



PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE
VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES
Y ASUNTOS PÚBLICOS

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud

ÁLVARO TÉLLEZ

Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina UC



Año 1 / Nº 2 / agosto 2006

Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud

ÁLVARO TÉLLEZ

Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina UC

Introducción

Los países que tienen una atención primaria fuerte en general exhiben una mejor situación de salud y un menor gasto en este rubro (Starfield, 1992). Chile puede ser considerado uno de los países en que esta conclusión se confirma, sin embargo su atención primaria vive la paradoja de que a pesar de ser considerada como un ámbito fundamental dentro del sistema de atención, es donde se destinan proporcionalmente menos recursos¹.

Es innegable que muchos de los logros de la salud pública chilena se pueden explicar por el aporte de su atención primaria, que ha actuado sobre la base de equipos de salud multiprofesionales, cercanos a la comunidad y presentes a lo largo y ancho del país. Estas condiciones han permitido aplicar en forma sistemática y universal programas y protocolos de intervención diseñados por la autoridad central, que han logrado impactar en los problemas de salud de la población. Sin embargo, es necesario advertir que este éxito se ha logrado al enfrentar un perfil de problemas vulnerables a intervenciones específicas y simples, como vacunas, lavado de manos, desinfección de agua y alimentos, administración de medicamentos, entre otras.

En concordancia con lo descrito en el párrafo anterior, se ha consolidado el concepto de que la atención primaria es el primer nivel atención, caracterizado como el ámbito de mínima complejidad y máxima cobertura.

Sin embargo, durante los últimos quince años la atención primaria ha asumido programas más complejos, caracterizados por la protocolización de intervenciones secuenciales, según criterios de riesgo. Un buen ejemplo de éstos es el Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), que ha permitido reducir en forma significativa la mortalidad específica por estas enfermedades en el menor de un año (Girardi, Astudillo y Zúñiga, 2001). Cabe advertir eso sí, que ésta sigue siendo una intervención predominantemente biomédica, donde la aplicación guiada de tratamientos específicos es suficiente para lograr efectividad.

Por otra parte, sería injusto atribuir los logros en salud exclusivamente al sistema de atención y específicamente a la atención primaria, pues hay otros factores que sin duda han influido. Desde ya el desarrollo global del país, la reducción de la pobreza y la mejoría en las condiciones de vida. Otro factor destacable ha sido el papel jugado por la población, que ha desarrollado una elevada cultura sanitaria, expresada en un alto grado de valoración y adherencia a los programas preventivos (vacunaciones, controles de salud) y en un buen nivel de confianza y receptividad frente al sistema de atención. Hoy la población, en general, es educada en salud y progresivamente tiende a ser más exigente

¹ El año 2003 la atención primaria recibió el 13% del gasto público en salud mientras realizaba el 72% de las atenciones médicas del sistema público (Boletín Estadístico, FONASA 2002 - 2003). Asimismo, durante el segundo semestre del 2005, la atención primaria atendió 1.299.106 pacientes AUGE, mientras que la atención de especialidades atendió 78.008 (Balance Año 2005, MINSAL).

frente a la respuesta que obtiene a sus demandas de atención, especialmente de carácter médico.

Sería cómodo pensar que a partir de estos antecedentes el país está preparado para enfrentar los nuevos desafíos en salud, basando parte de sus estrategias en esta atención primaria, a la que sólo resta fortalecer. Sin embargo, desgraciadamente esto no es así. El panorama sanitario que enfrentamos es mucho más complejo e inevitablemente requerirá de profundos cambios en el sistema de salud y específicamente en el modelo de atención. Cambios que afectan a la atención primaria y a la red asistencial donde ésta se inserta. En adelante se intentará justificar esta afirmación y proyectar algunas líneas de acción sobre esta materia. Específicamente este artículo abordará los siguientes objetivos:

- Describir los desafíos que la reforma al sistema de salud plantea a la atención primaria.
- Analizar las propuestas políticas vigentes y específicamente el cambio en el modelo de atención.
- Analizar las condiciones actuales de la atención primaria y sus limitaciones más importantes.
- Proponer algunas estrategias para lograr los cambios necesarios.

El escenario que enfrenta la APS

Mucho se ha escrito sobre el nuevo perfil epidemiológico que el país deberá enfrentar en el mediano plazo, pero es inevitable insistir en ello, para entender el tipo de cambios que se requiere introducir en nuestro sistema de atención de salud.

El Ministerio de Salud ha realizado durante los últimos años, un profundo análisis de la situación epidemiológica y sobre éste ha definido las prioridades que el sistema de salud debería asumir en el contexto de la reforma. Confluyen en este análisis el cambio demográfico de la población, los estilos de vida y los factores de riesgo asociados, el actual perfil de daños y la prevalencia de sus factores condicionantes en las diferentes generaciones. Las conclusiones son preocupantes, pues reflejan un perfil de problemas muy amplio y complejo, que está bien sistematizado en el documento Objetivos Sanitarios para Chile 2000 - 2010 (Ministerio de Salud, 2002). Los objetivos planteados allí son los siguientes:

Mejorar los logros alcanzados

Es evidente el progreso que el país ha logrado en las condiciones de salud de su población, especialmente en lo que se refiere a disminución de la mortalidad infantil y materna y al control de las enfermedades prevenibles por vacunas. Los objetivos en esta área son continuar mejorando las tasas de mortalidad, avanzar hacia la eliminación de algunas enfermedades infecciosas como la tuberculosis, mantener y expandir el plan de inmunizaciones. Esto requiere un esfuerzo por mejorar aún más algunas coberturas, mantener las estrategias exitosas en el control de infecciones transmisibles, incluidas las emergentes, y garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública.

Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad

Diversos factores determinan una situación epidemiológica distinta a la de 50 años atrás: la transición demográfica, el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunicaciones y el comercio, mayor movilidad de las personas y los cambios en los estilos de vida. La situación emergente se caracteriza por: aumento de las enfermedades crónicas, la aparición de enfermedades nuevas y la reaparición de otras que se creían controladas.

