



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 9 / N° 67 / abril 2014
ISSN 0718-9745

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno

Índice

Participantes	2
Introducción	7
Experiencia internacional y APS: hospitalocentrismo, fragmentación y mercantilización	8
1. Hospitalocentrismo	8
2. Fragmentación	9
3. Mercantilización	9
La realidad sanitaria en Chile	10
Propuestas para fortalecer la APS	10
1. Financiamiento	11
2. Recursos humanos	13
3. Sistemas de información	16
4. Comunidad	17
5. Gestión	18
Conclusiones	19
Referencias	19

Participantes¹

Estrella Arancibia

Directora de Salud, Corporación Municipal de Peñalolén

José Luis Contreras

Director de Salud, Corporación Municipal de Quinta Normal

Ricardo Fábrega

Consultor, docente y ex subsecretario del Fondo Nacional de Salud y de Redes Asistenciales (2003-2008)

Antonio Infante

Consultor y ex subsecretario de Salud y de Salud Pública (2002-2005)

Ignacio Irrarrázaval

Director Centro de Políticas Públicas,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Manuel Inostroza

Académico Universidad Andrés Bello
y ex superintendente de Isapres y de Salud (2003-2010)

Sibila Íñiguez

Jefa de División de Atención Primaria,
Subsecretaría de Redes Asistenciales (2010-2014)

Joaquín Montero

Académico, Pontificia Universidad Católica de Chile

Klaus Puschel

Académico, Pontificia Universidad Católica de Chile

Emilio Santelices

Director de Gestión Médica, Clínica Las Condes
y asesor Ministerio de Salud (2010-2014)

Isabel Segovia

Académica y directora del Departamento de Atención Primaria
y Salud Familiar, Universidad de Chile

Álvaro Téllez

Académico, Pontificia Universidad Católica de Chile

Cristóbal Tello

Coordinador Área Municipal, Centro de Políticas Públicas,
Pontificia Universidad Católica de Chile

Patricia Villaseca

Académica y directora del Departamento de Salud Pública,
Universidad de Concepción

Coordinador del proyecto

Claudio Orrego

Intendente de la Región Metropolitana de Santiago
y ex alcalde de la comuna de Peñalolén

Edición

Sofía Brahm

Investigadora, Centro de Políticas Públicas,
Pontificia Universidad Católica de Chile

1. Las opiniones y propuestas contenidas en este documento no representan necesariamente el pensamiento de las instituciones relacionadas con los integrantes de esta mesa de trabajo.

Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno

Introducción

El presente documento da cuenta de la reflexión realizada por un grupo de profesionales del mundo municipal, de gobierno y académicos con vasta experiencia en materias de Atención Primaria de Salud y Salud Familiar, que fue convocado por el Centro de Políticas Públicas (CPP) de la Pontificia Universidad Católica de Chile a participar en una mesa de trabajo para discutir sobre este tema. El objetivo principal que persiguió esta mesa fue presentar una propuesta que aportara al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS)² en nuestro país, por medio de la implementación de un modelo innovador de salud basado en un enfoque familiar, comunitario e integral, junto con una gestión enfocada en TIC y redes sociales, efectividad clínica y capacidad formativa.

La propuesta realizada tiene como pilar fundamental la búsqueda del fortalecimiento del nivel primario de la atención de salud, esto es, de aquella atención “brindada en el primer punto de contacto, orientada a la persona, que satisface las necesidades de salud de cada persona. Deriva solamente aquellos casos demasiado poco comunes como para mantener el nivel de resolución, y coordina la atención cuando las personas reciben servicios en otros niveles de atención” (Starfield, 2006).

Desde el año 2005 se comenzó a implementar en Chile una gran reforma al sistema nacional de salud. Esta reforma pretendía abordar ciertos problemas existentes en el ámbito de la salud derivados de la transición demo-

gráfica, el cambio en el perfil epidemiológico de la población, la falta de equidad en el acceso a la salud, la insatisfacción de la población con respecto a la atención y los crecientes costos del sistema. La respuesta que pretendía entregar la Reforma de Salud a estas problemáticas tuvo su foco en dos acciones. Por una parte, la elaboración e implementación del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), que consistía en la priorización de los principales problemas sanitarios solucionables y en garantizar una respuesta efectiva y oportuna a estos problemas, a un costo abordable de acuerdo a los recursos económicos disponibles. Y por otra, la reforma se centró en el fortalecimiento de la Atención Primaria (AP), a través de un cambio del modelo de atención pasando desde uno esencialmente curativo a uno que incorporara la promoción y la prevención, así como la integralidad en la atención. A pesar de que la AP fue concebida como el pilar central en el diseño del nuevo sistema sanitario, al momento de la implementación de la reforma, esta no fue debidamente considerada. Si bien el Plan AUGE tuvo una ley explícita, el fortalecimiento de la AP no contó con un marco normativo, dificultando su real concreción.

La evidencia internacional muestra que una AP fuerte logra mejores resultados en los desafíos de salud que existen hoy en cuanto a efectividad, eficiencia y equidad (Starfield & Shi, 2002; Starfield, 2012).

2. En Chile está muy difundida la sigla APS para referirse a la Atención Primaria de la Salud. Es por esto que en el artículo la usaremos, aunque debiéramos usar solo AP si seguimos a B. Starfield. Ella define a la Atención Primaria de la Salud (APS) como la atención primaria aplicada a una población. En contraste está la Atención Primaria (AP), que es la atención de salud que se le brinda a una persona. Es la atención brindada en el primer punto de contacto y que, la gran mayoría de las veces, satisface las necesidades de salud de la persona. La AP referirá a otros niveles solamente en aquellos casos poco comunes o complejos, y coordinará la atención cuando las personas reciben servicios en otros niveles de atención. Esta AP puede estar servida por médicos generales, médicos familiares o especialistas generales (Starfield, 2012).

Los países que presentan un sistema de salud basado en una APS robusta, son aquellos que cuentan con “equipos profesionales con mayor formación técnica en APS, mayor tecnología disponible en sus centros de atención y una organización de trabajo en equipo que combina atención clínica efectiva con un trabajo centrado en la familia y la comunidad (Pasarín et al. 2007). Modelos de APS con estas características se asocian a estrategias de atención más integrales, menos redundantes y más eficientes (Starfield, 2012)” (Puschel et al. 2013, pp. 26).

La evidencia sobre los beneficios de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria ha sido avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), razón por la cual este organismo internacional recomienda a los países entregarle a la AP un rol central en el desarrollo de sus sistemas y políticas sanitarias (OMS, 2008). En Chile, si bien ha habido un progreso importante en la APS, el eje de su sistema de atención sigue estando basado en el ámbito hospitalario. Esto ha traído al menos tres consecuencias: en primer lugar, una sobrecarga por interconsultas a causa de la falta de capacidad de resolución a nivel primario; en segundo lugar, una sobrecarga en la atención de los servicios de urgencia; y, tercero, una fragmentación de la atención a las personas dada la poca integralidad del sistema.

Para poder responder a las demandas y nuevos desafíos sanitarios que tenemos hoy en Chile, consideramos que se necesita fortalecer la APS, para lo que se requiere de un liderazgo fuerte y de políticas consistentes. En este contexto se convocó a diferentes actores expertos en Atención Primaria a participar en una mesa de discusión cuyos resultados se presentan en este documento.

