad de un sistema informático bien estructurado, para el manejo de las enfermedades importantes más frecuentes. (29)	Restricciones presupuestarias pueden generar inadecuadas retribuciones e insatisfacción del personal de salud. "90% de los estudios consideró que la desmotivación de enfermeras profesionales se debe a bajos salarios y mejora la permanencia con incentivos financieros además de la necesidad de otras motivaciones" (30)

CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACION.

Si bien existen estrategias específicas para determinadas opciones, se constatan estrategias "transversales" que facilitan la implementación de opciones múltiples, como por ejemplo las externalidades positivas que generan los procesos de capacitación de personal y profesionales de la salud, la participación comunitaria e intersectorial y el uso de las tecnologías de información y comunicación para la salud, entre otras incluyendo herramientas electrónicas. (2) (4) (6) (23)

Para el abordaje de las enfermedades crónicas en la atención primaria de salud es importante el involucramiento de los especialistas locales y regionales en el trabajo conjunto con los equipos de salud de la familia (ESF). (1)

La conformación de los equipos de salud debería considerar la participación activa del especialista local o médico internista local con experiencia, además de nutricionistas, enfermeras, y educadores, a fin de acompañar y fortalecer los conocimientos, habilidades y prácticas de los integrantes de las USF, en el proceso de integración.

La evidencia acerca de intervenciones multifacéticas para la continuidad del cuidado de las enfermedades crónicas, apunta a la elección de un diseño estructurado para el otorgamiento de servicios, con capacitación, auditoría y feedback adecuados, y con un sistema de información clínica lo más desarrollado posible, con activa participación comunitaria y el énfasis en el auto cuidado del paciente. (4)

Se han identificado barreras específicas que pueden obstaculizar el proceso de integración, derivación y reasignación de roles, vinculados a las realidades locales que pueden contribuir a caracterizar con mayor aproximación escenarios virtuales intervenibles con medidas diseñadas de acuerdo a las particularidades identificadas. (12)

REFERENCIAS.

1. MSPyBS. Manejo de las Enfermedades Crónicas en la Atención Primaria de Salud. Paraguay, 2009.
2. Plan Estratégico de Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2009 - 2013. Resolución 242/2010. Paraguay, 2009.
3. OPS/OMS. La Salud en las Américas. Washington D.C, OPS/OMS; 2003.
4. Sánchez RA et al. Latin American guidelines on hypertension. Latin American Expert Group. J Hypertens 2009; 27 (5):905-922.
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de salud Paraguay 2010. Asunción: OPS/OMS; 2010.
6. OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Americas. Washington D.C. OPS/OMS; 2007.
7. The Robert Wood Johnson Foundation. Improving Chronic Illness Care. The chronic model care. Citado en mayo de 2007. Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
8. Smith SM, Albright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007 (3):CD004910.
9. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006, Issue 2. Art. No.: CD003318. DOI: 1002/14651858.CD003318.pub2.
10. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, et-al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ. 2002 ;325(7370):925.
11. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R., Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int J Qual Health Care. 2005; 17:141-146.
12. Dudley L, Garner P. Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD003318. DOI: 10.1002/14651858.CD003318.pub3.
13. Minkman M, Ahaus K., Huijsman R.. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. Intern J Qual Health Care. 2007;12(2):90-104.

14. Tsai A, Morton S., Mangione C, Keeler E. A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. *Manag Care*. 2005;11:478-488.
15. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et-al. Visitas de extensión educativas: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de salud (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons,Ltd.). Fecha de modificación significativa más reciente: 13 de mayo de 2005.
16. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et-al.. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Actualizada el 13 de mayo de 2005.
17. Gosden T, Forland F., Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et-al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 04, Art. No. CD002215. DOI: 10.1002/14651858.CD002215.pub3.
18. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy and Planning* 2010;25(1): 1-14.
19. Grobler Liesl, Marais Ben J, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group (up to July 2007), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) and the Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (up to July 2007).
20. Davis DA, Haynes RB, Harvey EL. Visitas de extensión educativas: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de salud (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 8. Art. No.: CD005471. DOI: 10.1002/14651858.CD005471.pub3. *Cochrane Database Syst Rev*[Internet]. 2011, [citado 2011 Ago 8] Disponible en: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005471/frame.html> (puede usarse la página del bvs <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=3300&id=CD005471&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes>)
22. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B.Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Apr18; (2):CD001271.

23. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008 Dec 4;8:247.:247.
24. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Van JT, Assendelft WJ . Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*. 2001;24(10):1821-1833.
25. Brown S A, Grimes DE, . A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs Res*. 1995;44(6):332-339.
26. Bascolo E, Yavich N. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Rosario, Argentina; 2010.
27. Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural and Remote Health* 9 (online), 2009: 1142. Available from: <http://www.rrh.org.au>
28. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters T J, et-al . A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *British Journal of General Practice*. 2003;53:878-884.
29. Bryan C, Boren SA . The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/ primary care setting: a systematic review of the literature. *Informatics in Primary Care*. 2008;16(2) :79-91.
30. Lavis JN, Boyko JA. Evidence Brief: Strengthening Chronic Disease Management in Ontario. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 19, October, 2009.
31. Fernandez Liz E, Luque Mellado F J,. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada [A systematic review of therapy coordination between primary and specialist care]. *Atencion Primaria* 2007;39(1) :15-21.
32. Dieleman, M. Gerretsen, B. Van der Wilt, G. Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: a realist review. IKIT Development, Policy and Practice, Royal Tropical Institute, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Department of Epidemiology, Biostatistics and HTA. The Netherlands. 2009.

APENDICES.

Las siguientes tablas proporcionan información detallada acerca de las revisiones sistemáticas identificadas para cada opción.

El apéndice 1 corresponde en detalle a las estrategias de búsqueda y selección de información.

Los apéndices 2, 3 y 4 corresponden al registro y evaluación de cada una de las revisiones sistemáticas leídas, según opciones.

Cada fila de la tabla corresponde a una revisión sistemática en particular. El foco de la revisión se describe en la segunda columna. Los principales hallazgos de la revisión que se relacionan con la opción se enumeran en la tercera columna, mientras que en la cuarta columna se presenta una clasificación de la calidad general de la revisión. La calidad de cada revisión se ha evaluado utilizando AMSTAR⁴ (A MeaSurement Tool to Assess Reviews), un Instrumento de Medida para Evaluar Revisiones), que califica la calidad global en una escala de 0 a 11, donde 11/11 representa una revisión de la más alta calidad. La herramienta SURE, es cualitativa.

Las tres últimas columnas proporcionan información acerca de la utilidad de la revisión en términos de aplicabilidad local, equidad y aplicabilidad del tema. La quinta columna señala la proporción de estudios que se realizaron en determinado país, mientras que la sexta columna indica la proporción de estudios incluidos en la revisión que tratan explícitamente de uno de los grupos priorizados - poblaciones rurales, distantes y pobres- La última columna indica la aplicabilidad del tema de la revisión en términos de si aborda o no el problema de acceso a servicios múltiples para el abordaje integrado de las enfermedades crónicas en la atención primaria de salud.

Toda la información proporcionada en las tablas de los apéndices ha sido tomada en cuenta por los autores del resumen ejecutivo para la elaboración de tablas 2 a 4 del texto principal del resumen.

⁴ La herramienta AMSTAR se desarrolló para evaluar revisiones enfocadas a intervenciones clínicas, de modo que no todos los criterios se aplican a las revisiones sistemáticas relativas a mecanismos de prestación, financieros o de gobernanza dentro de los sistemas de salud. Si el denominador no es de 11, los evaluadores consideraron no pertinente un aspecto de la herramienta. Al comparar puntuaciones, es, por lo tanto, importante tener en mente las dos partes de la puntuación (es decir, el numerador y el denominador). Por ejemplo, una revisión con una puntuación de 8/8 es, en general, de calidad comparable a una revisión de puntuación 11/11, siendo ambas consideradas "altas puntuaciones." Una puntuación alta indica que los lectores de la revisión pueden tener un alto nivel de confianza en sus hallazgos. Una puntuación baja, en cambio, no significa que se debe descartar la revisión sino que se puede tener menos confianza en sus hallazgos y que la revisión se debe examinar detalladamente para identificar sus limitaciones. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. Health Research Policy and Systems 2009;7(Suppl 1):S8).