Las metas relacionadas con este objetivo son exigentes; a modo de ejemplo se transcriben los enunciados de algunas:

- Reducir el consumo de tabaco.
- Reducir la prevalencia de obesidad.
- Reducir la prevalencia de sedentarismo.
- Retraso de la edad de inicio de la actividad sexual.
- Reducir la recurrencia de episodios depresivos.
- Reducir la prevalencia del beber problema.
- Reducir tasa de transmisión del VIH-SIDA.
- Aumento de la proporción de pacientes con cáncer que fallece en el hogar con cuidados paliativos.

Especial preocupación merecen las enfermedades cardiovasculares, pues según la Encuesta Nacional de Salud 2003 (Ministerio de Salud, 2003), más de la mitad de la población adulta chilena tiene un riesgo cardiovascular alto. Éste está determinado por la portación de factores de riesgo en porcentajes muy elevados: hipertensión arterial 33,7%, sobrepeso y obesidad 61,3%, tabaquismo 42%, sedentarismo 89,4%. La encuesta demuestra además, que el 49 % de la población presenta al menos

dos factores de riesgo y que en el caso de los hipertensos, solo el 54% está en tratamiento y menos del 20% mantiene controlada su presión arterial. Este bajo nivel de compensación también se observa en personas que padecen otras enfermedades crónicas, como diabetes.

Disminuir las desigualdades en salud

Existen en el país grandes diferencias en la situación de salud, tanto por estratos socioeconómicos, por género y zona geográfica. Al respecto, la misma Encuesta Nacional de Salud 2003 (Ministerio de Salud, 2003) entregó información que permite concluir que los pobres no sólo presentan peores indicadores de daño en salud, sino también que la brecha existente va a aumentar en el futuro, dado que ellos también concentran más factores de riesgo. Las metas en este objetivo están concentradas en reducir las brechas existentes en mortalidad infantil, esperanza de vida y años de vida potencialmente perdidos.

Proveer servicios acordes a las expectativas de la población

Diversos estudios muestran sistemáticamente que la población está disconforme con los servicios que reciben y que se sienten desprotegidos frente a eventuales necesidades de salud. Esta disconformidad es especialmente importante en los sectores más pobres de la población, quienes además de poseer un mayor riesgo, perciben discriminación y mala calidad de atención en los centros de salud (Hogar de Cristo, 2004).

Este objetivo plantea desafíos relacionados con la mejora de la calidad técnica de la atención de salud y con la satisfacción de las expectativas legítimas de las comunidades. Específicamente el documento “Los objetivos sanitarios de la década 2000-2010” (Ministerio de Salud, 2002) define metas en tres ámbitos: acceso equitativo a la atención, mejoría en aspectos no médicos (dignidad, autonomía, confidencialidad, oportunidad, etc) y mejoría en aspectos técnicos.

Esta mirada global a los desafíos de salud del país, permite extraer algunas conclusiones que deben considerarse al momento de plantear las políticas y estrategias de intervención correspondientes:

- Es necesario conservar muchas de las actuales prácticas e incluso algunas deben ser fortalecidas o ampliadas. Sin embargo, simultáneamente hay que desarrollar nuevas estrategias de intervención que sean apropiadas para enfrentar los problemas emergentes de salud.

- El cumplimiento de la mayoría de las metas planteadas requiere acciones de promoción y prevención de carácter personal, familiar y comunitario. El abordaje curativo resulta insuficiente e ineficiente para esto.
- Una buena parte del desarrollo sanitario que exhibe el país es atribuible a la atención primaria y al parecer en el futuro, este desarrollo seguirá dependiendo de ésta.

La respuesta política frente al desafío sanitario

El diagnóstico, priorización de problemas y definición de objetivos sanitarios constituyen la base del proceso de reforma al sistema de salud iniciado a comienzos de la década del 2000. El discurso político que justifica y propone las principales leyes de la reforma es consistente y atingente con el nuevo escenario sanitario. Reconoce que “el nuevo perfil epidemiológico exige transformaciones y adaptaciones al actual modelo de atención, cuyo diseño fue concebido para una época con otras necesidades” (Presidencia de la República, 2002). El mismo discurso plantea las carencias y limitaciones del actual sistema:

- Es básicamente curativo, lo que significa insuficiencia para enfrentar los nuevos desafíos.
- El nivel primario de atención posee una baja capacidad para resolver los problemas emergentes.
- El sistema de salud está fragmentado y existe insuficiente coordinación entre sus niveles de atención.

En consecuencia con el diagnóstico realizado, la autoridad ha planteado, más allá de los proyectos de leyes específicos, tres transformaciones fundamentales al sistema de salud (Presidencia de la República, 2006 y Ministerio de Salud, 2005):

1. Cambio en el modelo de atención.
2. Fortalecimiento de la atención primaria.
3. Integración del sistema en torno a redes asistenciales.

Asimismo se espera que la reforma produzca un cambio cultural en la población y en las personas que reciben atención de salud, con el fin de hacerlos más responsables del cuidado, del medio ambiente y de la promoción de hábitos y estilos de vida saludables. Este cambio cultural también debería afectar a los equipos que prestan la atención, quienes deben hacerse partícipes del nuevo modelo de atención, muy diferente del cual han estado ejerciendo (Ministerio de Salud, junio 2002).

Este conjunto de ideas y propuestas ha sido recogido en

proyectos de ley que pretenden hacerlo operativo. No está dentro del propósito de este artículo detallar estos proyectos, sin embargo cabe mencionar algunos de sus componentes, especialmente aquellos que afectan a la atención primaria.