Experiencia internacional y APS: hospitalocentrismo, fragmentación y mercantilización

El modelo de atención sanitaria en Chile ha tendido a alejarse del eje de la APS por diferentes motivos, entre los que se consideran las tres tendencias que ha planteado la OMS (2008) como causantes de que los sistemas de salud se alejen de los valores fundamentales de la APS: 1) el hospitalocentrismo, expresado en una focalización desproporcionada en la atención terciaria; 2) la fragmentación de la prestación de servicios, producto de la multiplicación de programas y proyectos; y 3) el mercantilismo que ha generado un aumento de la atención de carácter comercial no regulada (Montero et al. 2011).

Estas distintas fuerzas se potencian mutuamente, presionando a los sistemas de salud convencionales, impidiendo que estos avancen en las definiciones racionales de las prioridades o las políticas, provocando un desvío de los objetivos iniciales del sistema.

1. Hospitalocentrismo

En los últimos decenios se ha acentuado la tendencia a desarrollar los sistemas sanitarios en torno a hospitales y especialistas, aumentando la ineficacia y desigualdad del sistema. Ejemplo de esto es el caso de los países que componen la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en los cuales la cantidad de médicos ha aumentado en un 35% en los últimos 15 años, pero este crecimiento se debe al incremento en el número de especialistas, que aumentaron casi en un 50% entre 1990 y 2005, mientras que los médicos generales registraron un aumento de solo un 20% (OMS, 2008).

El hospitalocentrismo implica mayores costos a causa de la medicalización innecesaria e iatrogenia, así como también compromete la dimensión humana y social de la salud (OMS, 2008).

En los países industrializados se ha tendido a reducir los recursos destinados a los hospitales, mientras que en muchos países de ingresos medios y bajos se ha hecho todo lo contrario, poniendo el foco en lo hospitalario, creando las distorsiones ya mencionadas, las cuales son impulsadas tanto por los consumidores como por los profesionales médicos y por el complejo médico-industrial (industria farmacéutica, material médico, etc.). La tendencia hacia el hospitalocentrismo se ha fortalecido en los últimos años en Chile. Es así como el gobierno que terminó su periodo ha informado de 56 nuevos hospitales construidos y entregados, en proceso de construcción, o que iniciarán su construcción durante el actual gobierno. Por su parte, la nueva administración se ha comprometido con 60 nuevos hospitales.

El hospitalocentrismo se expresa también en la educación médica, que sigue estando centrada en los hospitales. El prestigio y el éxito se concentran allí, en la atención de una población minoritaria con problemas de mayor complejidad tecnológica. Sin embargo, más del 80% de las consultas de la población deben ser atendidas y resueltas en el ámbito ambulatorio, lo que no se condice con la formación profesional centrada en el hospital, que enfatiza competencias diferentes.

Así también se tiende a dar preferencia a la formación de especialistas en ámbitos hospitalarios, ya sea en los cupos, los montos de las becas, o en las exigencias de postbeca.

Por su parte, el hospitalocentrismo ha sido adoptado por la población, ya que se percibe que es en el hospital –donde están los subespecialistas– donde se pueden resolver los problemas de salud, y cuando esto no ocurre (por insuficiente oferta), se genera frustración y la percepción de una necesidad de más especialistas y hospitales.

2. Fragmentación

La tendencia a desarrollar sistemas de salud en torno a programas prioritarios enfocados en enfermedades concretas (como es el caso del AUGE), se ha utilizado como estrategia “provisional” para enfrentar situaciones de emergencia con enfermedades de alta morbilidad, asegurando resultados visibles en un esquema de gestión de mando y control.

Los resultados de estos programas especiales no han sido los esperados y han tendido a fragmentar los servicios de salud, sin abordar los problemas de fondo del sistema, como el financiamiento y los recursos humanos (entre otros).

El prestar servicios a personas con problemas específicos por el hecho de contar con recursos pre asignados para ello, y no poder prestar servicios a otras personas que presentan otro tipo de problemas de salud, que no cuentan con fondos garantizados, genera en la población una pérdida de confianza hacia el sistema a causa de su arbitrariedad, así como también genera una desvalorización del actuar médico.

La experiencia mundial sobre estos programas especializados ha sido menos exitosa de lo esperado. Si bien el financiamiento y gestión de estos programas se plantea aparentemente como simple, una vez que estos se multiplican y la fragmentación se hace incontrolable e insostenible, las ventajas de los enfoques más integrados se hacen más patentes. Reintegrar programas una vez que están bien establecidos no es tarea fácil (OMS, 2008).

Las personas, que muchas veces son portadoras de varios problemas de salud, también ven afectada la integralidad de su atención, pues diferentes profesionales atienden parcialmente sus necesidades sin la coordinación necesaria. Esto además puede originar mayores costos para el sistema producto de la duplicación inne-

cesaria de prestaciones, así como el desgaste por parte del usuario que debe multiplicar sus visitas médicas.

En Chile el modelo del AUGE es una variante de esta aproximación (fragmentada) y si bien ha significado un alivio importante para la población el saber que tienen garantizado el apoyo para enfrentar un número considerable de problemas de salud, por otra parte se ha hecho patente la asimetría entre los problemas AUGE y los no AUGE. Esto se expresa, por ejemplo, en mayores esfuerzos por mejorar las listas de espera AUGE en desmedro de la priorización de los problemas de salud de los pacientes que sufren patologías no contempladas en el AUGE (lista de espera no AUGE).

3. Mercantilización

La falta de ciertas regulaciones al mercado de la salud y, principalmente, las asimetrías de información que existen en él, han llevado a muchos países a otorgar un desmedido rol al mercado de consumo en la asignación de los recursos de la salud. Las repercusiones de este tipo de fenómeno son especialmente significativas en la calidad y en el acceso de la población a la salud. El proveedor tiene el conocimiento, mientras que el paciente tiene poco o ninguno, lo que hace que el proveedor tienda a ofrecer lo que es más rentable para él, que no necesariamente es lo mejor para el paciente. El sistema de pago por servicio facilita estas prácticas, incentivando el consumo de prestaciones por sobre la solución de los problemas de salud.

Por otra parte, las personas que no pueden financiar la atención quedan excluidas del sistema, mientras que aquellas que sí la pueden costear, por lo general reciben servicios que no siempre son necesarios, pagando muchas veces en exceso por estos.

En Chile el control del trabajo de los médicos especialistas en los hospitales es escaso y así se ha evidenciado en informes emitidos por la Contraloría General de la República desde el año 2002, en los que se ponen de manifiesto graves falencias en el sistema. Lo que acentúa esta irregularidad es que en estos mismos informes se da cuenta del uso de la infraestructura hospitalaria para atender a pacientes privados en horarios no establecidos para ello.

Otro aspecto de la mercantilización de la salud es la presión que ejerce la industria farmacéutica sobre la práctica clínica. El ex ministro de Salud, Jaime Mañalich, en julio de 2013 denunciaba la existencia de prácticas

corruptas en la industria farmacéutica y también señalaba que “la formación continua de los médicos está en manos de la industria farmacéutica”³, la cual gasta buena parte de sus utilidades en marketing, viajes y regalos para los profesionales.

El abuso de procedimientos y cirugías es otro aspecto que da cuenta de este fenómeno. Muestra de ello es la altísima tasa de cesáreas que existe en Chile, que ocupa el tercer lugar del ranking de países con más cesáreas según el último reporte de salud de la OCDE (2013), con una tasa de 37,7 nacidos a través de este método por cada 100 partos, mientras que el promedio de las 34 naciones que agrupa esta entidad es de 26,9 niños. En el lado opuesto se encuentra Islandia, donde esta tasa es de 14,7. De acuerdo a cifras del Ministerio de Salud (Minsal) la tasa de cesáreas en el sector privado alcanza un 76% del total de los partos. El abuso de cesáreas no solo significa un aumento de los costos, sino también de los riesgos de complicaciones, especialmente para el recién nacido.

