***Factores que inciden en la tasa de derivación de los médicos de la Atención Primaria de Salud***

**Antecedentes**

Desde mediados del siglo XX, ha habido un interés creciente de los Estados por garantizar el acceso a una salud de mejor calidad para las comunidades. Como consecuencia de ello la OMS (1978) firma la Declaración de Alma-Ata donde define a la Atención Primaria como el nivel “clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo, conforme al espíritu de la justicia social”. La APS “representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

En Chile, este llamado fue recogido a través de las primeras normativas conducentes hacia un modelo de atención de salud integral, que datan de 1993. Desde ese momento, las distintas guían han hecho énfasis en cuáles serían los aspectos claves para construir un sistema de salud “centrado en las personas, (con) integralidad de la atención y continuidad del cuidado” (MINSAL y OPS, 2013). Conceptos como la efectividad, la eficacia, la pertinencia cultural y la resolutividad han emergido como nuevos referentes en la gestión de las instituciones de salud.

La resolutividad o capacidad de resolución es un objetivo frecuente de muchos centros de salud primaria, pero los conceptos difieren notablemente en la literatura y también así, los indicadores para su estimación. Peñaloza *et ál* (2010) han formulado una definición acorde a la realidad nacional, que señala que la resolutividad es la “capacidad de un centro de atención primaria de diagnosticar correctamente y tratar eficazmente a los pacientes que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención primaria”. De acuerdo con estos autores, la resolutividad es medible a través de la evaluación del desempeño de los profesionales y su apego a las guías clínicas.

Sin embargo, a nivel internacional, algunos autores trabajan con otros indicadores como son el porcentaje de derivaciones al nivel secundario, tanto de las consultas de urgencia como de aquellas electivas (Domenech *et ál*, 2016). Otros investigadores, como Caminal-Homar *et ál* (2005), a partir de la experiencia norteamericana que cuenta con un modelo de *general practice* -pero no con uno de atención primaria integral- estudian la capacidad de resolución de la atención primaria a partir del número de hospitalizaciones por causas eventualmente prevenibles en la práctica ambulatoria habitual (Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria: CSAA, o ACSC por sus siglas en inglés). Por último, entendiendo que la labor de la atención primaria es el cuidado integral, interprofesional y con fines preventivos, algunos estudios cubanos enfocan la resolutividad como el cumplimiento de las metas de seguimiento de los pacientes (dispensarización) y del Análisis de Situación de Salud (Chacón Viltres *et ál*, 2018).

En Chile, la lista de espera para el acceso a horas de especialista ha sido motivo de amplia discusión (Estay *et* ál, 2017) y se asocia directamente a limitaciones de la resolutividad. Se ha demostrado que la existencia de médicos familiares en establecimientos de atención primaria reduce significativamente la tasa de derivación al nivel secundario, en comparación a aquellos recintos que solamente cuentan con médicos generales (Bass, 2012). Algunas causas como la falta de equipamiento especializado, o la escasa capacitación del personal médico han sido señalados como factores que aumentan los porcentajes de derivación. En cambio, la participación de especialistas en APS, cuando se acompañan de consultorías y trabajo coordinado con sus colegas, han logrado disminuir el flujo de usuarios a otros niveles del sistema a la vez que mejoran los indicadores sanitarios (Gruen *et ál*, 2003).

Es necesario estudiar adecuadamente la resolutividad de la atención primaria chilena. Para ello se propone realizar un estudio focalizado en las derivaciones a especialistas y que características de los centros de salud y su capital humano incide en mayor o menor capacidad de resolución.

**Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el porcentaje de resolutividad de los profesionales de Atención Primaria en Chile y qué características de los centros de salud se asocian positiva o negativamente con éste?

**Objetivos**

Principal:Determinar características de los centros de salud de atención primaria y de su personal que se relacionen positivamente con menores índices de derivación a nivel secundario.

Específicos:

- Analizar las solicitudes de derivación realizadas por una muestra de centros de atención primaria en función de la especialidad de destino, el motivo de consulta y perfil demográfico de los usuarios.

- Calcular la tasa de derivación a partir del número de solicitudes y el número total de consultas realizadas, por centro de salud y por profesional.

- Correlacionar características del profesional (especialización, formación de postgrado, años de experiencia laboral y universidad de pregrado) con las tasas de derivación.

- Correlacionar características del centro de salud (contraloría médica, creación de programas de resolutividad y metas sanitarias) con las tasas de derivación.

**Metodología:**

Se realizará un estudio cuantitativo a partir de las bases de datos de dos servicios de salud del país, el primero de ellos con un porcentaje de población eminentemente rural, y el otro fundamentalmente urbano (SS Araucanía Sur y SS Metropolitano Sur-Oriente). Ambos servicios de salud cuentan con sistemas informáticos integrados entre nivel primario y secundario.

**Referencias bibliográficas**

Bass, C. (2012, diciembre). Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary? *Medwave*, 12(11):e5571. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.11.5571>.

Caminal Homar, J., Martín Zurro, A., Grupo del Acuerdo de Bellaterra (2005). *Aten. Primaria*, 2005; 36(8):456-61.

Chacón Viltres, O., García Milian, A., López Puig, P., & Alonso Carbonell, L. (2018). Evaluación de la resolutividad en equipos básicos de salud en el municipio Tercer Frente. *Revista De Información Científica para la Dirección en Salud*, 0(28), 61-79.

Domenech, D., Strozzi, D., Antúnez de Oliveira, L., Antúnez, M., Castro, G., Álvez, J., Durante, R., Fernández, A. L., Guillerminot, N., Heinzen, J., Odella, K., Santos, J. P. (2016). Capacidad resolutiva del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú 2014. *Revista Médica Uruguaya,* 32(3): 137-144.

Estay, R., Cuadrado, C., Crispi, F., González, F., Alvarado, F., Cabrera, N. (2017). Desde el conflicto de listas de espera, hacia el fortalecimiento de los prestadores públicos de salud: una propuesta para Chile. Colegio Médico de Chile, Departamento de Políticas de Salud y Estudios. <https://bit.ly/2StBxF6>

Gruen, R. L., Weeramanthri, T. S., Knight, S. S., Bailie, R. S. (2003). Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* *2003* *Issue 4*. Art. No. CD003798. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003798>

Ministerio de Salud de Chile y Organización Panamericana de la Salud (2013). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria dirigido a equipos de salud. <https://bit.ly/2Gpp171>

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma Ata, URSS. <https://bit.ly/3lg6kkO>

**Firmas**