Apéndice 1: Buscando revisiones sistemáticas.

Metodología de búsqueda de revisiones sistemáticas y otras evidencias científicas sobre las opciones.

Se realizó un taller de búsqueda con la participación de 7 profesionales (4 bibliotecólogas, 3 médicas, 2 investigadoras con formación en revisiones sistemáticas y metanálisis y 1 médica especialista en epidemiología con experiencia en búsqueda). Se analizó la definición de las opciones de política y sus respectivos elementos explicitados en la caracterización. Se consideraron los siguientes LÍMITES: Revisiones Sistemáticas, fecha (últimos 10 años), tipo de estudio RCT.

Criterios de inclusión:

- 1) **Tipo de estudio y publicación:** revisiones sistemáticas e investigaciones originales vinculadas a la gestión de la atención y continuidad del cuidado de las ECNT e intervenciones específicas conjuntas entre el primer nivel de Atención y especialistas en países en desarrollo;
- 2) **Idiomas:** inglés, español y portugués;
- 3) **Límite temporal:** publicaciones desde 1978 hasta 2010.

Se accedió al texto completo de todas las revisiones sistemáticas seleccionadas, se trabajó con una lista de verificación conteniendo citas, tipos de estudio, objetivos, intervenciones, participantes, y aplicación de herramientas de evaluación de calidad. Los estudios que no llenaban estos ítems fueron excluidos, al no permitir la comparabilidad.

Selección de palabras:

La selección de palabras de búsqueda utilizando términos MeSH, DeCS y no MeSH, no DeCS, asignando la búsqueda en grupos de 2, ampliando las oportunidades de búsqueda con la combinación de términos a través conectores booleanos. Se identificaron términos adicionales a partir de la revisión de referencias de estudios incluidos.

Tabla 1

Palabras MeSH (descriptores)	Palabras no MeSH	DeCS	Palabras no DeCS
OPCION 1: “Planificación, Coordinación e intervención conjunta USF, especialistas y programas verticales para la continuidad del cuidado de pacientes con ECNT en el marco de una red integrada de servicios de salud” PREGUNTA: Cuales son las mejores estrategias para mejorar la planificación, coordinación para la atención integrada en el nivel local?			
“Public Health” – “Health policy” “Primary Healthcare” “Health planning” “Health promotion” “Health services” “Health care quality, access and evaluation” “Continuity of patient care”	“Integration for continuity care” “Planification” “Planning integrated” “Integration” “Integration healthcare” “integrated approach” “Chronic diseases” “Family health care”	“Prestación de atención de salud” “Instalaciones para atención de salud”	Planificación integrada Coordinación integrada Gestión integrada
OPCION 2: “Mecanismos de derivación (referencia y contra referencia) de pacientes en redes locales de salud acordes a criterios y normas”. PREGUNTA: Cuales son las principales estrategias para mejorar el proceso de derivación desde el primer nivel al segundo y tercer nivel para la continuidad del cuidado?			
“Primary Healthcare” “Patient care management” “Continuity of patient care”	“Referral” “Referral and counter”		Referencia - Contra referencia Derivación - Regulación Continuidad del cuidado Centro regulador
OPCION 3: “Reasignación de roles con énfasis en enfermería para mejorar la atención primaria de salud “ PREGUNTA: Existen experiencias exitosas sobre reasignación de roles en el primer nivel ante las brechas de dotación de personal de salud?			
Disciplines Occupation categories” “Nursing” “Nursing practical” “Education nursing” “Advanced practice nursing” “Community Health nursing” “Public Health nursing” “Specialties nursing”	“reallocation roles” “convertibility roles” “changes roles”	“Prestación de atención de salud” “Recursos Humanos” “Necesidades y demandas de servicios de salud” “Actitud del personal de salud” “Enfermeras”	Reasignación de roles Cambio de roles Convertibilidad de roles

Selección de Fuentes de Información: Las fuentes de información consideradas en este trabajo incluyeron: Medline (Biblioteca Pubmed), la plataforma de la Biblioteca Virtual en Salud BVS/BIREME/OPS -<http://regional.bvsalud.org>, Biblioteca Cochrane plus (EPOC), Universidad Mc Master (<http://www.researchtopolicy.org>, <http://www.healthsystemsevidence.org>, <http://www.health-evidence.ca>), Scholar google, Google Académico. LILACS. SCIELO.