La realidad sanitaria en Chile

En los últimos años la estructura demográfica y epidemiológica de la población chilena se ha modificado significativamente. En términos demográficos, la población ha transitado desde una fase caracterizada por una alta tasa de natalidad y mortalidad general, hacia una fase de decrecimiento de la natalidad y de la mortalidad. Según las últimas Estadísticas Vitales entregadas por el INE (2011), la tasa global de fecundidad es de 1,87 hijos por mujer, cifra que se encuentra por debajo de la tasa de reemplazo. Esto se suma al aumento de la expectativa de vida al nacer, cuyo promedio global para el quinquenio 2010-2015 se estimaba en 78,9 años. A raíz de estos cambios, la población se encuentra en un proceso de envejecimiento progresivo, lo que a su vez trae como consecuencias cambios en el perfil epidemiológico, lo que modifica también las causas de enfermedad y muerte, pasando de un predominio de enfermedades infecciosas, traumatismos, enfermedades agudas y problemas de salud materno-infantiles a un predominio de enfermedades crónicas y de salud mental. Este nuevo perfil presenta otros desafíos que requieren de una adaptación del modelo existente, lo cual implica, tal como se ha hecho en otros países de alto desarrollo, un fortalecimiento del nivel primario.

A pesar de este diagnóstico, el sistema sanitario chileno ha mostrado ser muy refractario, en el sentido de su dificultad para enfrentar los nuevos problemas con las herramientas que comúnmente se utilizan. Si observamos las metas sanitarias 2000-2010 y las que tenemos para el año 2020, podemos ver que las estrategias para enfrentar estos problemas no han variado pese al cambio en el perfil de la población.

Otra gran característica de la realidad sanitaria chilena es la falta de equidad en la salud, marcada principalmente por una gran brecha de acceso a los servicios de salud. Las inequidades existentes en el nivel primario se trasladan también a los otros niveles de atención, los cuales deben responder a las demandas no resueltas del nivel primario. Un ejemplo de esto es que gran parte de los ingresos hospitalarios se hacen a través de los servicios de urgencia, estando entre las primeras cuatro causas de ingreso la enfermedad de la vesícula y la patología tumoral, que por su naturaleza no debieran resolverse desde la urgencia.

De acuerdo al Dr. Emilio Santelices⁴, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la dificultad para llevar un adecuado control de estas desde el nivel primario, también afecta la atención hospitalaria. De acuerdo a estudios, y siguiendo los criterios definidos por la OCDE, nuestro país tiene un 10% de hospitalizaciones evitables, lo que representa cerca de 120.000 hospitalizaciones al año. Por otra parte, también se ve afectada la estancia hospitalaria, ya que el 30% de las hospitalizaciones tiene comorbilidad, lo que a su vez determina que estos enfermos tengan una estadía hospitalaria aproximadamente un 30% superior a la media nacional. Es así como una mejora en la atención del nivel primario estaría estrechamente vinculada con un avance a nivel hospitalario. En consecuencia, las alternativas de solución no deben contemplarse de manera aislada.

Propuestas para fortalecer la APS

Si bien el principal obstáculo que podría encontrarse para el fortalecimiento de la APS es el financiamiento, de nada servirá un aumento de los recursos asignados a este nivel si no es acompañado por una mejor utilización de estos, junto con una clara medición de los logros y un aumento de las capacidades de la APS para la resolución y gestión de los problemas de salud.

3. El Dinamo, 04.07.2013, en: <http://www.eldinamo.cl/2013/07/04/manalich-denuncia-lobby-y-practicas-corruptas-de-la-industria-farmaceutica/>

4. Presentación realizada el 6 de diciembre de 2013 en el marco de las mesas de discusión en Atención Primaria organizadas por el Centro de Políticas Públicas UC.

Aunque resulta difícil dar una respuesta integral a todas las necesidades de la APS, la propuesta que describiremos a continuación abordará cinco áreas que se consideran fundamentales para su mejoramiento. Estas son: 1) financiamiento, 2) recursos humanos, 3) sistemas de información, 4) trabajo con la comunidad, y 5) gestión y gobierno del sistema. En cada una de ellas proponemos ciertas acciones que consideramos necesarias para el perfeccionamiento de la APS en el corto y el mediano plazo.

A modo de recomendación, se considera importante comenzar con una implementación simultánea de la propuesta en su totalidad (aun cuando la implementación de algunas acciones requiera de más tiempo) a fin de avanzar en los cambios globales que requiere el sistema de salud para poder responder de una mejor manera a los nuevos desafíos sanitarios que se presentan en nuestro país, avanzando en eficiencia, efectividad y equidad.

Antes de presentar la propuesta consideramos fundamental mencionar que el fortalecimiento de la APS, dada su centralidad para el desarrollo de nuestro sistema de salud, implica esfuerzos diversos, tanto en términos de actores como en términos de niveles de atención. Por una parte, los esfuerzos deben estar alineados entre los diferentes actores que interactúan y gestionan la salud de nuestra sociedad, esto es, se requiere de un trabajo conjunto entre el gobierno central, los gobiernos locales, las universidades y las comunidades, así como de una clara asignación de las responsabilidades respectivas.

Por otra parte, no es posible considerar el nivel primario parcializado de los otros niveles. Todo esfuerzo de integración y coordinación será clave para mejorar la APS.

La propuesta que se presenta a continuación solo aborda aspectos propios de la gestión de la APS, excluyendo del análisis a los otros niveles del sistema de salud; sin embargo, para la ejecución de una política pública integral de salud, resulta imprescindible considerar todos los niveles.

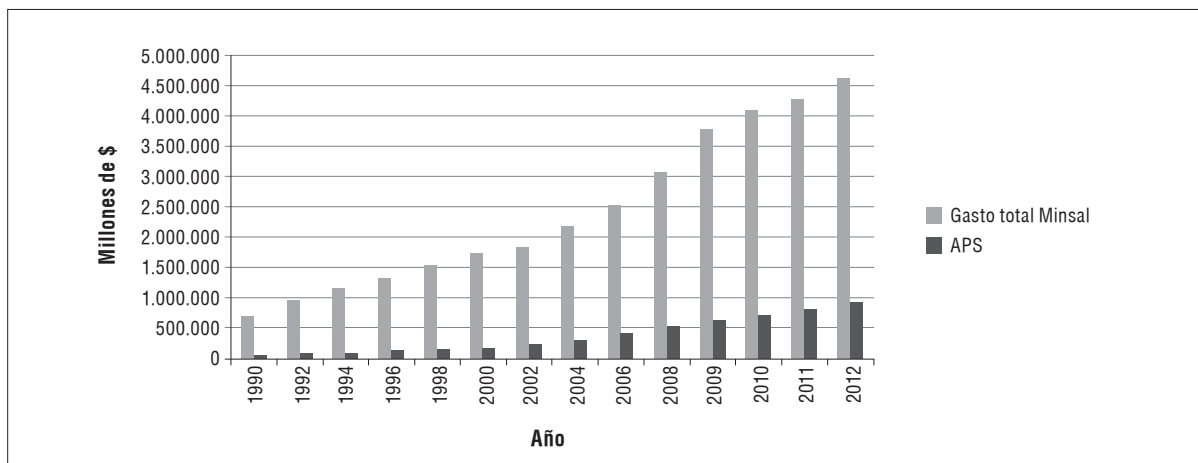
1. Financiamiento

En Chile desde 1995 se utiliza un modelo de asignación de los recursos en salud a través de un monto por persona (per cápita), el cual se ajusta según riesgo. Dicha asignación, que es particular para cada comuna, se estructura con un componente basal y otro variable. El componente variable consiste en una modificación porcentual de acuerdo a factores como ruralidad, pobreza y acceso a la atención de salud; y la asignación de monto fijo considera edad (mayores de 65 años) y desempeño difícil.