La nueva organización institucional definida por la Ley de Autoridad Sanitaria² establece que ésta actúa descentralizadamente a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, las que deben adaptar las políticas nacionales a las diferentes realidades locales. En materia de gestión sanitaria se plantea múltiples objetivos entre los que destacan: aumentar la eficiencia y efectividad en el uso de los recursos, establecer el nuevo modelo de atención centrado en la atención primaria y fortalecer las redes asistenciales. En este rediseño, los Servicios de Salud deben lograr la cooperación de los establecimientos de la red asistencial para la consecución de los objetivos de salud de la población (Ministerio de Salud, 2005).

El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)³ ha sido la transformación más destacada del proceso de reforma y de hecho ha sido denominada como el “eje de la reforma”. Este plan es el instrumento que traduce los objetivos sanitarios en metas públicas y universales, estableciendo garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera frente a un conjunto de prioridades sanitarias (Ministerio de Salud, enero 2002).

A modo de resumen, se puede plantear que la reforma al sistema de salud, es una propuesta política profunda diseñada para enfrentar los desafíos sanitarios del país. Con relación a la atención primaria, insiste en su importancia y le atribuye una alta responsabilidad en los cambios del modelo de atención y en la implementación de estrategias destinadas a enfrentar muchos de los problemas de salud priorizados.

Visión crítica de la atención primaria

Durante los últimos años se ha más que duplicado el presupuesto de atención primaria (cuadro 1), lo que ha ido de la mano con un aumento en la infraestructura y con la incorporación de nuevos programas tendientes a ampliar su oferta asistencial.

Sin embargo, todo apunta a que los desafíos impuestos por la reforma exigirán un esfuerzo mayor por parte de la atención primaria. Concretamente, estos desafíos pue-

² Ley 19.937 promulgada el 24 de febrero de 2004.

³ Actualmente se le denomina plan de Garantías Explícitas en Salud (GES).

den resumirse en torno a los siguientes objetivos:

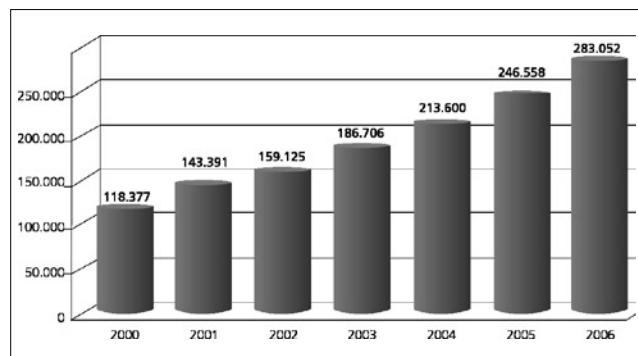
- Mejorar en el grado de satisfacción de los usuarios con la atención.
- Aumentar la capacidad resolutoria frente a la demanda de atención médica; en otras palabras, disminuir la frecuencia de derivaciones y lograr mejores resultados en los indicadores de salud relacionados.
- Detectar precozmente y evitar el progreso de enfermedades crónicas, lo que significa influir efectivamente en los cambios de conductas de los afectados y en la adherencia a los tratamientos.
- Promover estilos de vida saludables en la población que permitan evitar la aparición de factores de riesgo.
- Detectar y atender los problemas psicosociales emergentes: violencia intrafamiliar, adicciones, disfunciones familiares, entre otras.
- Prevenir y tratar los problemas de salud mental más frecuentes.
- Mantener y ampliar los programas tradicionales.
- Realizar una gestión eficiente.

La calidad y cantidad de recursos que hoy tiene la atención primaria, no son suficientes para alcanzar estos objetivos. Al respecto se pueden identificar algunas carencias o brechas que limitarán su consecución, las que se describen a continuación.

Aplicación del Modelo de Salud Familiar

El nuevo modelo de atención, actualmente denominado “Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud” (Ministerio de Salud, División de Gestión de la Red Asistencial, 2006), comenzó a apli-

cuadro 1
EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPALIZADA
AÑOS 2000 - 2006 EN MM\$



carse en forma sistemática a partir de la creación de los Centros de Salud Familiares (CESFAM), el año 1997. Este modelo propone una atención centrada en las personas y familias y la aplicación de un enfoque biopsico-social en reemplazo del tradicional enfoque biomédico. Además propone la constitución de equipos de salud de cabecera que ofrezcan una atención personalizada y continuada, con énfasis en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad.

Progresivamente la autoridad ha ido exigiendo y controlando la ejecución de los servicios ligados específicamente con este modelo, como la consejería familiar, la visita domiciliaria integral así como, las actividades y programas asociados con la mayor capacidad resolutive que se espera de los CESFAM.

Sin embargo, el nuevo modelo de atención exige un cambio más profundo, que afecta especialmente la relación entre el equipo de salud y la población. Se trata de establecer una relación estable, que favorezca el conocimiento y confianza mutua; una relación más horizontal, que incentive a las personas, familias y comunidades a adquirir mejores competencias y a hacerse más responsables de su cuidado.

Los equipos de salud primarios han estado sometidos a crecientes demandas y responsabilidades, muchas de las cuales no están asociadas a la implementación del modelo de salud familiar, sino más bien, a mejorar las coberturas y el acceso a actividades tradicionales. En este panorama, la implementación del nuevo modelo es una tarea más, que debe coexistir con un amplio espectro de exigencias. En esta competencia por el qué hacer, tiende a postergarse el nuevo modelo, pues como cualquier cambio, está sujeto a resistencias y además aún no está asociado a indicadores de evaluación que incentiven su desarrollo.

A pesar de lo anterior, los CESFAM están intentando desarrollar el modelo y específicamente el trabajo con familias. Este esfuerzo, que ha sido heterogéneo y poco sistemático, pone en relieve la necesidad de una serie de definiciones que hoy no están claras, como por ejemplo: ¿cómo y con qué fin se evaluarán las familias?, ¿qué intervenciones debe realizar el equipo de salud familiar?, ¿hasta donde debe llegar la intervención en familias y cuales son las redes de derivación?, ¿con qué indicadores se evaluará este trabajo? En términos más globales, ¿qué significa que las familias sean objeto de atención y cómo esto se compatibiliza con la mayoría de las actividades cuyo foco seguirá siendo individual? Mientras

existan estas dudas, habrá espacio para experimentar, justificar e inventar muchos modelos de intervención con apellido familiar, lo cual en esta primera etapa puede ser bueno, pero sin duda requiere de un límite y de una planificación. De lo contrario, se corre el riesgo de desperfilar el nuevo modelo, hacerlo poco eficiente y lo que es peor, perder su potencialidad para impactar frente al nuevo perfil epidemiológico.