Estrategias de búsqueda complementaria: Revisión manual de investigadores, revisión de páginas web relacionadas para la obtención de datos estadísticos (www.mspbs.gov.py, www.dgeec.gov.py, www.paho.org, www.ops.org.py, sitios de la administración pública: www.presidencia.gov.py, www.stp.gov.py.

Revisión de citas bibliográficas de revisiones sistemáticas seleccionadas.

Tabla 2
Estrategia de Búsqueda ⁵

Componentes de la pregunta		
Situación /Población	Intervención	Resultado
Atención Primaria de Salud - Salud de la Familia	Planificación- coordinación integrada primer nivel y especialistas	Mejora continuidad del cuidado Continuity health care
Base de datos= Medline (Pubmed)		
A Situación/Población	B Intervención/Resultado	C Área Geográfica
Primary Healthcare: Continuity of health care:	Family health care	Low and middle income countries
Estrategias de búsqueda: A + B; +C		
A Situación/Población	B Intervención/Resultado	
"Atencion primaria de salud" ⁵ : or "salud de la familia": "Continuidad del cuidado"	(primary healthcare OR health family care OR continuity of patient care	
Estrategias de búsqueda: A + B;		
Google Académico en ingles y español		
Descriptores		
A Situación/Población	B Intervención/Resultado	
Abordaje integrado enfermedades crónicas	Continuidad del cuidado	
Integration for continuity care – referral patients		
Estrategias de búsqueda: A + B;		
Biblioteca Cochrane Plus y Cochrane Library (a través de la BVS y Hinari)		
Key words: “Primary health care” y “Family health care”, “Continuity for patient care”, “referral patients”, “allocation roles”		
Biblioteca Universidad Mc Master - http://www.researchtopolicy.org - http://www.healthsystemsevidence.org		
Primary health care or family health care or continuity patient care		

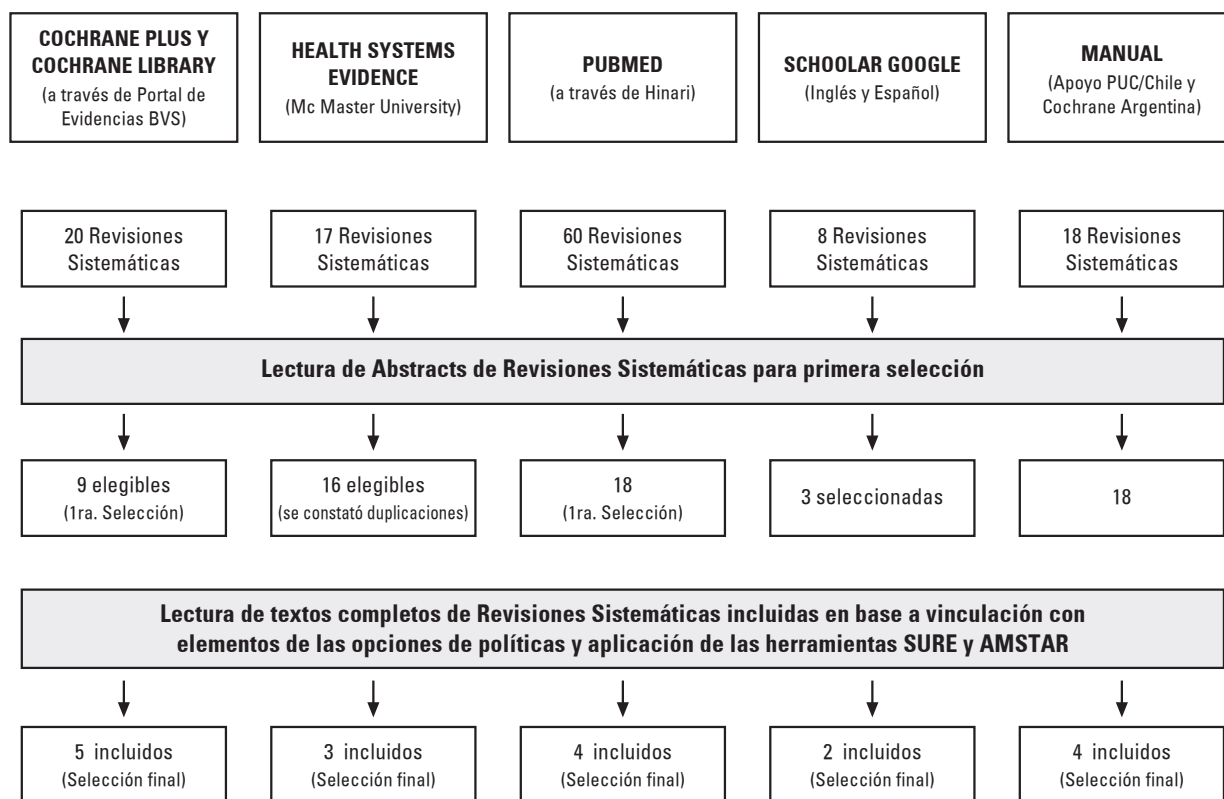
Tabla 3
Resumen de las bases de datos consultadas