Junto con lo anterior, existe otro mecanismo de financiamiento que se aplica a 52 comunas cuyo tamaño poblacional es inferior a 3.500 habitantes. Estas comunas reciben una cantidad de recursos predeterminedada, independiente del número de usuarios actuales que se atiendan en el sistema.

En los últimos años el presupuesto en salud se ha ido incrementando progresivamente, así como también ha habido un aumento en el presupuesto de programas APS-FONASA (ver Gráfico 1). Respecto al porcentaje de participación de la atención primaria en el presupuesto del Minsal, este creció gradualmente hasta el año 2009 (de un 13,7% en 2003 a un 20,3% en 2009), para luego mantenerse estable en torno al 20%. Para el año 2014 será de un 20,48%.

Gráfico 1 | Gasto Minsal v/s gasto APS (Millones de pesos de 2012)



Fuente: Banco Central de Chile y Dirección de Presupuesto, en Dirección de Presupuesto 2013.

Respecto al monto per cápita, este también ha experimentado un crecimiento progresivo. Como se puede ver en el Gráfico 2, en el año 2004 esta asignación tenía un valor de \$1.511 por persona al mes, mientras que en el año 2013 dicho valor llegó a \$3.509. Si a ello se suman los programas adicionales, el presupuesto por persona/mes llega a \$5.000. La cifra del año 2013 es 2,3 veces mayor que la de 2004. Para el año 2014 se espera un crecimiento tal que el valor por persona/mes llegue a \$3.725 (sin considerar los programas adicionales).

Por primera vez el año 2013 disminuyó la población inscrita en el nivel primario, trayendo como consecuencia un menor presupuesto para la APS. Quienes migraron fueron los más jóvenes, incrementando la tendencia de la APS a tener una mayor concentración de adultos mayores.

La Ley 19.378⁵ establece que el aporte per cápita en la APS se determinará anualmente mediante un decreto fundado del Minsal. No obstante, dicho modelo de asignación financiera no cubre los costos reales que presenta el sistema, dado que no corresponde a valorizaciones actualizadas de los costos que efectivamente se incurren en salud. Esto se debe, principalmente, a que la actual canasta de prestaciones que se utiliza para definir el per cápita es incompleta; no cubre todas las prestaciones y no se consideran debidamente las diferencias entre las distintas comunas del país al no incluir el perfil epidemiológico de la población local.

El sistema de salud debe ajustarse a la escasez de recursos a través de distintos medios, tales como: a) los

programas de salud complementarios al per cápita definidos por el Minsal, los que financian actividades específicas; b) los aportes adicionales de municipalidades, que muchas veces aumentan las inequidades en la atención en relación a la población general del país; c) el acceso de los usuarios a otras modalidades de libre elección para cofinanciar consultas en el sector privado, o d) la sobrecarga del sistema hospitalario de atención secundaria o terciaria dadas las insuficiencias o limitaciones de acceso de la APS.

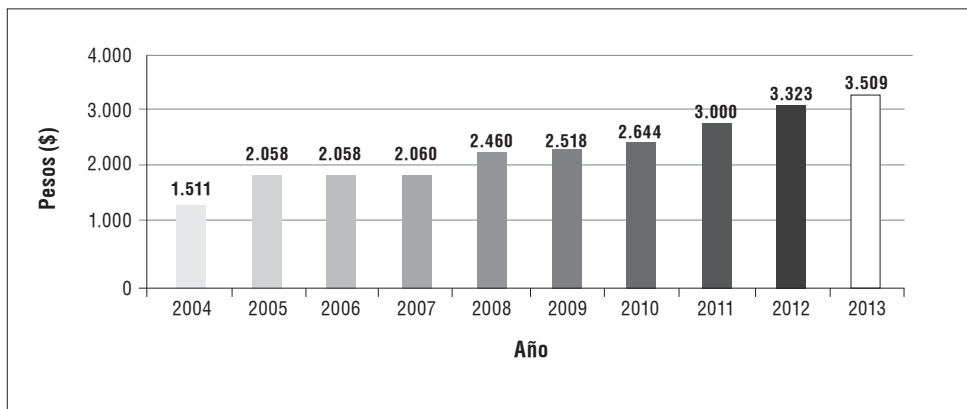
Como se muestra en el diagnóstico presentado, se han detectado tres problemas centrales en el modelo actual de asignación de los recursos. Estos son: 1) la insuficiencia de los recursos asignados a través del per cápita en relación a las necesidades que se presentan en la APS; 2) la no consideración del perfil epidemiológico de la población local a la hora de realizar las asignaciones; y 3) la existencia de incentivos contrapuestos a la eficiencia y efectividad en la atención y al fortalecimiento de la APS.

Ante estos problemas, a continuación se presentan una serie de propuestas que podrían contribuir en su solución:

• Propuesta 1. Aumento del monto per cápita

Para responder a la insuficiencia del modelo per cápita para cubrir los costos reales del nivel primario, proponemos, en primer lugar, aumentar el valor per cápita básico a \$4.081. Este valor está basado en un estudio realizado por Montero et al. (2008), publicado en el libro Propuestas para Chile del Centro de Políticas Públicas UC. En él, a través de un microcosteo, se valoró la canasta de esa

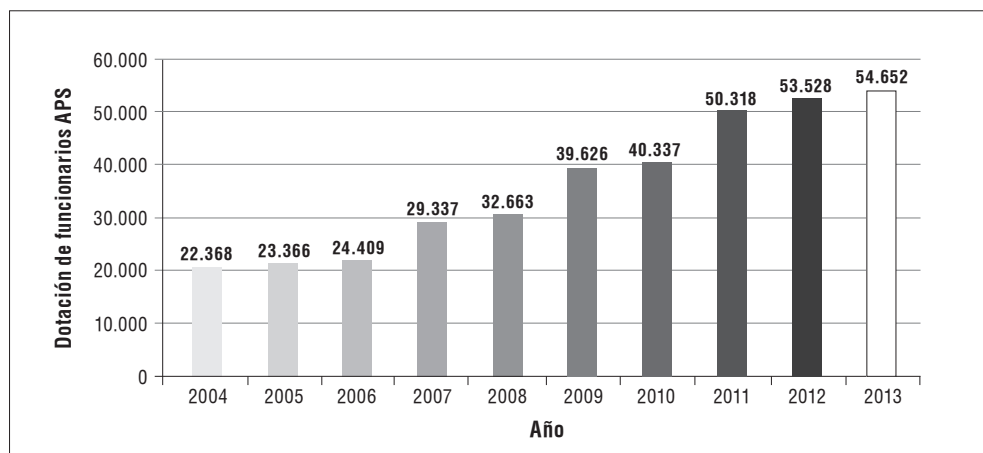
Gráfico 2 | Valor per cápita serie 2004-2013 (persona/mes/año)



Fuente: Ñiquez 2013, en base a Minsal.

5. Ley que establece estatuto de atención primaria de salud municipal.

Gráfico 3 | Dotación de funcionarios APS Ley 19.378, serie 2004-2013



Fuente: División de Atención Primaria (DIVAP) - MINSAL.

época en \$3.700. Este valor debe ajustarse al IPC y a las demandas de crecimiento del AUGE por las garantías para la APS. Si bien no existe una estimación final, el valor de la canasta debe ser por lo menos igual al valor costado ajustado por IPC⁶. De forma gradual, a este monto se le deberían ir agregando los costos que implica la redefinición de un Plan de Salud Familiar, así como la incorporación del financiamiento de todas aquellas actividades que se irán instalando a nivel primario para aumentar su resolutivez.