Vacios de cobertura

Al principio de este artículo se valoró la atención primaria por, entre otras características, haber logrado amplias coberturas para ejecutar programas de salud en la población. Hoy esto en general puede seguir afirmándose, sin embargo es evidente que se han ido generando vacíos, los que pueden explicarse por varios motivos: el más directo y simple es que existe un mayor crecimiento de la población que de la infraestructura de atención durante las últimas décadas. Este fenómeno es especialmente notorio en algunas comunas urbanas en las que se han construido grandes complejos habitacionales destinados a comunidades pobres, los que en general se ubican en la periferia de las grandes ciudades. Cuando estos proyectos habitacionales no contemplan servicios de salud, naturalmente se generan vacíos de cobertura. Al respecto cabe agregar que existe una relación entre daño psicosocial, pobreza y marginación geográfica, que favorece la perpetuación de estas condiciones de riesgo, haciendo más patente la ausencia de centros de salud (Fundación para la Superación de la Pobreza, Umbrales Sociales, 2006).

Una segunda explicación, percibida especialmente por los equipos de salud, está relacionada con la introducción del modelo de salud familiar, que ha generado la necesidad de establecer relaciones más cercanas y personalizadas entre los equipos de salud y su población. En otras palabras, se requiere que los equipos de cabecera tengan a su cargo una población más pequeña, lo que naturalmente significa sectorizar los centros y establecer así un nuevo estándar de cobertura.

Los últimos dos gobiernos han estado conscientes de este problema y han planteado metas ambiciosas de crecimiento en el número de centros de salud. Hoy el énfasis está puesto en la construcción de Centros Comunitarios de Salud Familiar, diseñados para atender a 5.000 personas en zonas con dificultades de acceso a la atención. Si estos centros logran ofrecer un modelo de atención integral y no sólo resolver parte de las bre-

chas de demanda de morbilidad, pueden ser un aporte a los vacíos de cobertura, especialmente si son bien ubicados geográficamente.

Sin embargo, es evidente que para resolver los problemas de cobertura se requiere de muchos nuevos establecimientos de salud a lo largo del país. Así lo reconoce el programa del actual gobierno, el que al respecto plantea las siguientes metas⁴:

- Instalar equipos de salud de cabecera para todas las familias de cada consultorio y hospital tipo 4 al 2010.
- Generar un plan de infraestructura que permita completar la dotación de centros de salud familiar, centros comunitarios y postas rurales al 2010. Esto significa construir 50 Centros de Salud y 100 Centros Comunitarios de Salud Familiar.

Si estas metas se cumplen, el país habrá dado un gran paso en adecuar su infraestructura de salud, a las nuevas necesidades de atención.

El equipo de salud de la atención primaria

El cumplimiento de las metas de infraestructura trae consigo la necesidad de dotar a los nuevos establecimientos, así como a los actuales, con un número de profesionales suficiente para absorber las tareas asistenciales en condiciones apropiadas. Para establecer la brecha de recursos humanos de la atención primaria que resulta de este plan, se requiere conocer cuál es el estándar deseado y cuál es la dotación actual para cada disciplina profesional. Una estimación de las brechas de los distintos profesionales de la atención primaria, construida el año 2002 sobre la base de información del Ministerio de Salud, muestra porcentajes de déficit que fluctúan ente 37,8% (matronas) y 77,7% (psicólogos)(Ipinza, 2004).

En el caso de los médicos, la brecha se puede estimar sobre algunas cifras más recientes. En el contexto de la reforma, el Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud definió la meta de 1 médico por cada 3.333 personas⁵. Si se considera que el año 2006

hay 9.759.327 inscritos en la atención primaria municipal⁶, significa que se requieren, alrededor de 2.900 médicos en atención primaria.

Hoy hay 1.576⁷ médicos trabajando en las municipalidades (una gran proporción de ellos son extranjeros), lo que da una tasa de 1 cada 6.100 inscritos y una carencia de 1.324 de estos profesionales.

Por otra parte, no se ha definido claramente cual debe ser el perfil de los médicos de atención primaria y por lo tanto, aún prevalece la imagen actual de un médico no especialista que está allí ya sea porque no ha tenido acceso a otro ámbito laboral mejor, porque está detrás de un puntaje que le permita optar a un programa de especialización o porque la atención primaria le ofrece un medio laboral seguro. Frente a esta imagen surgen dos preguntas fundamentales: ¿es necesario que existan médicos especialistas en atención primaria?, y si la respuesta es positiva, ¿qué tipo de especialista debe ser?

Existe un esbozo de respuesta a estas preguntas, en la condición impuesta por el Ministerio de Salud, que establece que para que un centro de salud sea reconocido como Centro de Salud Familiar, debe contar con médicos familiares. Posteriormente esto fue confirmado en la 2ª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, en la que el Ministerio de Salud suscribió el “Compromiso de Santiago de Chile” que afirma que el médico familiar es el actor más apropiado para realizar las intervenciones médicas en atención primaria (II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, 2005). Sin embargo, esto no ha sido confirmado como el estándar universal, probablemente porque significaría reconocer una carencia de médicos familiares difícil de corregir en pocos años⁸.

Mientras no se resuelvan estos vacíos en la política respectiva, en la atención primaria seguirán trabajando mayoritariamente médicos que no están formados apropiadamente para las exigencias que allí encuentran.