Base datos	Resultados	Elegibles	Conseguidos	Incluidos
Pub Med 1	60	18	8	4
The Cochrane plus	12	9	5	5
The Cochrane Library	8	7	4	4
McMaster Health Forum	17	16	10	3
Google Académico Español e ingles	8	3	2	2
Búsqueda Manual (Rev. Citas de RS)	18	4	18	4

⁵ Presentada según modelo de tablas desarrolladas por García Dieguez M, Esandi ME, de Luca M, Chapman E, Ortiz Z para el Grupo Promotor de Políticas Informadas (GPPI) del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina) o (Presentada según modelo de tablas desarrolladas por el Grupo Promotor de Políticas Informadas (GPPI) del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina).

Cuadro 3
Algoritmos de hallazgos según fuentes de información consultadas.

La búsqueda electrónica produjo diferentes números de referencias a partir de las combinaciones de palabras clave, para cada fuente. De los artículos identificados como potencialmente relevantes para cada opción y pregunta de investigación, a partir de la lectura de los abstracts, se seleccionaron los textos completos que llenaban los criterios de inclusión, a todos los cuales se aplicó las herramientas de evaluación de calidad AMSTAR y SURE, antes de la inclusión final. De alrededor de 600 artículos vinculados a la atención primaria de salud, fueron preseleccionadas 123 revisiones sistemáticas, de las cuales fueron elegidas 43 para revisión a profundidad que forman parte de la lista de referencia y base de datos en Excel, quedando finalmente incluidas 18 revisiones sistemáticas y algunas investigaciones originales y documentos.



Apéndice 2: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 1

Atención integral e integrada para el manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en coordinación con los especialistas y programas verticales para la continuidad del cuidado de pacientes con ECNT en el marco de una red integrada de servicios de salud.

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática, autor y último año de la revisión	Hallazgos Claves	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco en brechas de dotación
Planificación, organización y coordinación conjunta entre equipos de salud de la familia, especialistas y gerentes de los programas verticales de ECNT.	Atención compartida entre médicos de APS y atención especializada en la entrega planificada de la atención para EC. Smith SM, Albright y col. 2008 (8)	Hay evidencia que en la atención compartida mejora la Prescripción de medicamentos y la adherencia al tratamiento. Las admisiones hospitalarias en la atención compartida demostró reducción de internaciones en pacientes de edad avanzada y en aquellos con alta morbilidad basal. Es difícil determinar la exacta contribución de cada uno de los componentes de las intervenciones en la atención compartida.	9/11	Confiable	0/20	7/20	SI
	Atención compartida entre médicos de APS y atención especializada en la entrega planificada de la atención para ECNT. Grimshaw JM, Winkens RAG, y col. 2008. (16)	- La comunicación entre Médicos de APS y especialistas es informal y depende de los especialistas. - La comunicación puede mejorar a través de un organizador de citas y seguimiento. - El enlace entre médicos de APS y especialistas debe ser discutido y planificado. - Tarjetas de registro de atención compartida pueden ser utilizados. - Atención compartida con ayuda de correo electrónico y pc con un repositorio central o un registro central informatizado y coordinado para organizar a los pacientes.	9/11	Confiable (Solos menores limitaciones)	0/17	0/17	