• Propuesta 2. Ajustar el per cápita por perfil epidemiológico⁷

Se propone, adicionalmente a los indexadores actuales, ajustar el per cápita por carga de enfermedad, dado que tanto los costos como las visitas en APS dependen significativamente de la morbilidad de los pacientes. Para ello se recomienda utilizar los agrupadores ACG (*Adjusted Clinical Groups*)⁸. Estos agrupadores ACG tienen la capacidad de caracterizar a los pacientes según su morbilidad e intensidad de uso de recursos. Con la utilización de los ACG podrá existir una mayor adecuación del per cápita a la realidad y necesidades locales, se podrán distribuir los recursos de manera tal que maximicen la eficiencia en la asignación y además se podrá medir de forma más adecuada la efectividad de las diferentes intervenciones. Para la implementación de esta propuesta se requiere

contar con capacidades de gestión local y con un sistema de información robusto. Por una parte, se propone mantener el ajuste por edad, modulado por un indicador de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus) y, por otra, agregar el ajuste por carga de morbilidad. A su vez, se propone modificar la variable de ruralidad considerando la dispersión geográfica.

• Propuesta 3. Incentivos para la eficiencia

Finalmente, y de la mano con la modificación del per cápita por carga de enfermedad, se propone tomar los resguardos para que esta sea una medida que incentive la eficiencia. De esta forma, se propone un bono por resultados que consiste en una devolución en dinero a los centros de APS que represente el ahorro en consultas de urgencia a centros de APS, premiando la resolutivez de los problemas de salud en el nivel primario. Esto se debe hacer tomando como piso el estado actual de cada comuna y no el promedio nacional. A su vez, se propone un pago asociado a la disminución de listas de espera en consultas de especialistas.

2. Recursos humanos

Respecto a la dotación de funcionarios de APS⁹, según datos del Minsal (ver Gráfico 3), esta ha crecido en un 130% en 9 años (de 22.368 en 2004 a 54.652 en 2013). Si solo se observan los últimos cuatro años

6. El IPC entre enero de 2008 y febrero de 2014 tuvo una variación de un 10,3%, es decir, si aplicamos este aumento al valor del per cápita del año 2008, este queda en \$4.081 ($\$3.700 \times 0,103 = 381$, $\$3.700 + 381 = \4.081).

7. El sustento para esta propuesta se encuentra en Santelices et al. (2014).

8. Metodología de ajuste de riesgo utilizada mundialmente. Fue desarrollada por la Universidad Johns Hopkins.

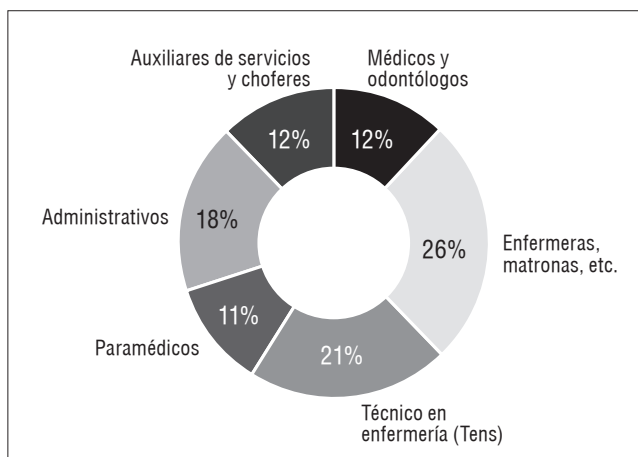
9. Exclusivamente contratados (no acoge honorarios que son alrededor del 20% ni a los generales de zona).

(de 2010 a 2013), dicha dotación se ha incrementado en un 35,5%. Este importante crecimiento ha estado acompañado de un mayor financiamiento en términos del monto per cápita.

De acuerdo a datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2013, los países de la región habrían logrado una razón de densidad de recursos humanos de salud de 25 profesionales por cada 10.000 habitantes¹⁰. Según el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, al 31 de diciembre de 2012 los médicos, matronas y enfermeras en Chile representaban un total de 62.565 profesionales. Por lo tanto, a nivel nacional, el indicador es de 35,95 profesionales nucleares de salud por cada 10.000 habitantes¹¹. Ello nos muestra que en términos de dotación de profesionales de la salud en general, estamos por sobre las cifras internacionales, pero si nos centramos exclusivamente en los médicos, tenemos un déficit.

Como se aprecia en el Gráfico 4, del total de la dotación actual de recursos humanos en la APS, solo un 12% corresponde a la categoría de médicos y odontólogos. También se destaca que el 70% de la dotación desempeña funciones asistenciales directas.

Gráfico 4 | Recursos humanos en la atención primaria Ley 19.378. Año 2013 por categoría



Fuente: División de Atención Primaria (DIVAP) - MINSAL.

Según la Superintendencia de Salud, se han certificado 629 médicos de familia. De este total, un 41,5% se desempeña en Atención Primaria Municipal, 19% en los

Servicios de Salud y 49% exclusivamente en el sector privado¹².

Entre los factores que influyen en este déficit destaca la formación de pregrado, la cual se orienta al trabajo en hospitales. A su vez, en la APS los sueldos son poco atractivos para los médicos y existe una alta rotación.

La evidencia sostiene que una APS fuerte requiere de médicos especializados en AP. Comparados con médicos generales o de otras especialidades de la medicina, los médicos especialistas en APS poseen una mayor capacidad resolutoria, se asocian con menores tasas de morbilidad y con menores costos del sistema de salud (Guilliford, 2002; Macinko et al. 2007; Rojas, 2011). La especialidad médica en APS ha tomado mayoritariamente la forma de la medicina familiar y se ha consolidado en países que presentan los mejores indicadores de salud, tales como Canadá, Holanda, España y Reino Unido. En Latinoamérica, el modelo de salud familiar está consolidado en Cuba, y recientemente también ha demostrado beneficios muy significativos en Brasil (Harris, 2010).

A mediados de los años 90 el Ministerio de Salud impulsó una política de desarrollo de la APS a través de la implementación de programas piloto de salud familiar, que generaron gran entusiasmo dentro de los equipos de salud. Sin embargo, la formación de recursos humanos para profesionales especialistas en APS en nuestro país ha sido débil y no ha existido un plan de formación con incentivos sostenidos para impulsar este desarrollo. Este aspecto ha sido una de las dimensiones más frágiles de la Reforma de Salud.

En resumen, al menos se pueden mencionar cuatro dificultades en el ámbito de los recursos humanos: 1) una evidente falta de médicos para la APS; 2) los médicos existentes tienen insuficientes competencias para resolver en forma efectiva los problemas que enfrentan y muchas veces no están preparados para el trabajo con equipos multidisciplinarios; 3) bajo reconocimiento del trabajo en el nivel primario, lo que se expresa a nivel de políticas públicas en los bajos sueldos; y 4) la insuficiente importancia asignada a la APS en la formación profesional y de especialidad.

A continuación se presentan algunas propuestas para avanzar en torno a las dificultades descritas:

10. Para la medición se consideran las siguientes profesiones: médicos, matronas y enfermeras.

11. $(62.565/17.402.630) \cdot 10.000$.