Por otra parte y como fue planteado anteriormente, una de las fortalezas de la atención primaria chilena es que cuenta con equipos multiprofesionales. Sin embargo, la

⁴ Desarrollo de la Atención Primaria. Desafíos 2006-2010. Exposición realizada por el Subsecretario de Redes Asistenciales, Dr. Ricardo Fábrega, en la Universidad Católica, el 30 de mayo del 2006.

⁵ Exposición “Modelo de Atención Primaria y Perspectivas”, MINSAL Chile. Dr. Rodrigo Soto. Depto Atención Primaria. División de Gestión de Red de servicios. MINSAL. 14 de mayo 2003.

⁶ Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL.

⁷ Presentación sobre Migración de Recursos Humanos en Chile. Rodrigo Lavanderos, División de Gestión y Desarrollo de las Personas del MINSAL, Enero 2006.

⁸ Si se aplicara el criterio de que la mitad de los médicos en atención primaria, fueran Médicos Familiares, se necesitaría incorporar por lo menos 1.000 de estos especialistas. Actualmente están egresando menos de 50 Médicos Familiares por año de las universidades chilenas.

mayor parte de estos equipos han sido formados y han desarrollado su experiencia laboral bajo el modelo biomédico. Es razonable pensar que a medida que la aplicación del modelo familiar progresa, los equipos irán exhibiendo vacíos en las nuevas competencias que el modelo requiere. Previendo esto, el Ministerio de Salud ha comenzado hace varios años a ofrecer, un programa de formación en el nuevo modelo de atención que considera diplomados en atención primaria y salud familiar, pasantías nacionales y cursos de capacitación (Ministerio de Salud, División de Gestión de la Red Asistencial). Otra iniciativa importante en este aspecto ha sido el desarrollo de un diplomado a distancia destinado a mejorar la capacidad resolutoria de los médicos en las patologías AUGE, ofrecido por el Consorcio de Centros y Departamentos de Salud Familiar de las Facultades de Medicina, con el apoyo del Ministerio de Salud. Sin embargo, si las nuevas generaciones de profesionales siguen egresando de las universidades con una formación tradicional, no adaptada a las nuevas necesidades de atención, estos esfuerzos posteriores serán insuficientes.

Integración de las redes asistenciales

El cambio desde un sistema de salud jerárquico y centrado en los hospitales hacia otro organizado por redes de atención es probablemente tanto o más complejo que el cambio en el modelo de atención, y sin duda muy importante.

La concepción de red inhabilita el concepto de nivel de atención y con mayor razón el centralismo de alguno de sus componentes. La red asistencial, por el contrario es solidaria en torno a una responsabilidad compartida, cual es responder en forma efectiva a las necesidades de atención de la población a la que sirve. De esta manera, predomina el espíritu de complementariedad y colaboración en su interior (Ministerio de Salud, División de Gestión de la Red Asistencial, 2004).

Los cambios en este aspecto de la reforma han sido lentos. La cultura predominante es esencialmente centralista y jerárquica, por lo tanto las personas que laboran en el sistema, tienden a actuar de acuerdo a estos patrones. Las prácticas están estructuradas según esta misma lógica, lo que dificulta mucho cualquier cambio.

Además de las dificultades descritas para progresar en el desarrollo de las redes asistenciales, existen dos áreas que requieren mayor desarrollo.

La primera es la necesidad de alinear los incentivos al

interior de la red, con el objeto de favorecer la acción sinérgica y eficiente de cada entidad participante. Actualmente, los mecanismos de financiamiento de la atención primaria son independientes de los del resto de la red y los incentivos explícitos e implícitos, pueden llegar a ser contrapuestos. Es fundamental generar estímulos para que los componentes de la red asistencial, sumen sus esfuerzos en torno al objetivo común de resolver costo - efectivamente las necesidades de atención de la población.

La segunda área que merece atención es el sistema de información, pues es una de las claves para lograr que una red funcione en forma coordinada y eficiente. La creciente disponibilidad de registros clínicos electrónicos y programas computacionales de respaldo a la gestión de información, hace necesario definir políticas que, por lo menos regulen el sistema e incentiven un desarrollo armónico en esta materia.

Propuestas

Hasta aquí se han descrito los principales desafíos que enfrenta la atención primaria, los planes que se están poniendo en marcha para enfrentarlos y algunas de las carencias que actualmente exhibe, en el contexto de la reforma al sistema de salud.

En términos generales se puede afirmar que la transformación que está en marcha en Chile, es concordante con la actual tendencia de las reformas de propender a que los sistemas de salud se centren en las necesidades de atención de la población, y no tanto en sí mismos, tratando de lograr el acceso preferencial de los más pobres y haciendo hincapié en la eficiencia en el uso de los recursos (OMS, 2000). Existe suficiente evidencia para sostener que un sistema de salud centrado en la atención primaria es la mejor manera de poner en práctica estos principios y constituye una estrategia apropiada para avanzar hacia un sistema más efectivo y equitativo (Macinko et al., 2003 y Starfield, 1992).

Llama la atención, sin embargo, la discordancia entre los fundamentos y estrategias globales planteados en la reforma chilena, que privilegian el cambio hacia un modelo de atención predominantemente preventivo y promocional, y el énfasis curativo que caracteriza actualmente al Plan AUGE o GES. Considerando que éste será uno de los mecanismos importantes para asignar recursos en salud, existe el riesgo de que se deje de invertir lo necesario en estrategias que impacten en la prevención y contención de las mismas patologías que

este plan prioriza. Si esto ocurriese, es probable en un futuro próximo, el país no pueda absorber los costos que significarán las actuales garantías, pues la frecuencia de muchas de las patologías superará las capacidades del sistema de atención.

Es indispensable que la política de fortalecimiento de la atención primaria no se limite a ampliar o mejorar los actuales programas, sino que además invierta en un cambio profundo del modelo de atención y en la integración de la red de atención en torno a estrategias efectivas para resolver los problemas de salud de la población. A continuación se proponen algunas estrategias que pueden contribuir a lograr estos objetivos, en torno a dos áreas que son fundamentales para el proceso de reforma: el cambio en el modelo de atención y el desarrollo de los recursos humanos.