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática, autor y último año de la revisión	Hallazgos Claves	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco en brechas de dotación
	Programas verticales versus programas integrados. Atun R, de Jongh T, y col. 2010 (18)	En la práctica los sistemas de salud combinan programas no integrados o programas verticales, y programas integrados, pero la proporción, naturaleza y extensión de estas intervenciones varían enormemente, a fin de dar solución a los problemas emergentes.	9/11	Limitaciones importantes	0/55	0/55	NO
	Integración a través de intervenciones compartidas entre la APS y la AH en pacientes diabéticos tipo 2 encontró mejoras en las dimensiones psicosocial y de proceso. Fernández, E. Luque Mellado, F.J y col. 2007. (31)	Intervención compartidas entre la APS y la AH en pacientes diabéticos tipo 2 encontró mejoras en las dimensiones psicosocial y de proceso. Creación de comités farmacoterapéuticos integrados por profesionales de AP y AH para elaboración o adaptación de guías de práctica clínica y formularios conjuntos de ámbito local.	9/11	Limitaciones importantes	0/36	36/36	SI
	Intervención para mejorar la prestación de servicios. Gosden T., Forland F. y col. 2009. (17)	"Hay evidencia que indica que los médicos de APS proporcionan una mayor cantidad de atenciones bajo el sistema de pago por servicios, en comparación con la capitación (pago por cada paciente atendido) y con el salario, aunque los efectos a largo plazo no son claros.	9/11	Confiable	0/4	4/4	N/A
Modelo de cuidados crónicos para mejorar la planificación y organización de la atención	Modelo de manejo de enfermedades crónicas para mejorar la planificación y organización de la atención Minkman K., Huijman y col. 2007. (13)	Existe evidencia que intervenciones basadas en la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos puede mejorar el desempeño de cuidados o los resultados, de enfermedades crónicas.	7/11	Limitaciones importantes	0/37	37/37	SI

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática, autor y último año de la revisión	Hallazgos Claves	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco en brechas de dotación
Modelo de Cuidados Crónicos en la atención compartida.	Modelo de Cuidados Crónicos en las APS mejora el proceso de cuidado de pacientes con ECNT Tsai, A. Morton, S. y col. 2005 (14)	La incorporación de uno o más elementos del Modelo de Cuidados Crónicos mejora el proceso de cuidado, el pronóstico clínico y en menor proporción la calidad de vida, de varias enfermedades crónicas. Los elementos más utilizados son el apoyo al auto cuidado del paciente, el diseño de prestación de servicios y el apoyo a la toma de decisiones. Intervenciones con múltiples componentes son mas eficaces por su efecto sinérgico, que aquellas con intervenciones únicas.	7/11	Limitaciones importantes	0/112	52/112	SI
Integración de la atención de las ECNT en las redes de atención primaria y servicios de salud de segundo y tercer nivel. La integración procura mejorar la eficiencia y calidad del servicio, y así maximizar el uso de los recursos y de las oportunidades.	Examina la efectividad de las estrategias de integración en el lugar de la prestación y la existencia de un conjunto básico de componentes en los programas de atención integrada. Briggs, CJ Gardner, P 2006. (9)	La atención integral a los pacientes parece tener efectos positivos en la calidad del cuidado y en el estado de salud de pacientes con ECNT. A partir de la investigación, no se demuestra que la promoción de la integración en la atención primaria de salud tenga una efectividad generalizada. Del lado del proveedor de salud existe inquietudes con respecto a la sobrecarga del personal con tareas múltiples en la atención integrada.	9/11	Limitaciones importantes	0/5	0/5	Los gestores expresan inquietudes con respecto a la sobrecarga del personal con tareas múltiples en el contexto de la atención integrada con el riesgo inherente de que luego no se presenten ninguno de los servicios particularmente bien.