12. Informe Estadísticas Genéricas de Prestadores Individuales 2009 a 2013, Superintendencia de Salud.

• **Propuesta 1. Definir la medicina familiar como la especialidad en Atención Primaria**

Esta primera propuesta responde a la necesidad de contar con una definición política que establezca que la medicina familiar es la especialidad apropiada y necesaria para la Atención Primaria. Estos especialistas son quienes cuentan con las competencias más adecuadas y que logran mejores resultados en este nivel de atención. En correspondencia con esta definición se requiere diseñar un plan para dotar en forma progresiva a la APS de estos especialistas, estableciendo metas y plazos exigentes pero realistas. Este plan debiera considerar, entre otras, las siguientes propuestas:

1. En primer lugar, se propone un cambio en el modelo de formación de especialistas. El modelo actual de seis años, con la mitad de tiempo en el hospital y la otra en la atención primaria, debe evaluarse en términos de si este ha sido capaz de mejorar la resolutivez a nivel primario. El modelo que se propone debe priorizar la vocación y permanencia efectiva del especialista en el nivel primario, desarrollando las competencias que requiere para desempeñarse en forma experta y resolutivez en ese nivel. Esto lo diferencia del resto de las especialidades, incluso las generalistas.
2. A su vez, se propone entregar mayores incentivos a las universidades para la formación de especialistas en medicina familiar. La docencia y la investigación sobre la APS son necesarias para posicionar esta especialidad como un eje principal en la formación de pre y postgrado. Dentro de las medidas a desarrollar se encuentra, en primer lugar, y a modo de incentivo, la entrega de mayor financiamiento estatal a las escuelas de medicina que cuenten con programas de formación en medicina familiar¹³. A su vez, se sugiere una revisión de los currículum y la realización de intervenciones desde pregrado en medicina familiar. Finalmente, se plantea la necesidad de introducir de forma obligatoria las competencias en medicina familiar y APS en el Examen Médico Nacional.
3. Como última medida se propone la creación de un programa de educación continua para médicos generales, con el objetivo de desarrollar y potenciar el programa *fast track* existente de reconversión de médicos generales a médicos familiares.

• **Propuesta 2. Política de incentivos para los médicos en APS**

Como política para promover la permanencia de los médicos en el nivel primario, se proponen incentivos económicos y sociales:

1. En términos económicos se busca que los sueldos sean más competitivos, considerando la necesidad de una especialización (medicina familiar) en el nivel primario. Para ello se propone un bono del 20% del sueldo de los médicos especialistas del nivel secundario. Dicho bono necesariamente debe estar asociado a resultados. A su vez, se plantea liberar del pago del crédito fiscal correspondiente a estudios universitarios a aquellos estudiantes de medicina que escojan trabajar en APS.
2. En segundo lugar, se propone dotar a la APS de tecnología, recursos y marketing social, con el objetivo de aumentar su prestigio frente a la comunidad, mejorar su capacidad de gestión clínica, y facilitar el desarrollo de acciones intersectoriales.

• **Propuesta 3. Desarrollo de carrera y educación continua**

Para contribuir con la valoración y mejorar la resolutivez de la Atención Primaria, se propone un programa de formación para subspecializar dentro de la APS en materias como cardiología y salud mental, a través de capacitación en técnicas diagnósticas.

Asimismo, se propone la realización de un Programa Comunal de Médicos de Familia en Formación, en el cual médicos de familia que trabajen en APS en comunas y establecimientos de salud acreditados, en alianza con equipos docentes de una universidad, formen a sus pares en la acción a través de un sistema de cursos, prácticas, evaluaciones estandarizadas y un portafolio de rendición de cuentas.

• **Propuesta 4. Vinculos con toda la red de atención**

Es el médico de familia quien está mejor ubicado en la red y quien tiene la perspectiva más adecuada para coordinar los recursos en función de las necesidades del paciente y la familia. Para ello se debe avanzar en una complementación del rol del médico con el resto de los especialistas ubicados en la red de atención, generando un trabajo coordinado. Mientras el médico de familia tiene una mirada global, los especialistas son expertos en diferentes focos que afectan la salud de las personas.

13. Se recomienda revisar las experiencias desarrolladas en Estados Unidos, Holanda y Ecuador.

La complementación eficiente de estos dominios mejora la efectividad de toda la red de atención. El especialista debiera tener mayor presencia en el nivel primario, lo que se puede lograr a través de la telemedicina, la consultoría experta y las reuniones clínico-docentes. Es necesario adquirir una mirada integral de la atención que permita comprender toda enfermedad con su historia e inserta en una cadena de intervenciones donde actúan diferentes actores de la salud.

• **Propuesta 5. Aumento en la capacidad resolutive de médicos de familia y de los Centros de Salud Familiar (CESFAM)**¹⁴

Finalmente, se propone fortalecer la resolución diagnóstica y terapéutica a nivel primario mediante el equipamiento y la capacitación de médicos de familia en torno al desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas y el fomento de la telemedicina como un apoyo a distancia. Se persigue la implementación de procedimientos críticos específicos que hoy solo se desarrollan a nivel secundario y terciario (como la endoscopia digestiva). Esto implica invertir mayores recursos en herramientas tecnológicas y sistemas de telemedicina que aumenten las capacidades para resolver problemas a nivel de los CESFAM. A su vez, se propone la realización de interconsultas protocolizadas entre miembros del equipo de salud y profesionales del intersector: consultoría presencial de diferentes especialistas y/o a distancia mediante sistemas de telemedicina.

El desarrollo de una mejor capacidad resolutive clínica en la APS apunta a un cambio de lógica fundamental en la cultura sanitaria chilena. Implica cambiar la lógica de reducción de las listas de espera establecidas, habitualmente asociada a la compra de servicios costosos en el sector privado, por la de una disminución en la generación de derivaciones, entendiéndose como la disminución en la generación de las listas de espera mediante el fortalecimiento de las capacidades de la propia APS.

Las experiencias internacionales apuntan a que la APS chilena es relativamente poco resolutive. Actualmente genera un alto porcentaje de derivaciones inapropiadas que podrían resolverse mejor con mayor capacitación y tecnología. La lógica de la APS como el primer nivel de atención de baja complejidad genera una cultura de derivación que daña el sistema. La propia experiencia nacional de Áncora-UC demuestra que una APS dotada

de mayor tecnología y capacitación puede reducir el número de derivaciones a especialidades, urgencia y hospitalizaciones en porcentajes que van desde un 15% a un 50% (Puschel et al. 2013).

3. Sistemas de información

Los sistemas de información son un elemento clave para la gestión de la salud y para el conocimiento de la población a la cual se busca responder. Si no se cuenta con información de calidad, no es posible ajustarse a las necesidades de las personas, medir el logro de objetivos o ajustar la marcha del sistema. En Chile, actualmente la información con la que se cuenta para hacer gestión en salud es insuficiente, por su carácter irregular, poco oportuno y poco confiable. No existe un modelo que garantice la consistencia de la información que se obtiene en los distintos niveles de atención y en los diferentes territorios del país. Tampoco se entrega suficiente información al público. A todo esto se suma el hecho de que la información que se produce es escasamente utilizada a nivel local.

Asimismo, se debe considerar que las bases de datos pertenecen a un proveedor que administra el 98% de estas, y no a los centros de salud, lo que las hace menos asequibles para la gestión. Las comunas no logran tener a tiempo ni la propiedad, ni la totalidad de las bases de datos.

Por otra parte, los problemas de salud y los resultados sanitarios de la población suelen observarse a nivel agregado (nacional), impidiendo que en el nivel local se manejen indicadores robustos que permitan hacer gestión clínica y comunitaria. La “tiranía de los promedios” condiciona los sistemas de salud en base a prioridades nacionales, las cuales no siempre responden a las prioridades locales. Esto puede ejemplificarse en el programa AUGE y en el sistema de financiamiento a través del per cápita, que no consideran el perfil epidemiológico de la población local.