El cambio en el modelo de atención: un medio necesario para abordar el desafío epidemiológico

EL MODELO DE SALUD FAMILIAR

Existe el riesgo de que la aplicación del Modelo de Atención con Enfoque Familiar sea entendido como un objetivo en sí mismo, de tal modo que su aplicación se traduzca en la ejecución de un conjunto de prestaciones que llevan el apellido “familiar” o “integral”. Esto sin duda, constituiría un marco de acción restrictivo y lo que es peor, significaría perder el sentido sanitario que es en realidad lo que justifica el cambio del modelo.

Es evidente de que el actual perfil epidemiológico no puede ser resuelto a través del modelo biomédico y curativo. Por este motivo resulta esencial que la aplicación del modelo de salud familiar se entienda como el medio necesario para alcanzar los nuevos objetivos de salud, lo que significa además explotar toda su riqueza y evaluar su efectividad. En este sentido, las patologías crónicas y específicamente las enfermedades cardiovasculares, se transforman en una gran oportunidad para desarrollar esta propuesta.

La prevención de los factores de riesgo cardiovascular y de las complicaciones tardías que éstos generan, es una de las tareas más importantes y complejas que enfrenta el sistema de salud en Chile y en la mayor parte del mundo (OMS, 2002). Está demostrado que los tratamientos médicos, si bien son eficaces en reducir la glicemia, el colesterol y la presión arterial, por sí solos no logran impedir las complicaciones y secuelas de este grupo de enfermedades. La verdadera respuesta a este

problema radica en lograr adherencia a los tratamientos y cambios en las conductas de los afectados y para esto, se requieren intervenciones complejas que apunten hacia estos objetivos (BlueCross BlueShield, 2003).

El modelo de salud familiar contiene las claves para modificar el abordaje médico tradicional de estas patologías que son:

- Continuidad del cuidado a través de un equipo de cabecera que establece una relación estable con el paciente y su familia.
- Enfoque familiar, que permite incorporar en la relación clínica los factores del contexto que intervienen en la persona y su enfermedad.
- Énfasis preventivo y promocional; significa evitar la aparición de factores de riesgo, detección precoz de éstos e impedir su progreso.
- Autocuidado, que significa transferir al paciente y a su familia las competencias que les permitan hacerse cargo del cuidado de su salud.
- Trabajo en equipo, que permite que profesionales de varias disciplinas colaboren en el cuidado.

Si a estos elementos agregamos herramientas específicas destinadas a promover cambios de conducta, adherencia a tratamientos en los afectados y cambios en las prácticas institucionales⁹, probablemente se lograrán mejores niveles de efectividad. Simultáneamente, se habrá puesto en práctica el nuevo modelo y los equipos de salud irán incorporando este modo de actuar en su cultura laboral.

EL MODELO DE CUIDADOS CRÓNICOS

Desde un origen diferente al del modelo de salud familiar, Wagner diseñó el Modelo de Cuidados Crónicos (Wagner, 1998), cuyo objetivo es mejorar los resultados del sistema de atención. Este modelo establece seis ámbitos donde mejorar los desempeños: seguridad de los beneficiarios, efectividad, respeto a las necesidades y valores de cada persona, oportunidad, eficiencia y equidad. Además considera los siguientes componentes:

- Cuidado continuo a través de equipos de cabecera.
- Desarrollo de equipos interdisciplinarios y proactivos que cuentan con las competencias necesarias.

⁹ Entre estas herramientas se pueden mencionar las siguientes: Entrevista Motivacional, Etapas del Cambio de Prochaska, Autoeficacia de Bandura, Procede, Ottawa Model of Research Use (OMRU).

- Transferencia de competencias a las personas, que pasan a ser sujetos de su cuidado.
- Seguimiento clínico permanente.
- Interacciones planificadas, basadas en protocolos y orientadas a la resolución de problemas.

Abundante literatura ha documentado la aplicación del Modelo de Cuidados Crónicos frente a diferentes problemas y en distintos escenarios, siendo Kayser Permanente uno de los mejores exponentes de su implementación y del impacto que se puede lograr en la población objetivo (Kaiser Permanente Southern California, 2003). A raíz de los buenos resultados obtenidos a través de la aplicación de este modelo, el comité de expertos del Institute of Medicine reunido para definir las recomendaciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en Estados Unidos, decidió promover su aplicación en todas las organizaciones de salud para reducir la carga de enfermedad y sus impactos en la población (Institute of Medicine, 2001).

Es interesante comprobar el alto grado de sobreposición de este modelo con el de salud familiar, a pesar de que ambos provienen de orígenes independientes, lo que confirma la necesidad de cambiar el actual modelo y de enfocar este esfuerzo hacia la obtención de mejores resultados en salud.

Visto desde esta perspectiva, el modelo de salud familiar no puede ser reducido a un conjunto de prestaciones, sino más bien debe modificar transversalmente el enfrentamiento de los problemas de salud, especialmente el de aquellos más complejos como los problemas de salud mental, las patologías crónicas, las adicciones, y los daños psicosociales. De hecho, es probable que hoy no exista una mejor manera de abordarlos.

Al adoptar esta perspectiva sanitaria, surge naturalmente la necesidad de orientar y concentrar los esfuerzos en la obtención de resultados. Para ello es necesario aprovechar la inmensa cantidad de información disponible, y con espíritu crítico, valorar las evidencias que justifican la aplicación de métodos diagnósticos, terapéuticos o preventivos así como desechar aquellos que han demostrado su ineficacia. Las herramientas que entrega la Medicina Basada en Evidencia constituyen una ayuda indispensable en este sentido.