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática, autor y último año de la revisión	Hallazgos Claves	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco en brechas de dotación
Coordinación terapéutica entre atención primaria y atención hospitalaria.	Se revisa experiencias de integración a través de intervenciones compartidas entre la atención primaria de salud y la atención hospitalaria y sus resultados Fernández, E. Luque Mellado, F.J. 2007. (31)	Intervención compartidas entre la APS y la AH en pacientes diabéticos tipo 2 encontró mejoras en las dimensiones psicosocial y de proceso. Creación de comités farmacoterapéuticos integrados por profesionales de AP y AH para elaboración o adaptación de guías de práctica clínica y formularios conjuntos de ámbito local.	6/11	Limitaciones importantes	(?)	(?)	Mala coordinación o mal uso del sistema sanitario.
Abordaje integrado de las ECNT en la atención primaria de salud.	Esta revisión analiza un conjunto básico de componentes en los programas integrados de atención. Ouwens, M y Col. 2005. (11)	Esta revisión mostró que la atención integral a los pacientes parecía tener efectos positivos en la calidad del cuidado.	5/11	Limitaciones importantes	0/13	13/13	SI
Implementación de Educación Permanente conjunta entre especialistas y equipos de atención primaria.	Intervenciones para Mejorar la formación de Profesionales de la APS. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD. (15)	Visitas de extensión educativas, a fin de proveerles de información y capacitación necesaria en su lugar de trabajo, ha demostrado cierta efectividad.	11/11	Confiable, solo menores limitaciones	0/69	53/69	N/A

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática, autor y último año de la revisión	Hallazgos Claves	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco en brechas de dotación
Monitoreo y evaluación del desempeño de los equipos de salud de la familia en el manejo de las ECNT.	S c o u t , R . Weingarten, J. (10)	Sistemas recordatorios a los proveedores para realizar tareas específicas en el manejo de pacientes, con sistemas de evaluación del control de enfermedad, han demostrado ser efectivos. Feedback entre los especialistas y los Proveedores de salud de la APS mostraron significativo mejor control de la enfermedad, y mejoría del proceso de integración. Este mismo estudio se refiere a los beneficios de incluir en las evaluaciones de gestión, la medición de efectividad de las intervenciones utilizando grupos de control y las mejoras percibidas en la calidad de la atención introduciendo incentivos económicos. Sistemas de evaluación de control de la enfermedad ha demostrado mejor manejo de las patologías, principalmente de diabetes y depresión.	6/11	Limitaciones importantes	0/102	56/102	SI

Apéndice 3: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 2.

Adecuación de mecanismos de derivación (referencia y contra referencia) de pacientes en redes locales de salud acordes a criterios y normas.

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática	Hallazgos Claves	Año última revisión	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco (inserte el problema o propósito)
Coordinación y organización conjunta de médicos de familia y especialistas para la derivación.	Atención compartida entre médicos de APS y atención especializada en la entrega planificada de la atención para ECNT. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. (8)	- La comunicación entre Médicos de APS y especialistas es informal y depende de los especialistas. - El enlace entre médicos de APS y especialistas debe ser discutido y planificado. - Uso de Tarjetas de registro y correo electrónico para la atención compartida. - Repositorio central coordinado.	2007	9/11	Confiable (solo limitaciones.	0	95% 19/20	Déficit organizacional y de cualificación para los procesos de derivación.
Regulación de los procesos de derivación de la atención primaria a la atención secundaria.	Estimación de la efectividad de las intervenciones para modificar las tasas de derivación de pacientes ambulatorios. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA (21)	Intervenciones efectivas: - Participación de especialistas en actividades de formación, - Uso de hojas de derivación estructuradas, - Requisito de segunda opinión.	(?)	10/11	Confiable (solo limitaciones.	0	(?)	Déficit de evaluación y seguimiento para medir el resultado de intervenciones implementadas para disminuir derivaciones innecesarias.
Regulación de los procesos de derivación de la atención primaria a la atención secundaria.	Analiza los factores relacionados a la efectividad y eficiencia de las derivaciones desde el primer nivel al segundo y tercer nivel de atención. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, y col. 2008 (16)	Formación: uso de formularios estándar e implicación de los especialistas en la formación. Organización: disposición de una segunda opinión antes de la derivación o la mejora de los servicios prestados previos a una derivación (Ej. ofrecer el acceso a un fisioterapeuta) pueden mejorar el proceso de derivación. Financieros: Los cambios número de derivaciones pero se desconoce si estos cambios mejoran la calidad o adecuación de las mismas.	2008	8/11	Limitaciones importantes	11 de 17 Reino Unido	88% 15 de 17	Derivaciones innecesarias desde el primer nivel de atención al segundo y tercer nivel.