A nivel global, en términos de sistemas de información, se observan dificultades como:

- Duplicación del registro de datos y sistemas que no dialogan entre sí.
- Registro clínico electrónico que no se encuentra extendido en todos los CESFAM.
- Sistemas poco amigables y poco asequibles para la gestión.

14. Ver experiencia Áncora-UC.

- Falta de competencias de recursos humanos para gestionar los sistemas de información.

A continuación se presentan algunas propuestas relacionadas a estas dificultades:

• **Propuesta 1. Completar el registro clínico electrónico**

En primer lugar se propone la masificación del uso de ACG en el nivel de Atención Primaria, lo que requiere que todos los CESFAM cuenten con ficha clínica electrónica. Dicho registro debe contener información que sea comparable, agregable y compartida (accesible al público), para poder contribuir a la gestión en salud. Esto implica evidenciar a través de la información las necesidades de salud de la población comunal, la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad de la atención en los Centros de Salud Municipal. Se requiere integrar indicadores de procesos críticos, de efectividad y de calidad. No basta solo con la masificación del uso de ACG, sino que también se debe contemplar un plan de capacitación para su uso.

• **Propuesta 2. Integración de los sistemas de información existentes**

Se ha observado la existencia de ciertos sistemas y niveles que no interactúan como deberían:

1. Se produce una duplicación del registro de datos entre los Reportes Estadísticos Mensuales (REM) y el Sistema de Información para la Gestión de la GES (SIGGES). Es necesario avanzar hacia la implementación de un Sistema de Información de Salud que aborde la integración de todos sus componentes.
2. Integración entre los distintos niveles de atención. En el nivel primario no existe interacción con el sistema de gestión del resto de la red, lo que se debe muchas veces al hecho de que la APS cuenta con registros clínicos más desarrollados que los sistemas con los que opera el nivel secundario. Se requiere contemplar el desarrollo de sistemas que logren integrarse entre todos los niveles de atención, facilitando el acceso a la información en todo el sistema.
3. Interacción entre los municipios y los CESFAM. La integración de ambos sistemas puede lograrse a través del alineamiento del Plan de Salud con el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO).

• **Propuesta 3. Cambiar los actuales tipos de evaluación de APS**

Hoy los sistemas de evaluación contemplan metas numéricas por población, no por persona, lo que impide realizar un seguimiento y medir el verdadero impacto del sistema. A su vez, se ha puesto un énfasis en las prestaciones entregadas en vez de en las metas logradas, lo cual debe ser revertido. Para avanzar en este punto se propone, por una parte, incorporar mayor flexibilidad, simplificación y homologación de los sistemas de información (ya que hoy la rigidez de los sistemas entorpece el funcionamiento de estos, habiendo un exceso de formularios diferentes), y por otra, modificar los tipos de evaluación, centrándose en el seguimiento de las personas y en la obtención de metas.

4. Comunidad

El efecto de la atención médica sobre la reducción de la carga de enfermedad poblacional es menor de lo que el común de las personas cree. Desde el informe Lalonde en los 70¹⁵ que resalta la importancia de base biológica, el ambiente y el estilo de vida, hasta el enfoque actual de los determinantes sociales, se ha ido relativizando la importancia de la atención médica en la reducción de la carga de enfermedad de la población.

Una estrategia que no contemple la gestión de salud desde el espacio local y desde los cambios de hábitos personales, será ineficiente e incompleta. El énfasis necesariamente tiene que estar puesto en las intervenciones de salud pública y en el espacio local. Son las intervenciones comunitarias las medidas que tienen más impacto en los indicadores de salud de la población.

Respecto al desarrollo local y el involucramiento de la comunidad, dos son los factores que completan nuestro diagnóstico: la existencia de una comunidad poco informada y participativa, y la falta de educación y alfabetización de la población en salud.

• **Propuesta 1. Educación de los usuarios**

En un comienzo se mencionó la presencia de un nuevo usuario, más informado y demandante. Sin embargo, no es lo mismo hablar de una población informada que de una población alfabetizada. El primer caso puede resolverse a través del acceso a la información presente en la web o en libros, mientras que una comunidad alfabeti-

15. Informe Lalonde: A New Perspective on the Health of Canadians, Ottawa, abril 1974.

zada, en cambio, es aquella que realiza una verdadera gestión de la propia vida.

1. Una primera forma de incrementar la alfabetización de los usuarios consiste en la transferencia de la información de los resultados de salud local a la comunidad. Esta propuesta está vinculada con el desarrollo de sistemas de información y redes sociales, y la facilidad con que se puede acceder a la información.
2. En segundo lugar, se propone el desarrollo de los sistemas de E-salud¹⁶, los cuales actualmente se están desarrollando fuertemente. Deben rescatarse los casos más eficientes como modelos de buenas prácticas y generar a través de ellos verdaderas comunidades de alfabetización.

• **Propuesta 2. Alianzas con comunidades**

Son diversos los actores locales que pueden contribuir a la gestión de la salud de las comunidades. En esta línea, se proponen las siguientes acciones:

1. Se deben fortalecer las alianzas con las comunidades organizadas, por ejemplo, a través de fondos concursables para el desarrollo de iniciativas dirigidas a los problemas de salud más relevantes a nivel local, asignados a los Consejos de Desarrollo Local de Salud.
2. Se propone la incorporación de las universidades a los territorios de sus campos clínicos y la formación de equipos de atención primaria, a través de licitaciones (campos clínicos). Es necesario que las universidades formen con estándares explícitos de calidad de APS.

• **Propuesta 3. Estrategias de acercamiento a la comunidad**

Finalmente, se propone el desarrollo de estrategias de acercamiento a la comunidad. Esto puede ser llevado a cabo mediante diferentes iniciativas tales como proyectos concursables para los Consejos de Desarrollo Local de Salud (como ya se mencionó), mapeo territorial de recursos, y la constitución de redes comunitarias y territoriales que complementen sus recursos para abordar problemas complejos y priorizados localmente (adiciones, violencia, etc.). A su vez, en términos de infraestructura se requiere de un desarrollo gradual de la atención de salud en el domicilio, lo que implica estar enfocado en la persona y aprovechar mejor la infraestructura existente (colegios, centros comunitarios, etc.).

5. Gestión

Se debe tener en cuenta que la APS no es solo una visión de servicio, es un modelo de desarrollo. Muchos de los aspectos de la APS y de los objetivos sanitarios no dependen solo de la acción de los CESFAM sino que también del municipio. Esto requiere que en la gestión de la salud se involucren e integren los diferentes actores que interactúan en el sistema y que se desarrolle un sistema integrado entre los diferentes niveles, para poder responder de mejor forma no solo a la resolución de problemas de salud sino también a su prevención y promoción.

En materia institucional, a pesar de los avances logrados en la Reforma de Salud que se implementó durante el gobierno de Ricardo Lagos, las redes no han logrado articularse con la debida profundidad, prevaleciendo las características de un sistema de atención fragmentado.

Algunas de las propuestas para mejorar la gestión de la salud son:

• **Propuesta 1. Crear la figura del Director de Continuidad Asistencial**

En la lógica de la atención clínica se propone crear una Dirección de Continuidad Asistencial¹⁷, donde un médico de familia forme parte de un equipo directivo de la red. Este estará encargado de la continuidad en la atención, estableciendo reuniones clínicas compartidas, asegurando que los médicos especialistas asistan en la atención primaria, generando un sistema de consulta. Esta propuesta busca mejorar la resolutivez del sistema de salud con una lógica de funcionamiento en red, a través de un cargo directivo dedicado a ello.