EL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Tal como lo plantea el nuevo modelo de atención, es necesario facilitar el seguimiento clínico de las personas que

presentan problemas de salud crónicos y la aplicación de guías de decisión que tiendan a facilitar la ejecución de intervenciones seguras y efectivas. Esto requiere un cambio en el sistema de información que se aplica en los centros de salud, el que actualmente se concentra más en la generación de estadísticas que en la gestión clínica. El sistema de información debe estar centrado en las interacciones clínicas y no en los procesos administrativos y en lo posible, debe ser capaz conservar y de transmitir información legible y confiable a todos los involucrados en la atención de cada persona o familia. Las tecnologías actuales permiten alcanzar este estándar mediante registros clínicos electrónicos, los que secundariamente organizan los procesos administrativos y producen las estadísticas necesarias en forma más eficiente (Hippisley, 2003). Dado que el Ministerio de Salud tiene programada la creación de un alto número de nuevos centros de salud, se debe aprovechar esta oportunidad para diseñarlos como “centros sin papel”. Refuerza esta opción el argumento de que la mayor inversión inicial requerida para esto, se recupera en menos de cuatro años con los ahorros operacionales que se producen¹⁰.

INNOVACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS

Es necesario aprovechar las tecnologías de comunicación para mantener el contacto permanente entre las personas, sus familias y los equipos de cabecera. El uso del teléfono y de Internet, recursos cada vez más difundidos en la población, son herramientas que han demostrado ser efectivas en el mejor control de enfermedades crónicas (Piette, Weinberger, Kraemer, y McPhee, 2001, y Zhu et al., 2002), especialmente cuando están insertas en programas de seguimiento a cargo de enfermeras.

En este sentido es necesario generar incentivos y abrir oportunidades para que surjan proyectos de investigación y desarrollo destinados a diseñar, validar y evaluar innovaciones y nuevas líneas de intervención, en el contexto del nuevo modelo de atención y de gestión. Al respecto iniciativas como el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) son importantes.

¹⁰ La experiencia del Proyecto Ancora de la P. Universidad Católica de Chile, que construyó el CESFAM Madre Teresa de Calcuta como un “centro sin papel”, permite estimar que el exceso de inversión requerido se recupera, sólo por concepto de ahorros operacionales, en 3,3 años.

Cabe anotar que el MINSAL está desarrollando un proyecto piloto destinado a crear “centros sin papel”, cuya meta es de 25 centros para el año 2006. Algunas comunas, como Puente Alto, han realizado el cambio desde fichas clínicas de papel a registro clínico electrónico y hoy sólo funcionan con estas últimas.

Desarrollo del personal de la atención primaria; verdaderos protagonistas de la reforma

No es posible seguir pensando a la atención primaria como un ámbito de atención simple. La magnitud de la tarea que enfrenta, la multiplicidad de factores que debe considerar y la diversidad de metodologías y herramientas que debe administrar para lograr sus exigentes objetivos, la posicionan en realidad como un ámbito de gran complejidad. Para enfrentar este desafío se necesitan equipos de salud suficientes, no sólo en términos de dotación, sino también en el perfil de sus competencias. Además se requieren condiciones de trabajo que favorezcan la excelencia, estabilidad, autocuidado e interdisciplinariedad. De acuerdo a lo revisado anteriormente, estas condiciones no están logradas en el país y lo que es aún más preocupante, no existe suficiente claridad sobre las estrategias políticas para lograrlas.

A continuación se plantean algunas líneas de acción destinadas a fortalecer el desarrollo de los equipos de salud:

ESTUDIAR LAS BRECHAS

Sobre la base de criterios preestablecidos, la autoridad debería definir los estándares de cantidad y calidad de profesionales que se requieren para enfrentar las tareas de la reforma en atención primaria. Entre estas definiciones se debe considerar el grado y tipo de especialización de los distintos profesionales. Una vez definidos estos estándares, se debe realizar un diagnóstico de las brechas y necesidades, lo que es esencial para definir los planes de acción siguientes.

ESTIMULAR LA PRESENCIA DE MEDICOS FAMILIARES Y OTROS ESPECIALISTAS EN SALUD FAMILIAR

Es necesario establecer mecanismos para dotar progresivamente a la atención primaria de profesionales especializados en el nuevo modelo de atención. Entre estos mecanismos, considerar el aumento de las becas destinadas a formar médicos familiares, dirigidas especialmente a médicos recién egresados. Al respecto sería conveniente revisar los marcos legales que regulan los concursos de becas de especialidades médicas, con el fin de establecer incentivos a la formación de estos especialistas. De hecho la actual legislación entrega algunos espacios para esto, bajo la condición de definir la medicina familiar como una especialidad en falencia. Asimismo, se deben crear becas para especializar a otros profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) en salud familiar.

ESTIMULAR EL DESARROLLO PROFESIONAL Y EL TRABAJO EN EQUIPO

Con el fin de transformar la atención primaria en un espacio de desarrollo profesional interesante, se deben generar condiciones laborales atractivas, que favorezcan la permanencia y el perfeccionamiento continuo. Es necesario crear ambientes confortables e incentivos ligados al cumplimiento de metas. En este sentido sería necesario considerar la estabilidad como consecuencia de un clima laboral estimulante, más que como una condición impuesta legalmente.

Asimismo se debe estimular el trabajo en equipo, generando espacios para la reflexión, planificación y evaluación conjunta. Esto significa considerar en las programaciones y aportes financieros respectivos, los tiempos destinados a estas actividades.

Debe redefinirse la capacitación diseñando planes de perfeccionamiento continuo que conjuguen la adquisición de las competencias necesarias para cumplir con los desafíos sanitarios, con competencias de gestión y destrezas de autocuidado laboral. Esta actividad también debería estar incorporada en la programación, de manera que los espacios y tiempos requeridos sean considerados parte de las funciones habituales de cada centro de salud. Desde el punto de vista metodológico, se deben aplicar los criterios de la educación de adultos (educación participante) en reemplazo de los métodos pasivos. Esta labor formativa “intracentro” debe complementarse con los programas de capacitación continua ofrecidos desde la comuna, la red asistencial u otras entidades externas de capacitación, los que naturalmente abordan temas y competencias complementarias.

Por otra parte, la incorporación de la docencia como una actividad habitual de la atención primaria, lo que permitiría elevar la valoración de este ámbito por parte de los alumnos y la autovaloración por parte de los funcionarios.

En la misma línea de lo anterior se debe estimular la investigación sobre temas relevantes para la atención primaria. Para esto se pueden generar concursos locales que permitan financiar proyectos.

TRABAJAR CON LAS ENTIDADES FORMADORAS

Para progresar en estas materias es necesario establecer una relación más estrecha entre las autoridades de salud, las universidades y los institutos de formación técnica. Esta relación favorecería la adecuación de los planes de estudio de pre y post grado a las necesidades

actuales, así como la colaboración en docencia, investigación, formación continua, reclutamiento y selección de personal.

El éxito de las reformas de la salud depende en buena medida, de la inversión que los países hagan en el desarrollo de sus recursos humanos. Por este motivo, se recomienda que los países desarrollen las políticas necesarias en este ámbito en concordancia con las transformaciones que impulsan (Alwan y Hornby, 2002). En el caso de Chile, el diseño de estas políticas está atrasado y en consecuencia también lo está la inversión necesaria para posicionar a los equipos de atención primaria.

Resumen

El país está viviendo una profunda reforma de su sistema de salud y la atención primaria es y seguirá siendo uno de sus protagonistas, pues le cabe la gran responsabilidad de prevenir la progresión de una epidemia de enfermedades crónicas y de problemas psicosociales, que pueden sobrepasar las capacidades asistenciales en un futuro próximo. Para cumplir con esta misión, es necesaria la adopción de un nuevo modelo de atención que permita complementar aquello que el modelo biomédico no puede ofrecer.

Si bien el proyecto político en curso está bien orientado, se aprecian algunos vacíos e incongruencias que pueden ser críticos para la consecución de sus objetivos. Al respecto, se han propuesto algunas estrategias y líneas de acción que pueden contribuir al diseño de las próximas políticas de salud referidas a la atención primaria. Cada una de estas propuestas puede ser un buen motivo para aumentar la inversión en atención primaria y de esta forma contribuir a romper la paradoja de ser el “paciente pobre” del sistema de salud.

Referencias

- Alwan, A., Hornby, P.** (2002). “The implications of health reform for human resources development”. *Bulletin of the World Health Organization* 80 (1).
- BlueCross BlueShield Association, Technology Evaluation Center** (2003). “Interventions to improve patient adherence with medications for Chronic Cardiovascular Disorders”. Special report. (http://www.bcbs.com/tec/vol18/18_12.html).
- Fundación para la Superación de la Pobreza, Umbrales Sociales** (2006). “Propuesta para una futura política social”. Capítulo 3.
- Girardi, G., Astudillo, P., y Zúñiga, F.** (2001) “El programa IRA en Chile: hitos e historia”. *Revista Chilena de Pediatría*. 72,(4):292-300. ISSN 0370-4106.
- Hippisley, J.** (2003). “The electronic patient record in primary care, regression or progression?” *BMJ*; (326):1439-1443.
- Hogar de Cristo** (2004). “Radiografía de la pobreza”. (http://www.iglesia.cl/portal_recursos/social/accion_social/doc/radiografia_pobreza.pdf).
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America** (2001). “Crossing the quality chasm: a new health System for the 21st Century”.
- Ipinza, M.** (2004) Como solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados. *Cuadernos Médicos Sociales*, 44 (2).
- Kaiser Permanente Southern California** (2004). Clinical performance report.
- Macinko J. et al.** (2003). *Health Services Research*; (38):831-65.
- Ministerio de Salud** (Enero 2002). “Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas AUGE”. Documento de difusión.
- Ministerio de Salud** (Junio 2002). Contenidos del conjunto legislativo para la reforma de la salud.
- Ministerio de Salud** (2002). “Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010”. (<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/sdsalud1.htm>).
- Ministerio de Salud** (2003). “Encuesta Nacional de Salud” (<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm>).
- Ministerio de Salud, División de Gestión de Red Asistencial.** La Red de Salud en el Contexto de la Reforma (2004).
- Ministerio de Salud** (2005). “Modelo de Atención Integral en Salud”. *Cuadernos Modelo de Atención* (1).
- Ministerio de Salud, División de Gestión de la Red Asistencial** (2006). “Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud”.

Ministerio de Salud, División de Gestión de Red Asistencial. Programa Desarrollo de Recursos Humanos en Atención Primaria. (<http://www.saludatacama.cl//doc/prrh.doc>).

Organización Mundial de la Salud (2000). Informe Sobre la Salud en el Mundo: "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud".

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la Salud en El Mundo: "Reducir los riesgos y promover una vida sana".

Piette, J.D., Weinberger, M., Kraemer, F.B., McPhee, S.J. (2001). "The impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs health care system,". *Diabetes Care* 24(2):202-208.

Presidencia de la República, Chile (Mayo 2002). Mensaje del Presidente Ricardo Lagos a la Cámara de Diputados sobre el proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud.

II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar (Octubre 2005). Compromiso de Santiago de Chile. (http://www.medicinafamiliar.cl/medfam/CUMBRE/Dosier_II_Cumbre_IBA-deMFStgoChile.doc).

Starfield, B. (1992). "Primary Care. Concept, Evaluation and Policy". Oxford University Press.

Wagner, E.H. (1998). "Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness effective clinical practice" (1):2-4.

Zhu S.H., et al. (2002) "Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers". *New England Journal of Medicine* 347(14):1087-1093.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES Y ASUNTOS PÚBLICOS
DIRECCIÓN DE ASUNTOS PÚBLICOS

Alameda 390, 3^{er} piso. Teléfono: 354 6563. Email: asuntospublicos@uc.cl www.uc.cl