Apéndice 4: Resumen de las revisiones sistemáticas relevantes para la Opción 3.

Reasignación de roles con énfasis en enfermería para mejorar el manejo de las ECNT en atención primaria de salud.

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática, autor y último año de la revisión	Hallazgos Claves	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco en brechas de dotación
Reasignación de roles con énfasis en enfermería.	Enfermeras adecuadamente entrenadas pueden brindar a los pacientes la misma atención de alta calidad que los médicos de APS y obtener similares resultados de salud. Laurant M, Reeves D, Hermens R. y col. (22)	Las enfermeras que trabajan como substitutos pueden brindar la misma atención de alta calidad con un costo más bajo. Las enfermeras tienden a proporcionar mayor asesoramiento sanitario y logran niveles más altos de satisfacción en los pacientes.	8/11	Limitaciones importantes	GB: 75% USA y Canadá: 25%	22% 15/67	Dificultades para retener al personal y profesionales existentes en zonas subatendidas y pobres.
Reasignación de roles con énfasis en enfermería.	Diferencias entre los resultados obtenidos en pacientes atendidos por médicos y pacientes atendidos por enfermeras. Brown, SA, Grimes DE y col. (25)	- Se constato mayor cumplimiento del paciente con las recomendaciones de tratamiento a cargo de las enfermeras que con los médicos. - Resolución satisfactoria de condiciones patológicas. - Se utilizan menos tecnología y analgesia en partos mediados por obstetras. - Los resultados neonatales logrados son similares que con los médicos. - No se pudo responder bajo que condiciones se lograron estos resultados y si son costo efectivos.	7/11	Limitaciones importantes	No se encontró	86% 33/38	El proceso de atención primaria debe ser estudiado, a través de indicadores sensibles de proceso además de la necesidad de abordar costo-efectividad por tipo de proveedor.

Elemento de la opción	Foco de la revisión sistemática, autor y último año de la revisión	Hallazgos Claves	AMSTAR (calificación de calidad)	SURE	Proporción de estudios que/país	Proporción de estudios que tratan de cada grupo priorizado	Foco en brechas de dotación
Fortalecimiento de las habilidades para la gestión social de la salud a cargo de equipos multidisciplinarios.	Participación activa de las autoridades locales, las comunidades, el personal local y la adaptación al contexto particular para identificar y aplicar soluciones a los problemas. D i e l e m a n , M . Gerretsen, B. y col. (32)	Intervenciones de gestión de recursos humanos de salud puede mejorar el rendimiento de los trabajadores de salud, sino que los contextos diferentes producen resultados diferentes. Es imperativo implementar intervenciones de formación antes de iniciar los cambios en las estrategias sobre todo en trabajadores comunitarios	8/11	Limitaciones importantes	GB: 75% U S A y C a n a d á : 25%	22% 15/67	La conciencia y empoderamiento del personal sanitario, el manejo de información actualizada y la construcción de un sentido de pertenencia y respeto hacia los problemas locales contribuyen en la motivación para instalar cambios. Además, el personal se motiva ante la mejora visible de la calidad de la atención y el suplemento del salario.
Brechas de dotación de RRHH en zonas subatendidas.	Motivaciones para retener a personal y trabajadores de la salud. Willis-Shattuck M. y col. (23)	90% de los estudios considero que la desmotivación se debe a bajos salarios y mejora la permanencia con incentivos financieros. Otras motivaciones en orden de importancia: • 80% atribuida a la calidad de relacion gerencial, • la educación continua y • la infraestructura hospitalaria (drogas y equipamientos), fue de alta importancia para trabajadores jóvenes, • El reconocimiento y la apreciación.	7/11	Limitaciones importantes	No se encontró	86% 33/38	La evidencia demuestra que las mejores estrategias combinan incentivos financieros y promoción de mejores oportunidades y condiciones de vida y trabajo, lo que atrae más a los trabajadores de la salud que solo el incremento de los salarios.