• **Propuesta 2. Responsabilidad alcaldía definida por ley**

Se propone modificar la ley de autoridad sanitaria de tal forma que la APS municipal esté a cargo de las actividades promocionales y preventivas, que hoy son responsabilidad de la Secretaría Regional Ministerial (Seremi). Esto porque para diseñar actividades de promoción y prevención pertinentes, se requiere conocimiento del espacio local, de sus características y de los diferentes actores que conviven en él.

16. Para mayor información visitar <http://www.salud-e.cl/>

17. Ver experiencia española.

• **Propuesta 3. Dotar a la APS de potencia financiera, encargada de comprar las prestaciones del hospital o del nivel secundario y terciario**

Se propone que de manera gradual parte del presupuesto de los hospitales se decida en la APS, siendo el médico que trabaja en este nivel el encargado de comprar las prestaciones del hospital o del nivel secundario y terciario, de forma tal que estos niveles estén al servicio de la demanda que proviene del nivel primario.

• **Propuesta 4. Hacer concursable por Alta Dirección Pública (ADP) el cargo de Jefe de Salud Municipal**

El que los jefes de salud municipal sean seleccionados a través del sistema de ADP asegurará que las personas que ocupen este cargo cuenten con las competencias necesarias y puedan ser sometidos a procesos de evaluación pertinentes, asimilándose a lo que ocurrió con los Jefes de Educación Municipal, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Calidad y Equidad de la Educación¹⁸.

• **Propuesta 5. Creación de Centros Ambulatorios**

Se propone un proyecto conjunto entre la APS y los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) para mejorar la resolutivez en APS. Ello mediante la creación de Centros Ambulatorios en los cuales médicos especialistas asesoren a médicos de APS para mejorar la capacidad para resolver los problemas de salud, y donde existan guías y protocolos consensuados que mejoren la gestión en este nivel. Esta propuesta requiere el desarrollo de una agenda digital de apoyo y soporte a la atención en ambientes ambulatorios que incluya zonas rurales.

Conclusiones

A pesar de los avances obtenidos desde la Reforma de Salud chilena, el fortalecimiento de la APS es todavía un tema pendiente y muy relevante para poder dar una mejor respuesta a los desafíos que se presentan en el sistema sanitario: el cambio en el perfil epidemiológico de la población, la falta de equidad en la salud, la insatisfacción de la población y los crecientes costos en salud.

Un fortalecimiento de la APS que reestablezca su importancia y centralidad en nuestro sistema de salud, puede lograrse a través de estrategias implementadas en distintos niveles del sistema: a nivel de financiamiento, aumentando el monto per cápita en salud y modificándolo considerando el perfil epidemiológico de la población,

junto con la integración de incentivos para la eficiencia en la obtención de resultados; a nivel de recursos humanos, definiendo la medicina familiar como la especialidad para la Atención Primaria y estableciendo incentivos a nivel político y desde las universidades para aquellos médicos que opten por dicha especialidad, tales como una mejora en los sueldos y el aumento de su capacidad resolutivez, creando programas de subespecialidades dentro de la APS y desarrollando los vínculos desde la Atención Primaria con toda la red de atención; a nivel de sistemas de información, universalizando el uso del registro clínico electrónico, integrando los sistemas de información existentes y cambiando los actuales tipos de evaluación de APS y estableciendo metas por personas en vez de por población; a nivel de comunidad, integrándola a través de una mayor educación de los usuarios, estableciendo alianzas con las comunidades y con estrategias de acercamiento que aprovechen la infraestructura ya existente. Finalmente, a nivel de gestión, creando la figura del Director de Continuidad Asistencial, estableciendo responsabilidad alcaldicia definida por ley, haciendo concursable a través del sistema de Alta Dirección Pública el cargo de Jefe de Salud Municipal, y dotando a la APS de potencia financiera y creando Centros Ambulatorios donde las diferentes especialidades dialoguen y se complementen entre sí para aumentar la integralidad de la red.

Todo esto permite desarrollar y afianzar el nuevo modelo de atención, sin embargo, se requiere de liderazgo y voluntad política tanto desde el gobierno como desde el parlamento, los profesionales de la salud, las municipalidades y las universidades.

Una política pública eficiente y efectiva en salud en Chile debiera considerar la modificación del modelo actual de APS, situándola como eje articulador de la red de salud. El fortalecimiento de la atención primaria y su rol como motor y pilar esencial significará una mitigación de costos y la obtención de mejores resultados en la salud general de la población.

Referencias

- Dirección de Presupuesto**, 2013. Sistema público de salud: situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050.
- Gulliford, M.**, 2002. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J. Public Health Med*, 24 (4), 252-254.

18. Ley 20.501.

- Harris, M.**, 2010. Brazil's Family Health Programme. *BMJ*, 341, c4945.
- Hidalgo, C.G. y Carrasco, E.**, 2000. *Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones UC.
- Macinko, J., Starfield, B. y Shi, L.**, 2007. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv*, 37 (1), 111-126.
- Montero, J., Majluf, N., Corbalán, J., Herrera, C., Mansilla, C., Peñaloza, B., & Rojas, V.**, 2011. Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal. En: Centro de Políticas Públicas UC, *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2011*, 207-230. Disponible en: http://politicaspublicas.uc.cl/publicaciones/ver_publicacion/24
- Montero, J., Poblete, F., Torche, A., & Vargas, V.**, 2008. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. En: Centro de Políticas Públicas UC, *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2008*, 73-94. Disponible en: http://politicaspublicas.uc.cl/publicaciones/ver_publicacion/60
- Montero, J., Rojas, P., Muñoz, M., Scharager, J., Brunner, A., Castel, J., Cayazzo, T.**, 2007. Enfoque de competencias para la atención primaria de salud chilena. Modelo de trabajo para su desarrollo en el ámbito público. En: Centro de Políticas Públicas UC, *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2007*, 325-348. Disponible en: http://politicaspublicas.uc.cl/publicaciones/ver_publicacion/77
- Montero, J., Téllez, A., & Herrera, C.**, 2010. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. *Temas de la Agenda Pública*, 5 (38), 1-12. Disponible en: http://politicaspublicas.uc.cl/publicaciones/ver_publicacion/92
- Organización Mundial de la Salud**, 2008. *La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca*. Washington, DC: OMS.
- Puschel, K., Téllez, A., Montero, J., Brunner, A., Peñaloza, B., Rojas, M.P., Poblete, F., & Pantoja, T.**, 2013. Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud: evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. *Estudios Públicos*, 130, 23-52.
- Rojas, M.P., Scharager, J., Erazo, A., Puschel, K., Mora, I., Hidalgo, G.**, 2011. Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena. En: Centro de Políticas Públicas UC, *Propuestas para Chile. Concurso de Políticas Públicas 2011*, 231-265. Disponible en: http://politicaspublicas.uc.cl/publicaciones/ver_publicacion/25
- Santelices, E., Muñoz, P., Arriagada, L., Delgado, M. y Rojas, J.**, 2014. Primera experiencia chilena con la aplicación de Grupos Clínicos Ajustados (ACG) como herramienta de ajuste de riesgo: evaluación en la distribución de recursos en programa de enfermedades crónicas. *Revista Médica de Chile*, 142 (1), 153-160.
- Starfield, B.**, 2006. Global imperatives for primary care. Presented at the First Iberoamerican Regional Congress-WONCA Iberoamerican CIMF. Plenary Session: Building a Primary Care-based Health System. Buenos Aires, Argentina.
- Starfield, B. y Shi, L.**, 2002. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60 (3), 201-218.
- Starfield, B.**, 2012. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26 (1), 20-26.

Centro UC

Políticas Públicas

www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl

SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (56-2) 2354 6637.

SEDE LO CONTADOR

El Comendador 1916, Providencia.
Teléfono (56-2) 2354 5658.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC

- Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina