



**Atención primaria de salud en
Chile y el contexto internacional**

Vigencia, experiencia y desafíos

Cesar Gattini Collao

Observatorio Chileno de Salud Pública

**Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Chile**

Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional

Vigencia, experiencia y desafíos

Cesar Gattini Collao (1)

2019

(1) Director Ejecutivo e investigador principal del Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP).
Profesor Asistente. Instituto de Salud Poblacional. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Coordinador Núcleo Chile del Observatorio Íbero-Americano de Políticas y Sistemas de Salud (OIAPSS)

© 2019, César Gattini Collao

I. Título: Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos

II. Serie Técnica del Observatorio Chileno de Salud Pública. Santiago: 2019/1

III. Autor: César Gattini Collao

Atención primaria de salud en Chile y el coontrexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos

Santiago, Chile: (c) 2019

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
2. SERVICIOS DE SALUD
2. NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN
4. POLÍTICA SANITARIA
3. ESTRATEGIA SANITARIA
5. CHILE



Esta obra está publicada bajo una Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 de Creative Commons.

Usted es libre de copiar distribuir y comunicar públicamente la obra, o hacer obras derivadas, bajo las siguientes condiciones:

- *Atribución. Debe reconocer la autoría de la obra en los términos especificados por el propio autor o licenciante.*
- *No comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales*
- *Licenciar igual. Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, sólo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a ésta.*
- *Al utilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

*“Han pasado 40 años desde aquella visión de Alma Ata,
y la tensión entre el idealismo de aquella declaración y
el pragmatismo de los implementadores aún convive”*

Oriana Ramírez, 2018
Instituto de Salud Global Barcelona

PRÓLOGO

El libro “*Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional, Vigencia, experiencias y desafíos*”, de César Gattini que presentamos hoy, viene a llenar un gran espacio poco ocupado en nuestro país, como es la recopilación de la rica historia y desarrollo de la Atención Primaria en Chile y su funcionamiento en este siglo XXI con sus aciertos y dificultades, contraponiéndola a lo que fueron, y siguen siendo, los principios de Alma Ata. Podemos no compartir la totalidad de los análisis del libro pero no cabe duda que son un aporte a este desarrollo, a este proceso que sigue vivo y que necesitamos, entre todos y todas, cuidar, analizar y seguir haciendo crecer.

La Atención Primaria ha tenido y sigue teniendo una enorme relevancia tanto como estrategia y como nivel de atención en el desarrollo de Chile, siendo la base del sistema público de salud. Es el pilar fundamental para la promoción de la salud y la prevención de muchas enfermedades de la totalidad de la población y adicionalmente para la recuperación, rehabilitación y paliativos del 80% de los y las habitantes. Ha sido y es un pilar, aún cuando no el único, de los buenos resultados sanitarios de nuestro país.

Incluso desde antes de Alma Ata, nuestra Atención Primaria fue inspirada por grandes de nuestro país como Eduardo Cruz Coke, con la expansión del seguro obrero y la ley de medicina preventiva, Jorge Mardones, y Salvador Allende con el origen del Servicio Nacional de Salud y las políticas contra la desnutrición, la educación y la existencia de “policlínicos barriales”. También quisiera destacar el rol jugado por los programas de desplazar profesionales de la salud a localidades apartadas (médicos generales de zona, enfermeras y matronas) La precoz vinculación en nuestro país de las causas sociales con las enfermedades-que hoy llamaríamos Determinación Social o Determinantes Sociales- hicieron posible la aparición de políticas integrales que mejoraron la calidad de vida y la salud de toda nuestra población. Tal es el caso del agua potable o el saneamiento básico y también de las políticas de educación obligatoria, entre tantas otras.

La existencia de una densa red de “policlínicos” en los diferentes barrios de nuestras ciudades y de las “postas” rurales hizo que cada espacio de nuestro territorio, con la población que allí habitaba, estuviera “a cargo” de un equipo sanitario, inicialmente compuesto por médico, enfermera o matrona y auxiliar de enfermería. Desde allí se fueron haciendo realidad las políticas de planificación familiar, el control sano de niños, niñas y de embarazadas, recuperación de las enfermedades y tantos otros ejemplos y aciertos, de nuestro Sistema Público de Salud.

Hoy día, este nivel primario de atención es el primer nivel de entrada al sistema público y encarna, o sigue buscando encarnar, en ese nivel toda la Estrategia de Atención Primaria de Alma Ata, cuarenta años después. En efecto, es el nivel de relación con las personas, las familias y comunidades, lugar de trabajo de un gran equipo multiprofesional que va de lo social a lo tecnológico y que debe hacer de la participación social no sólo una estrategia de validación de las políticas como muchas veces sucede, sino que debe genuinamente fomentar el empoderamiento de esas poblaciones para que ellas logren ir modificando su condiciones de vida y así ir construyendo una mejor salud. Se trata no sólo de la recuperación de las enfermedades, sino de ser capaces de construir salud y para ello el trabajo indispensable con las poblaciones y con los otros sectores que inciden en esa calidad de vida, lo que hoy llamamos “intersector”, socios en esta construcción de salud.

Esa búsqueda de una atención primaria integral la encontramos tanto en los textos normativos ministeriales, en el sueño de miles de usuarios que participaron del Congreso de Atención Primaria del 2016, relevando el papel social de la APS, así como en la aspiración de las decenas de miles de funcionarios que se desempeñan en este nivel de atención.

A todos ellos mi reconocimiento por mantener vivo el sueño que es posible construir desde los territorios espacios de mejor calidad de vida y al Dr. Gattini el reconocimiento por traernos una recopilación seria y bien fundamentada que analiza y contrapone en profundidad la teoría de la APS y la práctica en nuestro país.

Soledad Barría

*Académica Departamento
Atención Primaria y Salud Familiar
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Ex Ministra de Salud*

PREFACIO

La frase *Atención Primaria de Salud* (APS) en las últimas décadas ha pasado a ser una especie de talismán al cual recurren con frecuencia los proyectos de reforma y mejoramiento de los sistemas de salud. Digo frase pues muchas veces no pasa de ser una mención casi literaria y obligada a los buenos discursos de política sanitaria.

Sin embargo, es preciso decir que lo políticamente correcto en este caso tiene un base histórica y técnica bastante sólida y comprobada por múltiples argumentos de pruebas científicas basados no sólo en lo cuantitativo, sino que también en lo cualitativo, en el sentido común, en la observación desnuda de lo que ocurre en la realidad de la mayoría de los modelos de atención de salud.

Las ideas fuerza que dan origen a la estrategia de APS tienen bastante robustez. Un buen sistema de salud debe acercarse a las personas y las comunidades, realizar principalmente acciones de promoción y prevención, delegar a los grupos y líderes comunitarios conocimientos y poder y así sostenerse en el tiempo y en la cultura local, identificar y normar las actividades de salud curativa de mayor impacto y factibilidad a realizar en el territorio, constituir el primer nodo de una red que trabaja en sintonía.

Por estas y muchas otras razones más, es importante definir de qué hablamos cuando hablamos de atención primaria y ése es el concepto guía y la motivación de este libro "*Atención primaria en salud en Chile y el contexto internacional: Vigencia, experiencia y desafíos*" escrito por el especialista en salud pública Dr. César Gattini Collao.

El texto es un recuento histórico, un compendio amplio y comprensivo de los principios, modelos y experiencias en Chile y otras latitudes, sus aspectos de gestión e institucionalidad, las aristas financieras y de recursos humanos, la supervisión de la comunidad a través de los municipios y las normativas desde los servicios de salud regionales, la infraestructura y dotación de medicamentos e insumos, las evaluaciones de impacto epidemiológico y de salud integral, entre los múltiples aspectos de la APS.

Interesantes reflexiones de principios y desafíos vendrán con su lectura tanto en el ámbito académico como de las redes propiamente tales. Propongo algunas ideas nacidas de la experiencia personal.

Primero, la motivación de la acción de salud a nivel comunitario y génesis épica expresada en la conferencia de Alma Atta en 1978 y promovida por el insigne líder Halfdan Mahler, director en aquellos años de la Organización Mundial de la Salud, el carismático James Grant, director de UNICEF y el preclaro Carl Taylor, profesor de la escuela de salud pública de Johns Hopkins. Los tres, verdaderos líderes espirituales y solidarios, dos nacidos en China y los tres de padres misioneros. Tuve el privilegio de trabajar con los tres y conocerlos en su madurez, ya en época de retiro. Fue un privilegio escucharles sus experiencias, sus anécdotas y secretos para lograr movilizar a otros líderes, conseguir fondos y en la práctica, crear una especie de religión de la atención de salud comunitaria para combatir la pobreza y la enfermedad en vastas regiones de mudo.

Segundo, el estatus relativo de la medicina practicada en el nivel primario es uno de sus nudos más relevantes. La inestabilidad y la rotación de los facultativos, muchas veces en tránsito, le hace deteriorar su imagen.

Una de las fórmulas más recientes de la APS, la Medicina Familiar, representa precisamente un modo muy comprometido e integral de hacer la medicina comunitaria pero influida fuertemente por la búsqueda de la eficiencia y eficacia. Ella se divide por su dedicación a los dos niveles etarios principales, el niño y el adulto, pretende dar estatus de especialidad a sus médicos y compite con energía por su reconocimiento. Esto último pues es un hecho que la atención primaria es vista con imagen peyorativa por los practicantes de la medicina súper especializada y tecnológica del siglo XXI.

Tercero, los desafíos que requieren atención son múltiples pues el mundo ha cambiado y la medicina igualmente, ambas al ritmo de la globalización de la sociedad, las transiciones demográfica y epidemiológica, y por cierto al avance de la revolución tecnológica. Lamentablemente no hay espacio para profundizar en cada una de estas aristas, pero ciertamente la globalización ayuda y daña. Ayuda pues acelera la difusión del conocimiento y la terapéutica; daña pues hace que los riesgos y determinantes de salud a través de la movilidad incrementada, ya sea de los agentes microbiológicos, alimentos, personas y malas prácticas, provoquen brotes, epidemias, crisis agudas o crónicas, cambio climático y desastres naturales, desafien a los sistemas de salud y les hagan ver como insuficientes e ineficientes con su consecuente impacto político.

La revolución tecnológica, especialmente en el área digital, permite diagnósticos individuales mucho más certeros y vigilancia epidemiológica mucho más cercana a la ocurrencia del fenómeno mismo. La imagenología ha desplazado a nuestra amada semiología renacentista, al igual que los sensores transcutáneos de oxígeno o del funcionamiento cardíaco, los exámenes de niveles de glucosa y otros, han desplazado la información y la decisión al operador sanitario de primer nivel y al paciente mismo.

Durante los meses fríos podemos saber en pocos minutos cual es el virus respiratorio que está atacando a un niño con bronconeumonía, o cual es el genio epidemiológico de un brote de influenza. O en un brote de diarreas estivales, cual es la entero bacteria predominante en el agua de consumo en una localidad.

La influencia y poder de las redes sociales (RRSS) en la salud es obvia y se les utiliza tanto para promover salud como para perjudicarla. Valga sólo el ejemplo del intenso aumento del sarampión que está ocurriendo en 2018-2019 prácticamente en todo el planeta. La atención primaria no puede dejar de tener presencia en las RRSS.

Todo sumado sin embargo, nada reemplaza al efecto benefactor de la relación paciente con terapeuta y ese debería seguir siendo el centro de lo mejor que puede aportar el profesional de la atención primaria. Ahí está su indelegable y principal función a través del contacto cara a cara y el acompañamiento solidario.

Jorge Jiménez de la Jara

Profesor Titular

Departamento de Salud Pública

Pontificia Universidad Católica de Chile

Ex Ministro de Salud

Reflexiones sobre “Alma-Ata: 25 años después” (2003) según Dr. David Tejada de Rivero, Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata en 1978 (párrafos seleccionados).

...Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de "Salud para todos" y a la estrategia, también social y política, de la "atención primaria de salud", no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces.

En el mundo globalizado de hoy, unipolar y con la amenaza de una pérdida creciente de las soberanías nacionales, una de las pocas medidas que existen para tener control sobre el destino es la construcción de democracias auténticas, descentralizadas y participativas. Hoy es imprescindible transferir —o mejor dicho "devolver"— el poder político para tomar las decisiones que afectan a las sociedades a su punto de origen, que es la ciudadanía.

"El cuidado integral de la salud para todos y por todos" —la mejor forma de expresar la genuina "atención primaria de salud" de Alma-Ata— es una necesidad no sólo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día más injusto

Tal vez sea necesario convocar a una Alma-Ata II para relanzar, sin distorsiones, los conceptos que dieron origen a esa conferencia en 1978. Por supuesto, con las debidas actualizaciones derivadas de los grandes cambios mundiales y de las experiencias de estos 25 años...

Dr. David Tejada de Rivero

Subdirector de la OMS de 1974 a 1985
Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre
Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata, 1978

“Alma-Ata: 25 años después”

Revista Perspectivas de Salud
La revista de la Organización Panamericana de la Salud
Volumen 8, Número 1, 2003
http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm

Lecciones básicas (2008) de la experiencia internacional de APS en el período 1978 a 2008 según Dr. Halfdan Mahler, principal líder de la estrategia de APS global (párrafos seleccionados).

P. ¿Por qué se perdió la atención primaria de salud?

R. *“El decenio de 1970 fue propicio para la justicia social. Ese es el motivo de que después de Alma-Ata, en 1978, todo parecía posible. Luego se produjo un serio revés, cuando el Fondo Monetario Internacional (FMI) promovió el Programa de Ajuste Estructural con todo tipo de privatizaciones, lo que provocó escepticismo en torno al consenso de Alma-Ata y debilitó el compromiso con la estrategia de atención primaria. Las regiones de la OMS seguían luchando en los países, pero no se obtuvo apoyo del Banco Mundial ni del FMI. Y la mayor decepción fue cuando algunos organismos de las Naciones Unidas pasaron a un enfoque “selectivo” de la atención primaria de salud. Eso nos llevó a empezar desde cero.*

Habíamos empezado con programas de atención de salud selectivos, centrados en una única enfermedad, como el paludismo y la tuberculosis, en los decenios de 1950 y 1960. A continuación, tuvimos este despertar espiritual e intelectual que salió de Alma-Ata, y de repente algunos defensores de la propuesta de atención primaria de salud volvieron una vez más al antiguo enfoque selectivo. Quizás, paradójicamente, Alma-Ata tuvo en esos casos el efecto opuesto al previsto, ya que hizo que las personas pensarán demasiado en la selección, en lugar de seguir la doctrina de Alma-Ata de salud para todos...

P: ¿Respondió la Declaración de Alma-Ata a sus expectativas?

R: *La Declaración hizo más que responder a mis expectativas y superó con creces las expectativas de los gobiernos, las ONG y las personas implicadas. Nunca se ha concedido tanta importancia a la salud. La salud sólo es completa para quienes la ven a la luz completa, y está fragmentada para quienes la ven a la luz fragmentada. Esta evidencia estaba omnipresente en las deliberaciones de Alma-Ata. La Declaración tuvo tremendas repercusiones inmediatas, dado que las personas abandonaron Alma-Ata con la convicción de que habían participado en una revolución sanitaria.*

P: ¿La atención primaria de salud es una prioridad mucho más acuciente ahora que antes?

R: *La atención primaria de salud es ahora más necesaria que nunca, y no sólo porque se ha de encontrar la forma de vincular lo que aconteció durante los primeros años que siguieron a Alma-Ata y lo que existe ahora.*

P. La salud para todos parece ser un objetivo utópico, ¿qué quiere decir con eso?

R. *El objetivo no era erradicar todas las enfermedades y dolencias para el año 2000; sabíamos que eso habría sido imposible. Nuestro objetivo era centrar la atención del mundo en las desigualdades sanitarias y tratar de alcanzar un nivel aceptable de salud, distribuido equitativamente en todo el mundo...”*

Dr. Halfdan Mahler

Director General de la OMS de 1973 a 1988

Respuestas seleccionadas de la entrevista en 2008:

“La atención primaria de salud cierra un ciclo completo”

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/>

“De Alma-Ata a Astana: la Declaración que muestra lo que está en disputa”, según Carina Vance. Directora Ejecutiva del ISAGS –UNASUR (párrafos seleccionados)

...Un riesgo que corremos en esta coyuntura histórica es que la APS continúe siendo equiparada con el primer nivel de atención exclusivamente, como lo hacen algunos sectores. Un objetivo central de Alma-Ata fue priorizar el primer nivel de atención en respuesta a la tendencia hospitalo-céntrica enfocada meramente en lo curativo. La APS planteó un primer nivel de atención con capacidad resolutoria amplia, servicios de calidad, con acciones de prevención y promoción de la salud, y un énfasis en la participación social, dotado de recursos suficientes y de recursos humanos formados integralmente. Este planteamiento no se puede confundir con una estrategia de limitar el acceso de la población al primer nivel, o de ofrecer paquetes de servicios de salud en base a la capacidad de pago de las personas, donde los más pobres accedan solo a lo “básico” o “esencial”. La integralidad de la APS se refiere también al derecho de acceder a servicios hospitalarios, de acuerdo a la necesidad de las personas.

El rol regulador de los Estados:

Otro aspecto que merece ser destacado es el planteamiento sobre la “necesidad” de articular acciones de salud con el sector privado. Lograr la salud para todos y todas sin duda dependerá de los aportes de todos los sectores, pero es demasiado común que esta consigna deje de lado la importancia de regular al sector privado y resguardar a la salud de los conflictos de interés (donde el interés comercial o lucrativo interfiere con el interés público). La Declaración de Astana no hace mención al rol regulador que deben tener y fortalecer los Estados, ni hace referencia a los determinantes comerciales de la salud y aborda el conflicto de interés como algo que debe “gestionarse”, no prevenirse o eliminarse de los espacios de diseño e implementación de la política pública en salud. Estos conceptos sí fueron incluidos en algunas versiones intermedias de la Declaración de Astana, pero desaparecieron de su versión final. No es casualidad. En un mundo en que cada minuto crece la concentración de la riqueza (y del poder) y en el que quienes la concentran tienen cada vez mayor incidencia en el campo de la salud, en el que crece vertiginosamente la interferencia de la industria, hablar de estos temas les es, en lo mínimo, incómodo.

Quedaron fuera de esta declaración elementos clave de la APS: se habla de “sacar a las personas de la pobreza” pero nada se dice sobre un sistema económico mundial que la genera y que profundiza las inequidades, se menciona las “cuestiones de género” y de la necesidad de ser “sensibles” hacia ellas, no de la necesidad de transversalizar el enfoque de género y combatir las desigualdades, se habla de “utilizar” los conocimientos tradicionales, y “según proceda”, los medicamentos tradicionales, no de lograr un abordaje intercultural, de respeto y valoración de los saberes ancestrales...

Carina Vance

Directora Ejecutiva del ISAGS -UNASUR
13 de noviembre, 2018

SIGLAS

APS	Atención primaria de salud
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas
AVPP	Años de vida potencial perdidos
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CSR	Consultorio de Salud Rural
CSU	Consultorio de Salud Urbano
COSAM	Consultorio de Salud Mental
CONAMA	Comisión Nacional del Medio Ambiente
CONFUSAM	Confederación de Funcionarios de Salud Municipal
CONICYT	Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud
EMR	Estación Médico Rural
EVN	Esperanza de Vida al Nacer
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDSE	Índice de Desarrollo Socio-Económico
ILPES	Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica en Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAGS	Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
ISAPRE	Instituto de Salud Previsional
IPOS	Informe de Política Social
ISP	Instituto de Salud Pública
MDS	Ministerio de Desarrollo Social
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación y Cooperación
MIDESO	Ministerio de Desarrollo y Planificación Social de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud
NPA	Nivel primario de atención
NSE	Nivel Socio Económico
ODM	Objetivos del Milenio de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PR	Posta Rural
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SNS	Servicio Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SS	Servicio de Salud

CONTENIDOS

Prólogo	4
Prefacio	6
Siglas	11
Contenidos	12
Resumen	16
Introducción	21
1. La Declaración y experiencia internacional de APS	26
La Declaración de Alma-Ata, vigente desde 1978	26
La APS y atención primaria de los sistemas de salud	29
La APS como estrategia nacional de salud y desarrollo	30
La experiencia internacional de APS	30
La declaración de Astaná de 2018	38
La Comisión de Alto Nivel de OPS, 2019	40
Debates y desafíos internacionales pendientes	41
2. El contexto y desarrollo de la APS en Chile	44
El contexto del desarrollo social y sanitario	44
Componentes de la APS previos a 1978	48
La APS desde 1978	49
La APS desde 1990	52
La APS desde la reforma sanitaria de 2004	54
Aspectos relevantes y desafíos de la experiencia de APS	56
3. Modalidad institucional de la APS en el SNSS	61
Funciones de APS en el nivel primario de atención	61
La administración municipal de salud	65
Gestión y desempeño del nivel primario	68
El nivel primario en las redes asistenciales	70
Calidad requerida de estructura y desempeño	72
Cobertura en la población local	74
4. Infraestructura y recursos asistenciales del nivel primario del SNSS	78
Infraestructura, equipamiento e insumos	78
El financiamiento	81
El personal asistencial	87
Los médicos en el nivel primario de atención	90
Sustentabilidad del nivel primario de atención	93
5. Gestión y desempeño asistencial en el nivel primario del SNSS	95
La gestión local	95
Demanda y atención de salud	100
Desempeño de APS en comunas muy diversas	105
Integración del nivel primario en la red asistencial	108
Trabajo comunitario e intersectorial	111

6. Contribución de otros sectores a los objetivos de la APS	115
Contribución de la atención privada de salud	115
Acción intersectorial relacionada con APS	118
7. Desafíos institucionales en el nivel primario y el SNSS	122
Vigencia y coherencia teórico-práctica actual	122
El contexto institucional del SNSS	123
Infraestructura y recursos físicos	125
El financiamiento	127
El personal de salud	130
8. Desafíos del desempeño de la APS en el nivel primario del SNSS	133
La administración municipal de salud	133
La gestión y desempeño en el nivel primario de atención	135
Capacidad resolutoria y referencia de morbilidad	137
Integración del nivel primario en la red asistencial	139
Monitoreo y evaluación del desempeño de la APS	140
Aporte complementario de la atención privada de salud	142
9. Desafíos de la participación comunitaria y acción global en salud	144
Trabajo comunitario e intersectorial local	144
Acción global en APS y salud	146
Expectativas y compromisos actuales de la APS	147
Anexos	149
Anexo 1. Declaración de Alma-Ata	149
Anexo 2. Elementos de la Declaración de Alma-Ata (1978) y de la APS en Chile	152
Anexo 3. Ámbitos y componentes cubiertos por la acreditación de calidad en centros de atención ambulatoria en Chile	154
Anexo 4. Compromisos del “Documento de posición respecto de valor social de la atención primaria de salud” (2017). Congreso de Atención Primaria de Salud, Chile	156
Anexo 5. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2030. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018	158
Anexo 6. Conclusiones de la Comisión de Alto Nivel de OPS sobre “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”	161

Lista de cuadros y figuras

Cuadro 1.	Diversa interpretación o confusión conceptual sobre el enfoque de Alma-Ata	27
Cuadro 2.	Tipos de intervenciones relevantes de la APS en el cuidado de la salud	28
Cuadro 3.	Condiciones inaceptables de la APS en entornos de bajos ingresos y escasos recursos	33
Cuadro 4.	Modificaciones y aspectos necesarios a considerar para las reformas de la APS, 2008	35
Cuadro 5.	Indicadores básicos de salud en Chile, 1950 a 2010	46
Cuadro 6.	Defunciones por grupo de edad en Chile, en bienios 1955-1956, 1974-1975 y 2003-2004	46
Cuadro 7.	Perspectivas de APS según Alma-Ata y en el nivel primario de atención del SNSS	62
Cuadro 8.	Condiciones básicas de calidad de estructura y desempeño en el nivel primario de atención	74
Cuadro 9.	Tipos de centros de nivel primario de atención	78
Cuadro 10.	Centros asistenciales que realizan APS en los Servicios de Salud, 2012	79
Cuadro 11.	Aspectos pendientes del cumplimiento de objetivos de la gestión municipal de APS	97
Cuadro 12.	Cobertura de parto (2011) y de vacunas Pentavalente y Trivírica (2013) en Servicios de Salud del SNSS	102
Cuadro 13.	Consultas médicas anuales por 100 habitantes de APS, urgencia y especialidad en Servicios de Salud. SNSS 2012	104
Cuadro 14.	Población y condiciones socioeconómicas en deciles de comunas ordenadas según desarrollo socioeconómico. Chile 2011	108
Cuadro 15.	Indicadores de salud en deciles de comunas según desarrollo socioeconómico. Chile 2011	108
Cuadro 16.	Diferencias relevantes entre la APS del SNSS y la atención privada (extra-SNSS)	116
Cuadro 17.	Contribución de la atención pública y privada de salud a la aplicación de la APS en Chile	118
Cuadro 18.	Aplicación del enfoque de APS formal como estrategia de desarrollo en Chile	119
Cuadro 19.	Desafíos relevantes para una mayor adecuación institucional de la APS en el nivel primario	133
Cuadro 20.	Entidad preferente de desempeño de APS y nivel primario de atención en el SNSS	134
Cuadro 21.	Desafíos relevantes del fortalecimiento de la gestión y desempeño de la APS	143
Cuadro 22.	Desafíos relevantes para una acción nacional en torno a los objetivos de la APS	148
Figura 1.	Contexto político, social y sanitario de APS en Salud para Todos (SPT) y Objetivos del Milenio (ODM)	31
Figura 3.	Evolución de indicadores básicos del desarrollo en Chile, entre 1950 y 2010	45
Figura 4.	Años de vida potencial perdidos por mil habitantes en deciles de comunas según desarrollo socio-económico, en períodos 1990-1994 y 2007-2011, Chile	47
Figura 5.	Mortalidad infantil en deciles de comunas según desarrollo socio-económico, en períodos 1990-1994 y 2009-2011, Chile	48
Figura 6.	Contexto histórico de la APS en Chile, entre 1981 y 2016	51
Figura 7.	Administración municipal de salud según convenios tipo entre Servicio de Salud y Municipalidad	67
Figura 7.	Modelo de red asistencial integrada de un Servicio de Salud del SNSS	71

Figura 8.	Proporción de población beneficiaria FONASA e inscrita en centros de APS, 2017	76
Figura 9.	Aporte per cápita de Servicios de Salud y financiamiento municipal en comunas seleccionadas 2011	83
Figura 10.	Factores relevantes del déficit financiero de la atención primaria de salud	85
Figura 11.	Factores relevantes de la insuficiencia y distribución de profesionales asistenciales de APS	89
Figura 12.	Factores relevantes de la heterogénea capacidad de gestión y desempeño de la APS	100
Figura 13.	Atención de salud recibida en los últimos tres meses, por cada cien personas. Chile 2013	101
Figura 14.	Proporción de comunas según tamaño de población. Chile 2011	106
Figura 15.	El nivel primario en la red asistencial de un Servicio de Salud del SNSS	110
Figura 16.	Factores relevantes de la fragmentación de la red asistencial de los Servicios de Salud. SNSS.	111

RESUMEN

Este documento sintetiza los aspectos relevantes de los principios, modalidad institucional y experiencia lograda con la estrategia de atención primaria de salud (APS) en Chile, enmarcada en el contexto internacional y la Declaración internacional de Alma-Ata de 1978. Allí se define a la APS como *“la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”*. El seguimiento de su cumplimiento en los países ha seguido bajo la coordinación y liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y renovado en la Conferencia Mundial de Astaná (Kazajstán) en 2018.

Esos principios generales asumidos a nivel internacional requieren ser contrastados y aplicados más en detalle en cada país, según cada realidad política, económica, social y sanitaria. Los antecedentes de cuatro décadas de experiencia en Chile permiten revisar su vigencia y coherencia teórico-práctica, los logros, aspectos críticos y los principales desafíos de acción para adecuar y fortalecer la APS, en torno a sus objetivos y a las actuales necesidades sanitarias de la población.

En los capítulos 1 y 2 se presentan los principios y experiencia internacional de APS, así como el contexto histórico e institucional de la APS formal adoptada en Chile. El capítulo 3 sintetiza la modalidad de APS ejercida principalmente en el nivel primario de atención del Sistema nacional de Servicios de Salud (SNSS). Los capítulos 4 a 6 destacan los principales aspectos de la infraestructura, recursos y desempeño de la APS en ese nivel primario, junto a la contribución de otros sectores al cumplimiento de los objetivos de la APS. Finalmente, los capítulos 7 a 9 destacan los principales desafíos institucionales, del recurso y del desempeño de la APS en el nivel primario del SNSS, junto a aquellos relacionados con la participación comunitaria y la acción global en salud en torno a los objetivos globales de la APS.

En Chile, ya se contaba con las características de la estrategia de APS desde antes de 1978, gracias al desarrollo organizado del país y de su complejo y amplio sistema de salud, especialmente el público.

En el contexto institucional de la APS, destacan hitos como la conformación del Servicio Nacional de Salud (SNS) entre 1952 y 1979 y del actual Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) desde 1979, y también destaca el inicio de la administración municipal en 1981; el retorno a la democracia en 1990, y la reforma sanitaria de 2004.

El modelo conceptual, normativo e institucional chileno de APS es determinado por el Ministerio de Salud (MINSAL), en cuanto entidad rectora del SNSS. Pero la responsabilidad de APS sólo recae en el SNSS, cuya acción asistencial alcanza aproximadamente al 80% de la población. El marco normativo chileno utiliza el término APS para referirse tanto a *la estrategia o acción global* propiamente tal, como al *nivel primario de atención* o “atención primaria” de las redes asistenciales de los Servicios de Salud del SNSS.

Actualmente, la APS está principalmente reflejada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Las funciones del nivel primario de atención del SNSS incluyen una cobertura directa de la población objetivo, atención continua, función de puerta permanente de acceso para la población, uso de capacidad tecnológica resolutiva relativamente simple y responsabilidad continua sobre la salud de las personas. Es además un filtro del sistema, en base a su capacidad resolutiva y coordina el acceso de la persona al rango de servicios que ofrece el sistema. Realiza programas básicos de salud de las personas, con acciones de promoción y prevención tanto individual como colectiva. Incluye la coordinación intersectorial y promueve la organización comunitaria en salud.

Desde 1978 (y antes), la población chilena ha continuado logrando un avance sostenido del nivel de salud. Ello ha sido posible gracias a la confluencia de una serie de factores importantes, entre los cuales se cuenta con el aporte específico de la APS. Entre otros factores claves para una mejor salud, destacan el crecimiento productivo y económico del país, la mejor calidad de vida, reducción de pobreza en la población, las políticas sociales con protección y seguridad social, la acción subsidiaria focalizada (concentrada en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad social), el rol complementario de la atención privada de salud y la contribución de otros sectores del quehacer

nacional, como obras públicas, saneamiento, educación, empleo, vivienda, obras públicas y seguridad, entre otros.

El enfoque de APS, en cuanto estrategia global de salud y desarrollo, requiere ser intersectorial y tener un esencial enfoque comunitario, bajo el liderazgo del sector salud. En el caso chileno, el rol global de la APS (extra clínico) no ha sido muy explícito ni generalizado; este rol en general implícito, ha sido liderado en torno a múltiples estrategias y naciones de las entidades y autoridades políticas y sociales del país, a distinto nivel. El aporte de los diversos actores productivos del país (públicos y privados) ha contribuido a mejorar las condiciones de calidad de vida de la población chilena. Con todo ello, efectivamente se ha favorecido el cumplimiento de varios de los objetivos estratégicos globales formulados en Alma-Ata, especialmente en una mejor salud de los grupos de mayor vulnerabilidad social y sanitaria de la población.

El inicio de la APS en Chile (1978) ocurrió en una época en que se aplicaban radicales reformas de tipo político, económico y sanitario, con un enfoque predominante de tipo neoliberal. En esa época se conformó un SNSS cuya estructura organizacional esencial se mantiene hasta la actualidad. Luego de cuatro décadas de experiencia de la APS formal en Chile, se mantiene la divergencia entre el enfoque idealista e integral de la APS plenamente identificada con Alma-Ata y ratificado en Astaná, mientras que coexiste un claro pragmatismo aplicado al aporte de condiciones y recursos necesarios para que el nivel primario pueda cumplir plenamente con su rol de APS, incluyendo el ámbito comunitario e intersectorial.

En ello influye el doble enfoque político y económico que persiste sobre el SNSS: por un lado hay una perspectiva estatal basada en derechos y que busca adquirir cobertura universal de APS y financiada de modo importante por el Estado en base a impuestos. Al mismo tiempo, influye un claro enfoque neoliberal que permite la opción de elegir aseguramiento y atención pública o privada, con énfasis en la eficiencia, competencia y el dinamismo del mercado, más un rol subsidiario focalizado en las personas más pobres o vulnerables.

El modelo formal de APS no aplica en el sistema asistencial privado. La normativa vigente indica que el SNSS está enfocado en los beneficiarios del

Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es el seguro público en salud que cubre al 79,5% de la población. La cobertura formal de APS considera solo a aquella población beneficiaria de FONASA que se inscribe en centros de APS (el 88,7% de los beneficiarios de FONASA). En consecuencia, la cobertura formal de APS alcanza solo al 70,6% de la población. Los beneficiarios de FONASA pueden acceder al SNSS bajo la llamada “modalidad de atención institucional”, o bien pueden optar por utilizar una atención de tipo privado, bajo la “modalidad de libre elección”.

La población no inscrita en APS (29,4% de la población) accede en general a la atención privada de salud, donde no se utiliza la modalidad normativa de APS. El sector asistencial privado aporta de modo implícito a los objetivos de APS, pues allí se hacen actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación o cuidados paliativos que concentran en el usuario y hasta su familia, pero no en relación a una comunidad objetivo bajo responsabilidad, ni siguen una normativa ministerial relacionada con APS.

El grupo de población no inscrita en APS tiende a tener mejor situación de salud que los inscritos pues en general se trata de grupos de población con mejores condiciones socio-económicas, mejor salud y mejor acceso al aseguramiento y atención de salud privada. La atención de salud no es el factor más determinante en la condición de salud.

En 2005, el SNSS pasó a ser una particular dependencia ministerial bajo una Subsecretaría de Redes Asistenciales, en que cada Servicio de Salud se entiende directamente con el Ministerio y sus Directores asumen el cargo por concurso público pero son de confianza y pueden ser despedidos en cualquier momento por la autoridad ministerial. Esos cambios transformaron al SNSS en un sistema ministerial de fuerte influencia central; el nivel ministerial se transformó en una gerencia centralizada vertical, con comunicación y decisiones esencialmente unilaterales, limitando la relativa autonomía regional y local y una integración y coordinación más efectivas del SNSS.

El modelo normativo central plantea un “enfoque integral de planificación, programación y funcionamiento de APS”, lo que no puede aplicar cabalmente en el primario nivel local, por distintos factores limitantes. Cuando el recurso y capacidad asistencial de nivel primario local es con frecuencia sobrepasado por la gran demanda local, entonces se

tiende a priorizar la acción curativa y la urgencia, y a centrar el trabajo al interior de los establecimientos, en desmedro del trabajo activo con la comunidad y otros sectores. En ello también influye el modelo y predominio biomédico.

La priorización selectiva de programas de salud (como el Programa de Garantías Explícitas en Salud o GES y el Programa de Reforzamiento de la APS) también resulta contradictoria con el enfoque esencial de APS, que busca terminar con los programas selectivos verticales de salud.

Todo ello tiende a limitar la gestión y el desempeño local, dificultando una respuesta más efectiva y pertinente a aquellas necesidades sanitarias locales percibidas tanto por el personal de salud como los miembros de la comunidad. En el SNSS mismo se aplican aspectos de cuasi-mercado y promoción de eficiencia asistencial con incentivos económicos y control central de la acción y desempeño local a través de un modo de financiamiento decidido de modo vertical a nivel central. Ello restringe la autonomía de la gestión local que debe adaptar la normativa central a la realidad y prioridades locales, donde la comunidad local generalmente no tiene efectiva información ni suficiente participación en APS.

El modo de procurar eficiencia según la normativa e incentivos centrales se contraponen a la búsqueda de equidad, en desmedro de aquellas comunas con población de menor nivel socio-económico, donde hay mayor necesidad sanitaria y carga de enfermedad, pero donde tienden a existir centros y municipios con menor recurso y capacidad de gestión y desempeño, así como menor atracción para contratos de profesionales de salud.

El 90,5% de los centros asistenciales de nivel primario del SNSS está bajo administración municipal. Esa modalidad se sustenta en convenios de administración entre los Servicios de Salud y los municipios para cumplir la normativa técnica del SNSS y cuenta además con algunos mecanismos legales como el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Ese marco contiene las bases para la organización de la administración municipal, el desempeño de los centros asistenciales, el control y fiscalización a los centros asistenciales y los mecanismos de financiamiento local.

En relación a los objetivos originales de la administración municipal de APS (1981), la experiencia ha demostrado una serie de ventajas y

desventajas, con distintos resultados en los muy heterogéneos municipios y tipos de administración local. En general, ella ha sido más exitosa en aquellas comunas con mayores recursos municipales, con población con mejor desarrollo socio-económico y nivel de salud. Esa modalidad ha favorecido e incrementado la fragmentación de la red asistencial, con irregular distribución de recursos entre comunas y centros de APS. Ello influye en el limitado y desigual desempeño en las distintas comunas, con persistencia de inequidad asistencial.

Un adecuado desempeño en la APS requiere que los centros asistenciales cumplan con una serie de requisitos esenciales de calidad de estructura y desempeño. Al respecto, existen normas técnicas, protocolos y guías de buena práctica, así como la necesidad de acreditar los establecimientos asistenciales. Según ese requerimiento, los municipios y Servicios de Salud debieran proveer las condiciones institucionales y estructurales básicas para que cada centro pueda tener las condiciones adecuadas para realizar un eficiente y efectivo desempeño de la APS.

Los recursos humanos, físicos y financieros de la APS son esenciales para el desempeño de la APS y han aumentado en forma paulatina e importante, especialmente desde 1990. A pesar de dicho logro, se mantienen deficiencias históricas de disponibilidad y distribución de recursos para poder cumplir con los requerimientos programáticos y necesidades sanitarias de la población, en cada localidad. La disponibilidad y distribución del recurso asistencial a los centros de APS se relacionan estrechamente con la disponibilidad y recurso del SNSS a nivel global, y su modo de distribución en los diversos Servicios de Salud y comunas.

El financiamiento al nivel local utiliza un sistema de capitación ajustada que se aproxima parcialmente a una mejor distribución según las necesidades sanitarias locales. Hay otros programas que incluyen otro aporte adicional, como el Programa GES y el Programa de Reforzamiento de APS. Sin embargo los costos que implica su aplicación pueden superar el aporte que se otorga desde MINSAL. El Programa GES cubre aproximadamente un quinto de las actividades del nivel primario, pero consume alrededor de la mitad del presupuesto local.

También se puede contar con algún patrimonio y fondos municipales propios, pero la mayoría de fondos y recursos para operar de forma rutinaria provienen principalmente de los Servicios de Salud y a su vez, del presupuesto global del SNSS. La posibilidad de un mayor financiamiento local extra para la APS existe más bien en aquellos municipios con mayores recursos y comunas de población con mayores ingresos. Las limitaciones del recurso financiero (ya sea regular o para inversiones) repercuten en la disponibilidad local de infraestructura, equipamiento e insumos, así como de personal.

Otros mecanismos adicionales de asignación financiera desde el nivel sanitario central incluyen los incentivos de desempeño del personal, que son considerados como instrumentos estratégicos para lograr mayor eficiencia en la gestión y desempeño a distintos niveles administrativos y asistenciales. Pero este proceso es determinado en forma vertical por el nivel normativo central, y no ha logrado resolver la eficiencia ni la inequidad asistencial, y contribuye a distorsionar el desempeño local de la APS, pues sus directivos y personal priorizan lograr aquellas metas y desempeños centrados que permiten lograr incentivos monetarios, por sobre otros objetivos y desafíos más cruciales a nivel local.

El personal asistencial cumple un rol crucial y ha tenido un aumento importante, especialmente desde 1990, pero aún sigue siendo limitado respecto a la demanda actual y potencial. En el caso de los médicos, se suman limitaciones de retención en el SNSS (por frecuente migración a otros centros asistenciales y al sector privado). La importante inmigración médica extranjera incorporada a la APS del SNSS y los programas de fortalecimiento han minimizado la carencia médica.

Es necesario que este sistema cuente con el recurso básico suficiente, competente y adecuadamente distribuido para cumplir los objetivos y programas de APS, y así poder responder a las diversas necesidades de la población. Se requiere fortalecer la cantidad, calidad y distribución del financiamiento, personal asistencial, infraestructura, y equipamiento e insumos. La estimación de necesidades regionales y locales, así como de alternativas de planificación de un concreto y paulatino fortalecimiento, requieren ser basados en adecuados estudios y análisis, monitoreo y evaluación. Ello requiere a su vez

determinar metas en torno a patrones de referencia deseables y factibles de lograr, junto a las brechas que existen a nivel local, respecto al nivel esperado.

Aún bajo limitaciones y sobrecarga laboral (gran demanda asistencial), los múltiples centros de nivel primario continúan aportando un importante desempeño y continuo servicio asistencial, a través de todo el país, con una amplia cobertura de acción sanitaria. Las comunas de país, aunque tengan población con distinto nivel socio-económico y distinta cobertura de de población inscrita en APS, mantienen alta cobertura de acciones relacionadas con la APS como vacunas programáticas, control maternal e infantil, cobertura del parto y relativo bajo nivel de morbilidad y mortalidad altamente evitable. Ello es posible gracias al aporte conjunto de la atención pública y privada de salud.

La calidad y la eficiencia de la gestión y desempeño del personal de la APS dependen de factores cruciales, como son la capacidad de gestión local y municipal; la cobertura de la población a cargo; la gran heterogeneidad de las comunas; el grado de fragmentación de la red asistencial; y la inequidad asistencial y sanitaria existente entre las comunas, y al interior de ellas. A diferencia de otros niveles más complejos de la red asistencial, el nivel primario requiere estar en contacto con la comunidad y responder directamente a los problemas locales de salud; con foco en la familia y la comunidad; así como en el trabajo intersectorial.

El panorama actual y sus perspectivas plantean cruciales desafíos para abordar las crecientes necesidades sanitarias de la población. Destacan aquellos desafíos relativos el cambio demográfico con envejecimiento, aumento de enfermedades crónicas y carga de enfermedad, lo que requerirá de mayores recursos y acciones en la APS y en el sistema sanitario global.

En los desafíos de la APS en Chile, destaca la necesidad de adecuar y fortalecer la capacidad resolutoria de la atención del nivel primario del SNSS; la integración coordinada horizontal y vertical de la red asistencial de los Servicios de Salud (incluyendo el sistema de referencia de morbilidad); la promoción y prevención tanto individual como colectiva); la participación efectiva de la comunidad; el trabajo intersectorial; y uso efectivo de los sistemas de información, monitoreo y evaluación.

También se requiere revisar y resolver el dilema pendiente de la administración municipal de salud, considerando sus objetivos, ventajas y desventajas. Frente a los objetivos de la APS, la presente revisión permite sugerir que la acción municipal relacionada con salud y APS se podría concentrar en contribuir al trabajo con la comunidad e intersectorial (labor extramural de APS), mientras que el rol de nivel primario de atención (especialmente lo clínico al interior de los centros) tiene más potencial beneficio y necesidad de coordinarse e integrarse más efectivamente en lo asistencial, administrativo y logístico con todo el resto de la red asistencial de cada Servicio de Salud. Ello implica volver al proceso ya vivido en la década de 1950, cuando el SNS se dedicó a integrar los centros y servicios municipales para constituir un solo sistema público.

El enfoque integral de Alma-Ata exige un compromiso de acción nacional en torno a los objetivos de la APS. Corresponde entonces determinar si la APS debiera tener cobertura universal en el caso chileno, y qué acciones con la comunidad y otros sectores cabe asumir, adecuar y fortalecer, en torno a los objetivos integrales de Alma-Ata. Se requiere de una mayor precisión de la autoridad política y sanitaria respecto al enfoque formal de APS en cuanto a estrategia sanitaria para el desarrollo.

Ello también implica asumir políticas y estrategias en torno a la salud en todas las políticas, la búsqueda de mayor equidad, el trabajo intersectorial bajo el liderazgo de salud y el fortalecimiento del rol de la comunidad (a distintos niveles de agregación) en la planificación, gestión y control social de la APS. En consecuencia, es preciso buscar la elaboración de políticas, asumir

planes, estrategias y acciones que sean más coherentes entre teoría y práctica, en torno a tener una APS y un sistema de salud que en concreto sea coherente y pertinente a la respuesta que cabe proveer a los diversos grupos de la población.

Dado que el nivel primario de atención es parte del SNSS, el que a su vez forma solo parte del sistema sanitario global, entonces el fortalecimiento y la adecuación de la APS no pueden ser abordados en forma aislada, sino que es necesario abordarlos como parte de un fortalecimiento del sistema global de salud (público y privado). A su vez, el recurso y desempeño del sistema global de salud depende de las condiciones políticas y económicas del país. Esto es más crucial en el sistema público, por su alta dependencia del presupuesto estatal y de las decisiones de la autoridad sanitaria central.

Cabe considerar que un eventual mejoramiento del sistema global de salud (vía fortalecimiento o reformas efectivas) depende estrechamente de la factibilidad de que ello pueda producirse en el contexto concreto del sistema político, económico, social y cultural predominante en Chile, pues el sistema de salud es un sistema abierto y por tanto altamente dependiente del gran contexto político, económico y social del país.

Una adecuación más radical en torno al cumplimiento más global de los objetivos de la APS (interna y externa al sistema público y global de salud) requiere determinar un modelo más pertinente a la realidad chilena actual. Ello puede aportar las bases para una eventual reforma que en forma coherente, busque que el sistema de salud (público y privado) sirva para responder en forma pertinente a las necesidades sanitarias de toda la población.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS) es una estrategia y compromiso internacional asumido en Chile desde 1978. El país continúa identificándose con sus principios originales, a pesar de los importantes cambios y reformas ocurridos a nivel nacional e internacional. Trascurridas ya cuatro décadas de experiencia de la APS formal, se mantiene un activo debate sobre su aplicación concreta, vigencia y el cumplimiento de sus objetivos. Por ello, es importante revisar su actual coherencia teórico-práctica y vigencia en Chile, junto a las principales perspectivas y desafíos que permite plantear la experiencia lograda.

Desde 1978, Chile continúa aceptando los principios y el enfoque internacional de la atención primaria de salud, planteados en la Declaración de Alma-Ata en 1978 que fue formulada en la Conferencia internacional sostenida en dicho lugar. Dicho evento estuvo bajo la coordinación y liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a otras organizaciones y la concertación de sus Estados miembros. Allí se consideró a la APS como “...la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”. (1,2)

Según esa Declaración (Anexo 1) se esperaba un nuevo “Orden Económico Internacional” que sería la base para el desarrollo económico y social sostenido. Pero muy pronto, el escenario y las perspectivas mundiales cambiaron de un modo radical e imprevisto respecto a lo esperado en 1978. Surgieron diferentes reformas políticas, económicas y sanitarias en muchos países, con el término de un mundo bipolar y el inicio de la globalización que impactó (con ventajas y desventajas) en la economía de los países y en las relaciones entre ellos. Chile también evolucionó en un escenario político, económico, social y sanitario muy diferente a esa visión y sus expectativas originales.

Esa Declaración contiene aspectos integrales muy ambiciosos y exigentes, con expectativas muy amplias respecto a las metas a lograr y los objetivos globales a cumplir. Además de la acción específica requerida en los sistemas de salud, también compromete a los gobiernos y a toda la sociedad en torno a una estrategia integral para el desarrollo. Dada la gran amplitud y generalidad de lo expresado en la Declaración, los principios específicos de la APS tienden a recibir distintas acepciones o énfasis más concretos en su aplicación a los distintos países. Por ello, el concepto de la APS en cada país tiende a

fluctuar entre considerarla como: (a) un conjunto de determinadas funciones o actividades asistenciales (atención primaria selectiva); (b) el nivel primario de atención de una red asistencial (atención primaria); (c) una estrategia de acción organizacional (APS como función o rol del nivel primario); o (d) una filosofía y estrategia de desarrollo global, que incluye una connotación política, comunitaria y social. (2,3)

En consecuencia, su aplicabilidad en los países no ha sido homogénea, pues se ha utilizado diferente énfasis o interpretación sobre los principios y objetivos específicos de la APS, en su adaptación a los modelos y doctrinas de sociedad que predominan en cada país. Al parecer, la diferencia entre los principios entre Alma-Ata y los prevalentes en cada país (ya sea de modo explícito o implícito) no ha sido obstáculo para que igual se siga defendiendo el enfoque original, incluyendo el requerimiento de un amplio compromiso de todos los actores de un país, tanto en el ámbito político y económico, a nivel nacional e internacional. (1-5)

En base a la experiencia ocurrida a nivel mundial, es posible plantear que los planteamientos formulados en esa Declaración han resultado relativamente exigentes e idealistas o utópicos, con excesivas expectativas de corto plazo, como el esperado logro de “Salud para todos en el año 2000” bajo el contexto de un “nuevo orden internacional” y con mayor justicia social. (6-8)

Desde 1978, la población en todos los países ha mejorado paulatinamente su nivel de salud, aunque con desigual ritmo y nivel, mayor envejecimiento y diferente perfil epidemiológico. Ello repercute en una mayor y distinta demanda potencial por la acción de APS y el rol de los servicios de salud y una distinta contribución de la APS a una mejor salud de la población.

En 2011, Acosta et al realizaron una extensa revisión de experiencias de APS en Suramérica, desde la Declaración de Alma-Ata. (6) Para realizar ese trabajo, los autores formularon una serie de

preguntas, que resultan bastante válidas y útiles para ser planteadas en el caso chileno y que fueron consideradas en la presente revisión:

- ¿Cuáles son las restricciones y facilitadores estructurales y del contexto histórico para las políticas y experiencias de atención primaria en salud?
- ¿Cómo las reformas en salud las han favorecido o limitado?
- ¿Qué evidencia existe de la efectividad de la atención primaria en salud?
- ¿Cuáles son las estrategias comunes de las mejores prácticas?
- ¿Qué evidencia existe del rol de la participación comunitaria y la acción intersectorial?
- ¿Cuáles son las lecciones políticas aprendidas? (6)

En 2015, el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) de UNASUR, publicó una revisión de la APS en los países de Suramérica, enfocada en las concepciones, implementación y desafíos de la APS en cada país. Se revisaron ocho dimensiones relacionadas con APS, en el contexto de los sistemas nacionales de salud: su conducción, financiamiento, prestación y organización de los servicios, coordinación de los cuidados e integración en la red de servicios, recursos humanos, participación social, trabajo intersectorial e interculturalidad. (5)

En Octubre de 2018, con motivo de cumplirse 40 años desde la Declaración de Alma-Ata, se realizó una conferencia internacional similar que emitió la Declaración de Astaná. (4) Allí se reafirman los principios y compromisos expresados en Alma-Ata en 1978, junto a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Las expectativas de esa Declaración apuntan a lograr:

- Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;
- Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

- Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;
- Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales. (4)

Para proseguir en la acción relacionada con la APS, los organismos y países participantes de esa Conferencia se comprometieron a: tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores; establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible; empoderar a las personas y las comunidades; y alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales. (4)

El enfoque y compromisos de esa Declaración, que se incluye a la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 mantiene principios y expectativas en que es importante revisar la convergencia entre el “idealismo” o la utopía de lo que se pretende lograr, con el “pragmatismo” de quienes tienen que implementar y financiar las distintas iniciativas de progreso y equidad en salud y desarrollo (4-8)

La revisión, estudios y reportes de la experiencia internacional de la APS han sido consideradas en este documento. En consecuencia, la revisión y análisis realizados se han enfocado principalmente en revisar y analizar:

- La coherencia de enfoques, vigencia y expectativas planteadas en Alma-Ata (1978) y Astaná (2018), junto a la experiencia y actualidad chilena.
- El marco conceptual y normativo de la APS, en Chile, incluyendo la modalidad ministerial y la administración municipal.
- La coherencia entre el modelo de atención y el marco normativo elaborado por el Ministerio de Salud, y práctica cotidiana de la APS que se realiza principalmente en el nivel primario de atención del SNSS.
- Los antecedentes y propuestas aportados por los diversos estudios, evaluaciones y reportes sobre el tema, tanto en la literatura formal como en fuentes documentales semi-formales (literatura gris).
- El grado de cumplimiento de objetivos y los aspectos críticos de organización, recursos y desempeño en el nivel primario de atención del SNSS.

- Los aspectos de estructura y desempeño del sistema sanitario chileno, del SNSS y de la administración municipal, que representan logros, aspectos críticos y desafíos para una aplicación pertinente de la APS al contexto chileno y a los muy diversos grupos de la población.
- Los principales desafíos de fortalecimiento y adecuación del modelo de APS, en el contexto del sistema de salud global (sector público y privado).

En el caso chileno, destaca que el rol y las funciones consideradas componentes de la APS tuvieron un origen y desarrollo paulatino importante y bastante anterior a 1978. Las funciones que conformaron paulatinamente la modalidad chilena de APS, antes y después de 1978, han estado inmersas en el contexto de los distintos momentos políticos y económicos globales del país, los que han influido sobre la estructura y desempeño del sistema de salud. Lo ocurrido en Chile ha tenido cierta similitud con la experiencia internacional, especialmente lo relacionado con los sistemas públicos de salud de países en vías de desarrollo, que cubren los sectores más vulnerables y necesitados de la población de cada país. (9-12)

El desarrollo y aporte de la APS en Chile se ha favorecido por el desarrollo global del sistema público de salud, el sistema de seguridad social y el desarrollo global del país. La contribución de la APS a la salud y desarrollo del país ha sido simultánea al desarrollo económico del país y al rol gubernamental e intersectorial que han permitido mejorar las condiciones de vida de la población, incluyendo a los grupos más vulnerables y necesitados en materias de salud. Dado que su contribución a una mejor salud fue simultánea a muchos otros factores contribuyentes a mejor salud y desarrollo, no es posible discriminar el aporte o impacto específico atribuible a la APS. Un aporte más directo se refleja en el impacto de la gran cobertura nacional alcanzada en los programas básicos de salud, como los del área materno-infantil y de inmunizaciones. (9-12)

En la modalidad chilena de APS, destaca que el 90,5% de centros de nivel primario se encuentran bajo administración municipal de salud. Ese tipo de gestión ha presentado ventajas y desventajas respecto a sus objetivos originales, en que se esperaba mayor sustentabilidad del recurso y una respuesta más coherente a las necesidades asistenciales sanitarias locales y a la integración del nivel primario al resto de las redes asistenciales. (9-12)

Dada la importancia de la APS y la necesidad de su adecuado fortalecimiento, se cuenta con diversos estudios y propuestas realizados por diversas instituciones del país, como universidades, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales), e incluso la propia autoridad sanitaria. En esa diversa documentación, es posible encontrar muchos puntos coincidentes sobre lo que es necesario adecuar y fortalecer. (13-15)

Como ejemplos relevantes, el Colegio Médico estudió el tema en 1993, con diversas comisiones de estudio que fueron multidisciplinarias y con diferentes grupos políticos, cuya síntesis de situación y diversas propuestas se presentaron en el documento *“Un proyecto de salud para Chile”*. (16) En 1995, el Ministerio de Salud junto a organismos internacionales (ILPES y OPS/OMS), realizó una exhaustiva revisión del proceso de descentralización y la llamada “municipalización” de los servicios de Chile. (9-11) Luego de transcurridas más de dos décadas de dichas propuestas, sus resultados y propuestas aún conservan gran vigencia, pero su concreción sigue aún pendiente.

También destaca que en 2011, la propia autoridad sanitaria planteó públicamente la posibilidad de terminar con la administración municipal, lo que tuvo rechazo gremial y falta de eco en los diversos sectores políticos. (17) Luego en marzo de 2014, la Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría (coalición gobernante del gobierno 2014-2018) publicó un documento denominado *“La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. Documento final”*. Allí se identifican y priorizan los problemas críticos de la APS que debieran ser mejorados en aspectos esenciales como financiamiento y personal, pero sin mayor detalle de propuestas concretas de acción, ni se refiere al sistema de gestión municipal. (18)

A su vez, el Programa de Salud 2018-2022 del Gobierno actual incluye una serie de medidas destinadas a fortalecer la APS, en un contexto de cambios y fortalecimiento global del SNSS. Allí se formula una reforma a la atención primaria, para fortalecerla considerando entre otros aspectos, darle mayor capacidad resolutoria, mejorar la red de centros primarios y potenciar la participación de la comunidad. (19)

El nivel primario de atención del SNSS, donde principalmente se realiza la APS, ha realizado una importante contribución a la mejoría de salud en la población más vulnerable (con mayor carga de

enfermedad y muertes evitables). Sin embargo, la APS chilena sólo tiene una cobertura parcial en el país (70% de la población está inscrita en la APS).

También se diferencia por ser selectiva en algunas de sus aplicaciones, pues prioriza algunos problemas decididos y controlados verticalmente desde el nivel central, como ocurre con el programa de Garantías Explícita de Salud (GES). A diferencia un sistema de salud basado en APS, los lineamientos, financiamiento y control de cada centro asistencial proceden desde un nivel normativo central de un modo vertical, y un control económico sobre la gestión de APS que obstaculiza una más adecuada gestión asistencial local. A ello se suma la heterogénea y limitada participación comunitaria en APS. La organización y funcionamiento del sistema de salud perpetúa la fragmentación e inequidad asistencial, lo que repercute en una persistente inequidad sanitaria.

La APS es formulada con marcado énfasis estatal sobre la responsabilidad del Estado frente al derecho a la salud; pero se aplica en un sistema económico y sanitario que entremezcla elementos de un modelo neoliberal, donde hasta el sistema público contiene elementos de quasi-mercado y existen mecanismos económicos e institucionales que favorecen al sector privado. Un enfoque estatal consecuente con Alma-Ata debiera procurar una cobertura universal de acceso de población y de beneficios asistenciales, pero su factibilidad depende de los recursos y sistema político y económico existente.

Surge la importancia de contar con sistema de monitoreo y evaluación de los logros y obstáculos para que el modelo chileno de APS se pueda concretar en planes, estrategias, programas y acciones concretas. La inequidad asistencial y sanitaria existente entre las diversas comunas y grupos de población es crucial de ser revisada, tanto en sus causas como bajo el enfoque de justicia social que enfatiza Alma-Ata. (18-21)

Es necesario que los estudios, reportes y propuestas ya existentes en Chile que se relacionan directa o directamente con la APS sean complementados en forma multidisciplinaria y desde distintas perspectivas doctrinarias. (25-27) En complemento, se requieren estudios y debates enfocados a conocer cuáles son las reales causas subyacentes que siguen impidiendo una solución efectiva a las brechas de cumplimiento de objetivos y esperados originalmente en la APS. Eso incluye investigar con mayor exhaustividad acerca de

posibles soluciones prioritarias y factibles que puedan ser asumidas, como base de una consecuente planificación, gestión y acción.

El fortalecimiento y solución de los problemas de APS no sólo depende de las condiciones internas del SNSS, pues las causas que afectan las limitaciones en APS son en su mayoría, externas al propio sistema de salud, a la misma autoridad sanitaria central, e incluso al propio gobierno de turno.

En 2017, destaca la realización del Congreso de Atención Primaria de Salud de Chile, con la participación del Ministerio de Salud y un conjunto de actores sociales del país. Allí se formuló el “Documento de posición respecto de valor social de la atención primaria de salud”, cuyos participantes e comprometieron a impulsar la revisión del estado actual del sistema de salud, su financiamiento y organización, para hacer reformas que mejoren la calidad y la satisfacción de la población. (20) El documento recoge opiniones de más de 10 mil personas que participaron en 387 conversatorios realizados a través del país y el compromiso plantea una serie de 23 consideraciones (Anexo 6).

La experiencia y la actual situación de APS en Chile permiten formular algunas perspectivas y desafíos relevantes para mejorar la APS, o bien definir mejor su pertinencia y aplicabilidad. Cambios más sustanciales en APS, para alinearse con los objetivos de Alma-Ata y Astaná, requerirían de reformas radicales al sistema global de salud. Ello se dificulta por la complejidad del sistema sanitario chileno y poca factibilidad de lograr cambios más sustentables, aunque sea en el sector público. Este último depende de las condiciones políticas y económicas existentes en el país, lo que influye en su organización, recursos y presupuestos históricos. La revisión efectuada también permite enfatizar la necesidad de investigar, monitorear y evaluar al conjunto de todos los factores que contribuyen al logro paulatino de una mejor salud y mayor equidad asistencial y sanitaria, entre las distintas áreas y grupos de la población.

Para una mejor comprensión de los aspectos críticos de la APS planteados, se requiere contar con efectivos y más detallados mecanismos de monitoreo, evaluación, investigación y rendición de cuentas de la APS y de las entidades de las cuales depende (directa o indirectamente). Ello es necesario como insumo para orientar futuras políticas, planes y toma de decisiones en materias de salud y una más consolidada y pertinente APS para el contexto chileno.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (2008). "Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978", patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: 2008.
http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (2008). "La atención primaria de salud, más necesaria que nunca" Ginebra: 2008. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
3. Vargas W. (2006), "Atención primaria de salud en acción. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica", Seguro Social de Costa Rica, San José: 20016
4. Organización Mundial de la Salud (2018). "Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible" Ginebra: 2018. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
5. Giovanella L., Fidelis de Almeida P., Román Vega Romero R. et al. (2015) Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.300-322, ABR-JUN 2015 <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
6. Acosta Ramírez N., Pollard Ruiz J.; Vega Romero R. y Labonté R. (2011) Atención primaria integral en salud en Sudamérica: contexto, logros e implicaciones políticas Cad. Saúde Pública vol.27 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000002>
7. Vance C. (2018) De Alma-Ata a Astaná: la Declaración que muestra lo que está en disputa. ISAGS –UNASUR 13 de noviembre, 2018. Acceso: <http://isags-unasur.org/es/de-alma-ata-a-astana-la-declaracion-que-muestra-lo-que-esta-en-disputa/>
8. Oriana Ramirez O. (2018) Atención primaria de salud: ¿dónde estamos 40 años después de Alma Ata? Instituto de Salud Global Barcelona. Acceso: <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-5581285/0https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-5581285/0>
9. Friedmann B. (1995) "Análisis institucional del sistema de salud chileno" en El sistema de salud en Chile ante la descentralización política, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.11-278.
10. Heyermann B. (1995) "Municipios, descentralización y salud" en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.5-162.
13. Ruiz J. (1995) "Municipio y servicios sociales. La experiencia chilena." en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.163-251.
12. Gattini C., et al. (2014) "Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013". OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014. <http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revisión%202013.pdf>
13. Montero J., Téllez A. y Herrera C. (2010) Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos, Centro de Políticas Públicas y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Temas No. 5, No. 38, Septiembre 2010
14. Centro de Políticas Públicas UC. (2014) Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno Centro de Políticas Públicas y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Temas No. 5, No. 38, Septiembre 2010
15. Iñiguez S. (2013). Lineamientos, avances y desafíos de la atención primaria de salud. Presentación PPT Noviembre de 2013, División de Atención Primaria MINSAL.
16. Colegio Médico de Chile. (1993) "Un proyecto de salud para Chile", Cuad. Méd. Soc Vol. XXXIV, No. 4, Noviembre de 1993
17. Correa Paula (2011) "Mañalich inicia mesas de trabajo por desmunicipalización de la salud primaria". Diario udechile.cl 21 de septiembre 2011 Acceso en <http://radio.uchile.cl/2011/09/21/manalich-inicia-mesas-de-trabajo-por-desmunicipalizacion-de-la-salud-primaria>
18. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, "La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos", Documento final, 17 de marzo de 2014
19. MINSAL (2018) Programa de Salud 2018-2022. Acceso en: <http://www.minsal.cl/programa-de-salud-del-presidente-sebastian-pinera-una-cirugia-mayor-a-la-salud/>
20. Congreso de Atención Primaria de Salud, Chile. Documento de posición respecto de valor social de la atención primaria de salud", Santiago de Chile, abril de 2017.

1. LA DECLARACIÓN Y EXPERIENCIA INTERNACIONAL DE APS

La iniciativa internacional sobre APS mantiene vigente el enfoque y los principios adoptados en Alma-Ata en 1978, que la considera como una acción de los sistemas de salud y una estrategia global para la salud y el desarrollo. La experiencia internacional muestra los principales aportes, problemas, perspectivas y desafíos de APS en los diversos países. Ello aporta lecciones y referencias comparativas a considerar para el caso chileno.

LA DECLARACIÓN DE ALMA-ATA, VIGENTE DESDE 1978

El tema de APS como una estrategia sanitaria global fue inicialmente abordado en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978), cuya Declaración expresó que la APS respondía a la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo (Anexo 1). (i) Esa Declaración fue asumida como un compromiso por los diversos países. En el seguimiento de la experiencia global, la OMS revisa periódicamente la situación de APS y sigue reiterando que la APS es más necesaria que nunca, como en el Reporte Mundial de Salud de 2008 y la Declaración de Astaná en 2018. (2-4)

En la Conferencia de Alma-Ata se definió que *“la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”* (OMS, 1978). (i)

Esa definición resulta bastante amplia o general y por lo tanto poco concreta para ser aplicada de un modo específico y estricto a cada contexto nacional y al interior de cada país, y por tanto está sujeta a múltiples interpretaciones y aplicaciones. En consecuencia, el concepto de APS se ha tendido a comprender y utilizar bajo distintas acepciones o énfasis más concretos, los que fluctúan entre: (a) un determinado conjunto de funciones o actividades asistenciales; (b) una estrategia organizacional de atención en contacto con la comunidad; (c) un nivel primario de atención en una red asistencial; y (d) una filosofía y estrategia de desarrollo global, que excede la simple acción de los servicios de salud. (2,5,6)

Además, cabe destacar que la APS tiende a ser vista e incorporada de manera distinta por diferentes prestadores de servicios de salud (públicos, privados y organismo no gubernamentales), que se organizan de distinto modo. Además, existe la tendencia a considerarla como un servicio de baja tecnología o de servicios para la población pobre. (2,5,6)

El tema de la APS incluye planteamientos y expectativas que resultan ambiciosos e incluso idealistas o utópicos. Se necesita una definición operacional aplicable a cada entorno político y económico concreto; se debe considerar la organización y recursos disponibles en el sistema de salud, el desarrollo humano global y las necesidades sanitarias de cada población objetivo.

Desde el inicio de la experiencia de la APS han surgido diversas interpretaciones y confusiones sobre la APS en los diversos países y contextos nacionales y sub-nacionales. Destaca la reflexión hecha por David Tejada de Rivero (ex Subdirector de la OMS de 1974 a 1985 y Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata, 1978), que al cumplirse los 25 años desde esa Conferencia plantea aspectos del significado de APS cuya comprensión puede llevar a distintas interpretaciones, algunas de las cuales no representan el espíritu y las metas procuradas en la Declaración de Alma-Ata. Ese autor destaca la necesidad de reflexionar sobre el significado y sentido original del objetivo de la APS y su relación con la búsqueda de salud para todos levantando una precaución sobre las diversas interpretaciones y confusiones (cuadro 1). (6)

Esa diversa interpretación afecta tanto a cada uno de los términos involucrados en la APS, como a la meta explícita del logro de salud para todos, la exigencia del compromiso e intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sanitario, y la APS entendida como la responsabilidad y el deber de todos de cuidar de modo activo de su salud individual y colectiva. (6)

Cuadro 1. Diversa interpretación conceptual sobre el enfoque de Alma-Ata

Enfoque conceptual de Alma-Ata	Diversa interpretación (o confusión) sobre ese enfoque
Enfoque conceptual de Alma-Ata	Diversa interpretación o confusiones sobre ese enfoque
La APS como el cuidado integral de la salud para todos y por todos	APS como atención primaria institucional, con programas específicos del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de las personas.
La APS como cuidado multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado	APS como atención reparativa de ciertas enfermedades, de bajo costo (de segunda o tercera clase) para los estratos periféricos más pobres de la población y, lo más grave,
La APS como la función central y el núcleo principal de todo el sistema de salud	APS como una parte aislada del sistema, circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo, para los pobres.
La atención como cuidado, con relaciones horizontales, simétricas y participativas	Atención como acción vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social
La atención como cuidado intersectorial	Atención institucional o de programas aislados y servicios específicos.
Primaria como lo principal o primero en orden o grado	Primaria como primitiva o poco civilizada
La salud como un derecho humano fundamental	La salud como un objeto de consumo o beneficencia
El mayor logro posible en salud, como un objetivo social	El mayor logro posible en salud, como un objetivo y responsabilidad circunscrita a los sistemas de salud
El mayor logro posible en salud exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos	Búsqueda de logros en salud, circunscrita a un sector administrativo burocrático estatal
La APS como la responsabilidad y el deber de todos de cuidar de modo activo de su salud individual y colectiva	Rol de las personas como receptores pasivos de actividades específicas de sistemas de servicios institucionalizados de atención de salud
Salud para todos como una meta y compromiso sanitario, social y político	Salud para todos como un programa técnico y burocrático

Fuente: Elaboración propia, basada Tejada de Rivero D. Alma-Ata: 25 años después (2003) (6)

La APS implica la responsabilidad y el deber de todos de cuidar de modo activo la salud individual y colectiva, mientras que como visión más reduccionista, las personas pueden ser consideradas receptoras pasivos de actividades específicas de los sistemas formales de salud, excluyendo la importancia y responsabilidad de contar con la acción del Estado, otros sectores sociales y económicos, y la participación de la ciudadanía en general. (6)

A partir del concepto original formulado en Alma-Ata en 1978, es importante identificar dos perspectivas complementarias: (a) el rol y responsabilidades de los sistemas de salud, organizados en redes asistenciales; y (b) la acción gubernamental inter-sectorial y comunitaria, que compromete a los gobiernos y a toda la sociedad, en torno a la estrategia global de la APS. En lo que respecta a los sistemas de salud, destaca el foco puesto en el rol, estructura y funciones del nivel

primario de atención, también denominado “atención primaria”.

Entre las funciones más relevantes de la acción de APS, destacan:

- Es el primer contacto de las personas con necesidad asistencial, de un modo efectivo y oportuno, a través de asegurar el acceso y contacto, actuando como puerta de entrada al sistema sanitario.
- La APS presta una atención integral y cubre todas las etapas de los servicios asistenciales de modo integral (fomento, protección, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) a las personas de la comunidad asignada.
- Cubre todas las etapas de los servicios asistenciales de modo integral (fomento, protección, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) a las personas de la comunidad.

Cuadro 2. Tipos de intervenciones relevantes de la APS en los sistemas de salud

Componente de definición de Alma-Ata	Aspectos de aplicación de APS a los sistemas de salud de los países
Asistencia sanitaria esencial...	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación normativa de lo que es “atención esencial” (y no esencial) • Cómo se relaciona con resto de atención (integral o integrada) • Aplicación de programas básicos de salud del SNSS (atención esencial) • Incluye el aporte de medicina tradicional
Basada en métodos y tecnologías prácticos...	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de evidencia relevante en clínica y salud pública • Uso de tecnología apropiada, manejable en APS • Equipamiento apropiado a las funciones de APS y a su capacidad resolutive • Calidad técnica (servicios seguros y de alta calidad) • Competencias en atención esencial e integral e integrada del equipo de salud
Al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad...	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso y cobertura universal y equitativo (población objetivo) • Contacto activo con todas las personas y familias • Relación continua (24 horas los 7 días y a través de todo el ciclo vital)
A través de medios aceptables para ellos...	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios asistenciales que abarcan el mosaico cultural • Planificación, gestión y atención que considera criterios de la comunidad • Diálogo y conocimiento mutuo entre personal asistencial y la comunidad • Aceptabilidad de los servicios (rol de trabajadores de la salud)
Con su plena participación	<ul style="list-style-type: none"> • Participación efectiva de las familias y grupos del nivel local • Derecho y deber, auto-responsabilidad de la comunidad • Las organizaciones de la comunidad son cruciales • El municipio tiene un rol clave en la comunidad (intersectorial) • La comunidad activa contribuye a la gestión y ejerce control social • Participación comunitaria (de la atención y gestión de servicios) • Trabajo intersectorial (acciones intersectoriales) local y a otros niveles
Costo asequible para la comunidad y el país...	<ul style="list-style-type: none"> • Los recursos y el desempeño son posibles de costear y sustentables • Desempeño es coherente con recursos disponibles • Bajo costo bajo o gratuidad al momento de uso de servicios
Es el núcleo (función esencial) del sistema nacional de salud...	<ul style="list-style-type: none"> • Primer contacto del sistema con la comunidad (portería ejecutiva del sistema) • Es el acceso de primer contacto (electivo, urgencia y referencia) • Es un filtro del sistema y determina las necesidades asistenciales de salud • Coordina acceso de la persona y familia al rango de servicios en diferentes puntos del sistema, según necesidad • Es el componente esencial de las redes asistenciales • Coordinación de los servicios locales (incluyendo instituciones y proveedores) • Efectiva planificación de los servicios locales, para responder a necesidades
Forma parte integral del desarrollo social y económico global de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo y colaboración en trabajo intersectorial, en torno a salud y desarrollo • Promueve la salud como un objetivo social • Promueve trabajo sobre determinantes sociales con impacto en salud y productividad social y económica • Contribuye a la salud para todos y mayor justicia social

Fuente: Elaboración propia basado en Alma-Ata (1978) y Haggerty et al. (2009)

- Sus acciones son individuales y colectivas, en contacto e interacción con la comunidad (dentro y fuera de los centros asistenciales).
- Busca responder a efectivamente a los eventos o problemas de salud que surjan, conforme a la capacidad resolutive local.
- En caso necesario, filtra y coordina la atención de la persona en el interior del sistema de salud, con la referencia al nivel que cuente con la capacidad resolutive para resolver dicho nivel.
- Otorga una atención continua a las personas de su población objetivo, focalizada en las personas y no sólo en eventos de salud aislados o enfermedades.
- Su cobertura abarca la atención a quienes acuden a sus establecimientos (cobertura pasiva o intra-

mural), y aquella realizada en la comunidad, fuera de los centros (cobertura activa o extramural).

- Dispone de capacidad y recursos organizados para ofrecer servicios asistenciales, del modo más integral y efectivo posible, para responder a necesidades de salud que la APS pueda resolver. Incluye planificación y desempeño de APS según necesidad, prioridad y factibilidad.
- Tiene un enfoque familiar y comunitario, incluyendo interacción con todo el mosaico intercultural de la comunidad objetivo (cuadro 2).
(1,2,7)

LA APS Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Desde antes y después de 1978, muchos países utilizan el concepto de atención primaria (*primary care*), entendida como un nivel de medicina generalista, en contacto directo con la población y que funciona con un “agente representante” (*gatekeeper*) a cargo de resolver la causa de una consulta, o en su defecto, procurar que cada consultante tenga la referencia y solución en el nivel asistencial que pudiera resolver el problema principal de salud. Desde la Declaración de Alma-Ata, el concepto de atención primaria de salud (*primary health care*) involucra una acción bastante más amplia e integral que el de atención primaria (*primary care*), ya que incluye un componente social y de acción multisectorial en torno a estrategias y objetivos de desarrollo de salud y global de la comunidad. (1,2,7)

La “atención primaria” resulta ser un componente clave pero no suficiente de la APS. La diferencia entre ambos conceptos debe ser debidamente considerada cuando se comparan países y sistemas de salud, ya que algunos, en vez de referirse a la APS global, sólo se circunscriben a la “atención primaria” (de medicina o atención sanitaria general, o bien un nivel primario de atención en una red asistencial), mientras que en otros países se reporta la atención primaria de salud en su ámbito de acción global o integral. (7,8)

La OMS sigue reiterando la propuesta de configurar sistemas de salud basados en la atención primaria. Ello requiere que los sistemas se organicen en redes asistenciales integradas, lo que en la práctica no ha ocurrido de modo universal y en países como Chile que fueron sometidos a reformas sanitarias en los 80, se ha producido una descentralización que ha producido fragmentación del sistema público de

salud, mientras que el sistema privado, en general no funciona con modalidad de redes asistenciales. En este sentido, Alma-Ata insta a todos los gobiernos a asumir los mecanismos para “...iniciar y mantener la APS como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores...”. (1,3)

Los servicios de salud, especialmente aquellos públicos que tienen planificación y coordinación central, se organizan en redes con niveles de atención de distintos niveles de complejidad tecnológica asistencial y cobertura de población. La APS es esencialmente provista en el nivel primario, que cuenta con menor complejidad tecnológica y busca desempeñarse en contacto directo con la totalidad de su población objetivo. La articulación entre los niveles de distinta complejidad funciona tanto en el ámbito técnico o asistencial clínico como administrativo, destacando el sistema de referencia de morbilidad. La OPS/OMS promueve un modelo de “*red integrada de servicios de salud*” (RISS) que pueda ofrecer toda la gama de servicios asistenciales que sean necesarios para responder a las necesidades de salud de la población, en el nivel y con la complejidad tecnológica que sea necesaria. (9,10)

Una red asistencial integrada debiera cumplir una serie de condiciones, entre las cuales destacan:

- a) Que cuente con una determinada población objetivo y territorio a cargo, con debido conocimiento y responsabilidad de acción sanitaria concreta sobre dicha población.
- b) Que cuente con una red integrada de establecimientos de salud con distinta complejidad, que según necesidad, permitan una referencia de pacientes al nivel de resolución adecuado.
- c) Que tenga un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población asignada, con contacto directo, y que sirva como puerta de entrada al sistema.
- d) Que la prestación de servicios especializados ocurra en el lugar más apropiado, ya sea ambulatorio u hospitalario.
- e) Que haya efectivos mecanismos de coordinación administrativa y asistencial de los diversos centros y niveles de la red.
- f) Que la atención de salud esté centrada en la persona, la familia y la comunidad,

especialmente en el nivel primario de atención (el cual requiere de recursos y acciones para su trabajo extramural o de cobertura activa hacia la comunidad). (9,10)

En contraste con esas condiciones esperadas en una red asistencial integrada, los sistemas nacionales con frecuencia tienden a encontrarse fragmentados, con participación de múltiples actores, redes y sistemas específicos de salud no coordinados, tanto estatales como privados (tengan o no fines de lucro). Esta situación también se puede observar en el sistema chileno, que cuenta con un heterogéneo sistema de salud en que participan el sector público (descentralizado y fragmentado en múltiples entidades) y el sector privado. (9-12)

Ante este persistente escenario, los países de la región de las Américas han concordado procurar el desarrollo integrado de las redes de salud, que permitan conectar e integrar funcionalmente a los múltiples proveedores públicos y privados, con una coordinación y balance entre la atención primaria y otros niveles más complejos. (9-11)

La capacidad resolutoria del nivel primario depende de las competencias y responsabilidades del equipo asistencial local. Si se requiere de una mayor capacidad resolutoria para determinados pacientes, se utiliza el sistema de referencia que pacientes a otros niveles más complejos de la red asistencial de salud. Dichos niveles tienden a ser habitualmente catalogados como secundario (con predominio de especialidades básicas) y terciario (con especialidades más complejas y tecnología más sofisticada). El acceso de pacientes a niveles más complejos proviene regularmente de una derivación desde el nivel primario, o bien desde los servicios de urgencia de los distintos niveles. (9-12)

LA APS COMO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Y DESARROLLO

Originalmente, la APS fue concebida como una estrategia y un medio clave para contribuir al logro de “*Salud para Todos en el año 2000*”, posteriormente luego de los Objetivos del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas para el año 2015, y actualmente se ha integrado con los Objetivos de

Desarrollo Sustentable (ODS) que se espera lograr en el 2030. (1,3,4)

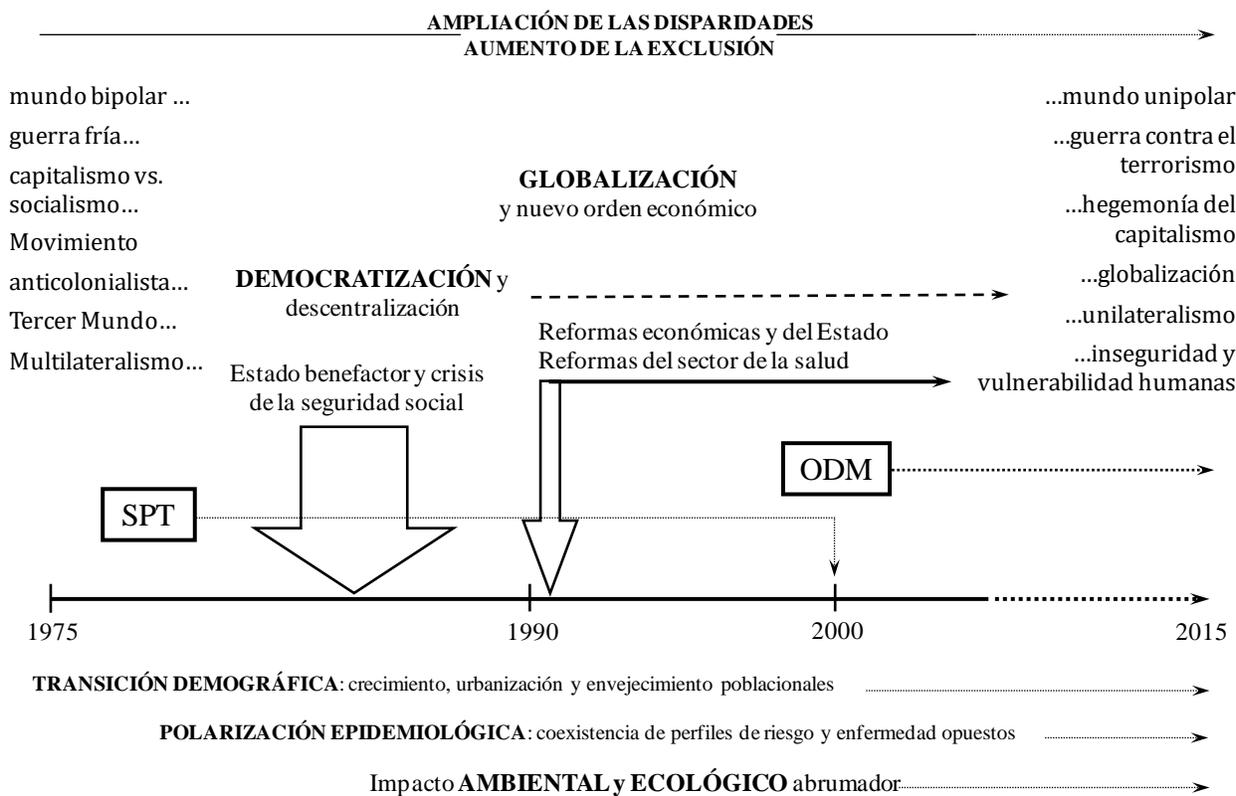
La Declaración de Alma Ata indica que la atención primaria forma parte integrante “...del desarrollo social y económico global de la comunidad”. Ese enfoque plantea una acción más global y amplia del modelo de APS, así como la necesidad de que haya participación activa de los gobiernos y de la comunidad organizada, tanto a nivel local (comunas y otras pequeñas áreas) como a nivel regional y nacional. Esto último incluye la visión de salud en todas las políticas y la participación intersectorial, con liderazgo del sector salud en aquellas materias relacionadas son salud y desarrollo. Según este enfoque, la salud es concebida y promovida como un objetivo social, incluyendo el trabajo sobre los determinantes sociales con su impacto esperado sobre la salud y la productividad social y económica. (1,3,4)

LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL DE LA APS

La APS fue formulada en un momento histórico en el cual el escenario mundial estaba bajo un mundo polar y en guerra fría, debatiéndose entre capitalismo y socialismo (figura 1). Había una especial preocupación por los países subdesarrollados (del Tercer Mundo) y se planteaba una colaboración técnica multilateral para el desarrollo. Existía un enfoque de justicia social y el apoyo de UNICEF junto a diversas organizaciones no gubernamentales que apoyaban la cooperación técnica en salud, e incluso con activa participación del Consejo Mundial de Iglesias. (1,6,13-19)

La discusión, propuestas y expectativas de Alma-Ata se centraron principalmente sobre los ejes políticos y técnicos de la APS, pero no se determinaron estrategias concretas, detalles de financiamiento y sustentabilidad. En ese contexto, la APS fue planteada bajo la utópica expectativa de que se lograría contar con Salud para Todos (SPT) en el mundo en el año 2000 (lo que no se logró), en donde la APS era considerada “la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social” (Anexo 1). (1,6,19)

Figura 1. Contexto político, social y sanitario de APS en Salud para Todos (SPT) y los Objetivos del Milenio (ODM)



Nota: SPT – Salud Para Todos; ODM – Objetivos del Milenio de Naciones Unidas

Fuente: M. Roses Conferencia Magistral "La Salud en las Américas. Logros y desafíos", La Habana Cuba, Julio 2006

A diferencia del escenario global existente en 1978, el mundo tuvo una transformación posterior, de modo que en las últimas décadas ha estado bajo la hegemonía del neoliberalismo y la globalización, en beneficio de los países y empresas transnacionales más poderosas, generando un nuevo orden económico. La globalización ha tenido ventajas y desventajas para la salud y los sistemas de salud de los países. (10) Junto a esos importantes cambios en el escenario mundial, destaca que ya desde 1980 se establecieron una serie de reformas políticas, económicas y sanitarias, en especial en países de América Latina. Dichas reformas se impusieron bajo el enfoque neoliberal y la influencia de instituciones como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Previamente, la seguridad social y el modelo de países que funcionaban con enfoque de Estado benefactor de cobertura universal habían caído en paulatina crisis de financiamiento y sustentabilidad, lo que fue una de las causas que facilitó el giro hacia el neoliberalismo. (13,14,19)

Esas reformas promovieron la privatización de los servicios sociales, incluyendo los sistemas públicos de salud. Se acompañaron por la contracción de gastos estatales (ajustes estructurales en países bajo crisis económica y gran deuda externa), lo que produjo serias restricciones a estos últimos junto a descentralización de esos servicios sociales. En consecuencia, se produjo un fomento de los servicios privados de aseguramiento y atención sanitaria, con mayor inequidad con ampliación de las disparidades y aumento de la exclusión. (13,14,19)

Sin embargo, esa situación de cambio radical hacia un nuevo escenario económico mundial y sus consecuencias sobre la salud no ha sido suficientemente considerada para revisar lo planteado en la Declaración de Alma-Ata, en el contexto del escenario internacional actual. Dado que el enfoque y declaraciones formales sobre APS se mantienen relativamente similares a Alma-Ata, cobra importancia la indicación de OPS en 2008, que se refiere a la necesidad de "...Evaluar la

situación de la salud y desarrollar un plan de acción a 10 años para la adopción de un sistema de salud basado en APS...” (Renovación de APS en las Américas, p.21, OPS, 2008). (1,2)

En 1998 (20 años después de la Declaración de Alma-Ata) se realizó una amplia reunión internacional organizada por la OMS y la OMS Europea en Almaty, Kazakstán. Respecto a la visión original de 1978, se encontró que los principios, problemas y soluciones previstos habían sido precisos en algunos aspectos, como la importancia crítica de valores humanos (como la equidad y sensibilidad de género), la importancia de la información e investigación adecuadas, y la participación comunitaria. Pero algunos otros aspectos no habían sido suficientemente previstos en Alma-Ata, como las limitaciones de los gobiernos para poder llevar a cabo aproximaciones integrales a la atención de salud; la interacción de los servicios de salud con otros sectores y el trabajo intersectorial, ya la necesidad de incorporar la APS en los sistemas de salud, en las diversas reformas y países (independiente del nivel de desarrollo). (20)

También surgieron nuevos aspectos no previstos en 1978, como enfermedades emergentes (VIH/SIDA) y re-emergentes, reformas sectoriales y la globalización con su impacto en salud, las tensiones y conflictos políticos internacionales, y el desarrollo de sociedades más pluralistas y con aspectos más saludables (como estilo de vida y cuidado del ambiente). (20)

En relación a los cambios esperados en la Declaración de Alma-Ata, ya en 1998 se encontró cuatro tipos de limitantes principales en la APS:

- Tensión entre programas verticales o enfocados en determinados temas, y el necesario desarrollo de capacidades de APS, especialmente en lugares menos provistos y con población con mayor necesidad.
- Resistencia a descentralizar la autoridad al nivel local y mejorar el balance entre lo curativo y los aspectos de promoción y prevención, pasando recursos desde lo curativo a lo preventivo y de promoción.
- Débil capacidad en epidemiología social, para poder aportar evidencia útil, entre lo cual se cuenta estudiar los determinantes sociales de la salud.

- Débil capacidad para investigación de servicios de salud, como instrumento para mejor orientar la planificación y gestión de los servicios de salud. (5)

A su vez en 2008 (luego de cumplidas tres décadas desde la Declaración de Alma-Ata), la Organización Mundial de la Salud destacaba cinco tipos de fallas comunes encontradas en la APS de países, en su Informe Mundial Salud de 2008 (1):

- *Atención inversa de salud*: Las personas con más medios en general tienen menos necesidades asistenciales y son las que más atención reciben, incluso son más beneficiadas del gasto público en servicios de salud.
- *Atención empobrecedora de los pacientes*: La población que carece de protección social y debe pagar por la atención puede verse enfrentada a gastos catastróficos.
- *Atención fragmentada y en proceso de fragmentación*: La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y focalización de muchos programas específicos impiden que se adopte un enfoque integral y continuo. Los servicios que cubren a los grupos pobres y marginados casi siempre están muy fragmentados, con gran falta de recursos.
- *Atención peligrosa*. Cuando los servicios no logran un desempeño adecuado, no se garantiza las condiciones de seguridad y existe el riesgo de que se pueda producir daño (iatrogenia) u otros efectos negativos evitables.
- *Orientación inadecuada de la atención*. La asignación de recursos tiende a concentrarse en servicios curativos y costosos, en desmedro de la promoción y prevención, sin aprovechar al aporte de esfuerzos inter sectoriales. (1)

Esas limitaciones tienden a disminuir y aislar el desempeño de la APS. Los niveles asistenciales más complejos se concentran en la atención curativa especializada, se enfocan en control de problemas específicos con resultados a corto plazo, provocan la fragmentación de la prestación de servicios (cada especialidad responde a demandas específicas, sin integración global); hay falencias cuando no hay buen liderazgo y coordinación de la red, y llevan a una atención no regulada. (1,9)

Cuadro 3. Condiciones inaceptables de la APS en entornos de bajos ingresos y escasos recursos, 2008

Condiciones esperadas	Condiciones inaceptables
Atención de una serie de problemas de salud que aquejan a la población	La APS se ocupa preferentemente de unas cuantas enfermedades prioritarias
La APS guía a los pacientes en todo el sistema de atención	APS se reduce a puestos sanitarios o agentes de salud aislados
Facilita la relación entre médicos y pacientes y la comunidad	APS se reduce a provisión y comunicación unidireccional de prestaciones prioritarias
Abre oportunidades de promoción, prevención y detección temprana de enfermedades	Sirve preferentemente para tratar dolencias comunes
Requiere equipos profesionales con capacidad y competencia en APS y aptitudes sociales	APS con personal no calificado para pobres rurales que no tienen otras opciones asistenciales
Requiere inversiones y recursos suficientes con impacto en capital humano	APS se financia con gastos directos, asumiendo que son servicios baratos que pueden pagar

Fuente: Elaboración propia, basada en el Informe Mundial de la Salud 2008 de OMS. (1)

En el Informe Mundial de Salud de 2008 se reportó que en la distinta situación de APS en los diversos países, las expectativas de APS se cumplen mejor en aquellos países con mayor grado de desarrollo socioeconómico y de organización de sus sistemas de salud, que además han logrado un mayor grado de cobertura de población. En contraste, en los países de bajos ingresos y en entornos con escasos recursos, se tiende a producir una serie de condiciones inaceptables que contradicen el objetivo global de la APS (cuadro 3). (1)

No sólo esa diferencia ocurre entre países de distinto desarrollo, sino que, entre la población usuaria de sistemas privados y públicos, en que estos últimos tienden tener situaciones críticas importantes de recurso financiero, humano y de desempeño. La revisión hecha por OMS en 2008 permite ratificar que la renovación y fortalecimiento de la atención primaria de salud sigue siendo una de las condiciones esenciales para mejorar la cobertura y acceso a los servicios de salud. Sin embargo, las propuestas arriesgan seguir siendo una histórica utopía que sobre-exige a los países.

Dichas propuestas debieran ser asumidas como recomendaciones (no indicaciones normativas y perentorias) para el desarrollo de los sistemas de salud en su entorno político, económico y social concreto, tomando en debida cuenta la situación de cada país y sector geográfico, y las prioridades y factibilidad de mejoramiento, que se pueda planificar de un modo realista.

También destaca que el enfoque internacional insiste en resaltar más los aspectos globales sociopolíticos de la APS, que la asumen como una

estrategia o instrumento de desarrollo global, en detrimento de concentrarse en planificar y lograr el fortalecimiento concreto de los sistemas de salud, con criterios de prioridad, factibilidad, eficiencia y efectividad, y que puedan trabajar en forma activa y efectiva con la comunidad y otros sectores del quehacer nacional. (1,14,15)

El documento de OPS/OMS sobre la Renovación de APS en los sistemas de servicios de salud de 2008 identificó una serie de problemas y desafíos en los profesionales de salud, los cuales son recursos cruciales en la APS (1):

- Los profesionales de salud tienen escasa motivación y remuneración en comparación con otros profesionales.
- Los trabajadores de salud calificados son insuficientes para prestar cobertura universal.
- El trabajo en equipo está escasamente desarrollado o se estimula insuficientemente.
- Los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales o en ciudades.
- Hay falta de apoyo y supervisión adecuados.
- La formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS.
- Hay migración internacional de los trabajadores de la salud (fuga de profesionales).

En la misma línea, también cobra importancia el diagnóstico base de la Agenda de Salud de las Américas 2008 – 2017, que fue aprobada por todos los ministros de salud de la región en 2007. (19) Dicho diagnóstico reportó una serie de aspectos

críticos sistemáticos en los países de la Región; éstos se relacionaban con el contexto político y sanitario, y las reformas sanitarias ocurridas desde 1980, con limitaciones para apoyar un efectivo enfoque de salud familiar. En dicha Agenda destacaba que:

- Se mantiene segmentación y persisten deficiencias en nivel de gasto, así como de políticas de financiamiento de salud.
- Deficiencias en el gasto provoca alta vulnerabilidad, dependencia de recursos externos y el gasto de bolsillo sube. Ello afecta con mayor fuerza a poblaciones empobrecidas.
- Asignación de recursos sigue en general desvinculada a los resultados y el desempeño de los servicios.
- La gestión clínica es aún insuficiente, con predominio del modelo curativo, relegando a segundo plano la APS y las acciones de salud pública.
- Los procesos de reforma se concentraron en aspectos financieros y organizacionales, marginando aspectos esenciales de la salud pública, y el papel del estado fue debilitado en áreas claves.
- Se mantiene la escasez, mala distribución y falta de adecuación del personal de salud a las necesidades de salud, acentuada por migración interna y externa.
- La distribución de personal es muy desigual, concentrada en áreas urbanas, con importantes desequilibrios en algunas profesiones.
- La planificación de recursos humanos, en cantidad y calidad, sigue siendo una carencia notoria, y la formación del recurso humano sigue siendo tradicional.
- Hay deficiente inversión en ciencia y tecnología y escasos mecanismos de desarrollo para satisfacer esta necesidad. (19)

En el enfoque y énfasis original de la APS se promovía lograr el acceso a un paquete básico de

intervenciones para pobres en medio rural, que se enfoque principalmente en el área materno-infantil, en las enfermedades infecciosas y agudas y en el saneamiento. El foco inicial de APS estuvo puesto en eventos de salud altamente evitables, lo que era mayor en aquellos grupos de población más vulnerables y rurales. La ampliación de cobertura para responder mejor a las necesidades de salud de toda la población (búsqueda de cobertura universal), la APS aumentó en complejidad, recursos y costos (no es tan barata).

Luego del avance sanitario que se ha logrado en los países, el ámbito de acción concreta de la APS se ha hecho mayor y más complejo, y requiere de un mayor uso de recursos con uso de una tecnología que no resulta sencilla ni barata y en que la comunidad no sólo se preocupa de la participación en comités locales, sino que se hace más compleja y participa de políticas y rendición de cuentas.) Conforme la experiencia revisada de APS en 2008, la OMS identificó algunas modificaciones que seguían siendo necesarias cuando los países buscan implementar o mejorar la APS (cuadro 4) (i)

Al expandir la cobertura, se hace necesario contar con importantes recursos e inversiones y se requiere dinamizar aún más la coordinación efectiva entre los distintos niveles de atención (sistema de referencia). La promoción de salud también se hace bastante más compleja y activa, e incluye el adoptar enfoques saludables, de determinantes sociales y ambientales. (i)

Dada esa mayor complejidad y requerimiento de las redes asistenciales en su conjunto, el mejoramiento de la APS aún requiere de reformas más amplias del sistema de salud, tendientes a asegurar protección social y acceso universal a la atención sanitaria. Sin embargo, esa expectativa plantea gran requerimiento de recursos, que sean distribuidos a nivel nacional, lo que en general escapa de las posibilidades de corto plazo en aquellos países y áreas con menor desarrollo socio-económico. (i)

Cuadro 4. Modificaciones y aspectos necesarios a considerar para las reformas de la APS, 2008

PRIMEROS INTENTOS DE IMPLEMENTAR LA APS	ACTUALES CUESTIONES DE INTERÉS PARA LAS REFORMAS DE LA APS
Acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para los pobres del medio rural	Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud
Concentración en la salud materno-infantil	Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad
Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas	Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes
Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las aldeas	Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud
Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades	Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de éstos
Participación en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas
Servicios financiados y prestados por los gobiernos con una gestión vertical centralizada	Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado
Gestión de una situación de creciente escasez y reducción de recursos	Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal
Ayuda bilateral y asistencia técnica	Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto
Atención primaria como antítesis de los hospitales	Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles
La APS es barata y requiere sólo una pequeña inversión.	La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones

Fuente: Elaboración propia, basada en el Informe Mundial de la Salud 2008 de OMS. (1)

El informe Mundial de OMS en 2008 planteó que para que la APS adquiera la suficiente calidad y se cumplan sus objetivos, se requiere contar con algunas condiciones claves:

- Disponibilidad de recursos suficientes para asegurar acceso efectivo de la población y responder a sus necesidades;
- Integración y coordinación con el resto de la red asistencial y un efectivo sistema de referencia de pacientes;
- Integralidad de atención (todo el rango de servicios asistenciales), incluyendo promoción y prevención;
- Contar con un equipo multidisciplinario y con competencias adecuadas; y
- Enfatizar su foco programático y asistencial en la familia y la comunidad.

Para evitar o solucionar las fallas comunes persistentes en la APS, ese Informe Mundial de 2008 recomendaba cuatro tipos de reformas o cambios específicos para lograr un contexto institucional que sea adecuado a la APS, buscando:

- que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, el acceso universal y la protección social en salud;
- que las reformas de los servicios de salud se concentren en la respuesta efectiva a las necesidades y expectativas de la población;
- que las intervenciones de salud pública y atención primaria incluyan políticas públicas saludables en todos los sectores; y
- que se fortalezca el adecuado liderazgo de los complejos sistemas de salud. (1)

El llamado de OPS/OMS en 2008 a enfatizar y renovar la APS, plantea algunos aspectos básicos que una década más tarde es importante tener en cuenta

para revisar si ello ha sido factible, y si la experiencia muestra que tales formulaciones han permitido el avanzar en el logro de una APS más consolidada y de sus objetivos. (1-4) En el 2008 se esperaba que los países hubiesen realizado algunas acciones claves sobre la APS en el último decenio, bajo la responsabilidad de sus Estados:

- Liderar y desarrollar el proceso de renovación de la APS con el fin último de mejorar la salud de la población y la equidad.
- Realizar una evaluación de la situación del país y diseñar un plan de acción a 10 años para la implementación de un sistema de salud basado en la APS.
- Crear un plan de comunicaciones para divulgar la idea de los sistemas de salud basados en la APS.
- Fomentar la participación de la comunidad en todos los niveles del sistema de salud.
- Llevar a cabo un análisis de las partes interesadas y explorar las estrategias y opciones políticas que puedan llevar a la realización plena de un sistema de salud basado en la APS.
- Asegurar la disponibilidad y sostenibilidad de los recursos económicos, materiales y tecnológicos para la APS.
- Garantizar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la implementación exitosa de la APS, incorporando el enfoque de equipos multidisciplinarios.
- Crear los mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración intersectorial y el desarrollo de redes y asociaciones. (1)

Las revisiones realizadas por ISAGS sobre APS en países de Sudamérica en 2014 y otros aportes nacionales específicos, tienden a coincidir en los aspectos críticos y en los caminos aún pendientes para consolidar la APS, que son altamente exigentes y relativamente utópicos o realistas para ser logrados en el corto y mediano plazo. Ello porque el contexto de la APS depende del contexto u orden económico internacional (en que predomina la globalización y neoliberalismo), la necesidad de integrar los servicios de salud (que en muchas reformas sanitarias fueron fragmentados, como el propio caso chileno), realizar cambios sustanciales en los sistemas de salud que sean basados en la APS. (14,16,17)

Las perspectivas y propuestas actuales de la mayoría de países y bloques de integración de países consideran el muy positivo aporte global cumplido por la APS desde 1978, pero que ocurrió con un disímil avance entre los países y al interior de ellos, con persistencia de limitaciones en aquellos más pobres y donde la APS pudiera aportar mayor beneficio. Estos aspectos y sus causas han sido tomados en cuenta para la búsqueda de renovación y reforzamiento de la APS, especialmente desde 2008. (2,3)

En 2009, un grupo de trabajo de la OPS, sobre la APS en Latinoamérica, encontró que en gran parte de esos países no han logrado suficientes avances que permitan alcanzar lo propuesto en la Declaración de Alma Ata, aunque se encontró que aquellos sistemas de salud que tenían estructuras y funciones orientadas hacia la APS, habían presentado resultados importantes sanitarios y en la eficiencia de los sistemas. (7)

En esos países, el enfoque y orientación de la APS no era homogénea entre los países ni entre los sistemas de salud de un mismo país. Predominaba la APS selectiva, entendida como enfocados de preferencia en la prevención y la atención de enfermedades infecciosas y a la atención materno-infantil. La APS ya era una opción promovida por UNICEF, desde el año siguiente a la Declaración de Alma -Ata. (14,16,17)

En los sistemas privados y de seguridad social, la APS tendía a ser concebida como una estrategia para regular el acceso a los otros niveles asistenciales, y para controlar los costos. (5,7)

A su vez, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 definió una serie de áreas de acción para la región, que en su mayoría tenían relación directa o indirecta con la APS:

- Fortalecer la autoridad sanitaria nacional
- Abordar los determinantes de la salud
- Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología
- Fortalecer la solidaridad y la seguridad sanitarias
- Disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos
- Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- Aumentar la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad

- Fortalecer la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan por la salud. (20)

Respecto a la situación prevalente en salud y en los sistemas de salud en las Américas, se planteaba lograr una Región más sana y más equitativa, en la que cada persona, cada familia y cada comunidad tengan la posibilidad de lograr su máximo potencial. En coherencia con el enfoque APS de 1978, dicha Agenda recomendaba:

- Una adecuada estrategia de APS que sea crucial para favorecer la práctica efectiva del enfoque de salud familiar:
- El desarrollo de actividades de salud pública (con liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional), para promover políticas públicas saludables en concertación interinstitucional e intersectorial, en conjunto con la comunidad.
- Un enfoque multicultural y de género, con participación social activa
- Protección efectiva a población más pobre marginada y vulnerable, abordando principales factores determinantes de salud, especialmente aquellos relacionados con exclusión social, exposición a riesgos, urbanización no planificada y cambio climático
- Especial énfasis de atención en áreas rurales y peri urbanas marginales donde los servicios son menores o pueden ser prácticamente inexistentes
- Los servicios deben ser culturalmente aceptables e incorporar prácticas tradicionales locales de probada inocuidad y en lo posible efectiva, incluyendo la promoción de sistemas de salud propios de pueblos indígenas
- Fortalecimiento de sistemas de referencia y contra-referencia
- Mejoramiento de sistemas de información y vigilancia sanitaria local y nacional. (20)

Al igual que en las otras iniciativas internacionales, la Agenda de Salud de las Américas plantea importantes desafíos debido a que sus objetivos e indicadores esperados requieren importantes cambios estructurales que comprometen al Estado mismo (como fortalecer la autoridad sanitaria), al desarrollo socioeconómico (como abordar las determinantes sociales y reducir las desigualdades en salud, especialmente a nivel sub-nacional), al marco político y económico (como fortalecer la protección social, seguridad sanitaria y acceso a los

servicios de salud) y al fortalecimiento de los sistemas de salud, incluyendo al esencial recurso humano. (20)

En el 2015, la OMS Europea publicó un reporte sobre “construyendo la atención primaria en una Europa cambiante” basada en la revisión de atención primaria en 31 países de Europa. (8) En dicho reporte se aclara que la atención primaria es el primer nivel de atención profesional de los sistemas de salud, donde las personas consultantes presentan sus problemas de salud, como necesidades curativas y preventivas de salud y en su mayoría se pueden solucionar allí.

Si es necesario, los pacientes pueden ser referidos a un especialista médico u hospital. El médico de cabecera guía al paciente a través del proceso de referencia y el sistema de atención médica. Mientras más apoyo tenga la atención primaria desde otros niveles de especialidad, con expedito sistema de referencia, más fuerte será. (8)

La premisa básica es que la gran mayoría de los problemas de salud de los pacientes se pueden resolver dentro de la atención primaria. Por lo tanto, un amplio conjunto de servicios de tratamiento debe estar disponible para los pacientes a través de varios proveedores de atención primaria que están en contacto entre sí. Además de, o en combinación con, el tratamiento, se puede ofrecer educación y prevención de la salud a medida. (8)

En el sistema de salud, la atención primaria funciona más cerca de las personas y asegurando el acceso. Es una práctica asistencial de tipo general y centrada en la persona integral (no solo considerando un órgano o patología específica), así como en la familia. En los diversos países europeos pueden participar, además de médicos generales y familiares, internistas y pediatras generales, farmacéuticos, enfermeras de atención primaria, fisioterapeutas, podólogos, trabajadores de atención domiciliaria y profesionales de la salud mental. (8)

Ese reporte de OMS 2015 también aclara que la “atención primaria de salud” tiene una connotación más amplia y más política, que incluye entre otros, el acceso equitativo a los recursos de salud, una interacción más amplia de diversos actores para lograr los objetivos de APS, y que incluye tanto la atención de la salud como la social, con diversos sectores. (8)

En el documento sobre “La Salud de las Américas” (OPS/OMS, 2017), se indica que la posibilidad de

expandir el acceso reforzando el primer nivel con un enfoque de APS se limita por diferencias en la disponibilidad, composición y calidad de los recursos humanos para la salud. En 10 países de la Región existe un déficit absoluto de trabajadores de la salud (menos de 25 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes) y hay graves desigualdades en la disponibilidad entre las zonas urbanas y rurales, que obstaculiza seriamente el acceso. Ello es más notorio en países como Bolivia, El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú, y hay gran diferencia de disponibilidad de recursos humanos entre áreas urbanas y rurales. (21)

Hay países que destacan por sus avances en el desarrollo del nivel primario de atención, como Bolivia, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador y Nicaragua. Sin embargo, en general, en la mayoría de los países de la Región se requieren nuevos recursos de inversión financiera y recursos humanos para ampliar el acceso al primer nivel de atención para aumentar su capacidad resolutive. (21)

La falta de acceso universal a la salud y de cobertura universal de salud afecta en mayor medida a las personas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad. Persisten las diferencias en el acceso a los servicios de salud necesarios para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil entre las poblaciones más pobres y las más ricas. (21)

Las barreras de acceso efectivo y equitativo siguen siendo importantes para los sistemas de salud, y los procesos de reforma de las últimas décadas no han logrado resolver estas limitaciones. De cara a estos problemas, la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud plantea la necesidad urgente de ampliar el acceso equitativo a servicios integrales de calidad en la Región de las Américas. Sigue pendiente el tema de fortalecer y reorganizar los servicios de salud de modo integrado; ello implica también la necesidad de aumentar la inversión en la atención primaria, para mejorar la capacidad resolutive. En cuanto al enfoque familiar y comunitario, sigue pendiente facilitar el empoderamiento de las personas y comunidades. (21)

El documento de Salud de las Américas en su edición del 2017 reconoce que *“Buena parte de los sistemas de salud de la Región han suscrito y se adscriben a los principios de la salud universal, comprometiéndose con la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades, basados en la atención primaria de*

salud. Sin embargo, las realidades y prácticas vigentes, así como las estructuras características del modelo biomédico tradicional y la erogación del mayor volumen de fondos a los cuidados y servicios hospitalarios, están constriñendo los desarrollos propuestos, que ampliarían el poder de resolución del primer nivel de atención, que tendría mayor correspondencia con la distribución geo-demográfica de las cargas de morbilidad”. (21)

LA DECLARACIÓN DE ASTANÁ, 2018

Luego de cumplirse cuatro décadas desde la Declaración de Alma-Ata, en octubre de 2018 se realizó una conferencia internacional con similar tipo de participantes (organismos internacionales y representantes de países) que emitieron la Declaración de Astana (lugar cerca de Alma-Ata, en Kazajstán). Dicho evento fue denominado *“Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”*. Allí no solo se reafirmaron los compromisos y objetivos expresados en la Declaración de Alma-Ata de 1978 sino que se agregaron los de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Anexo 5). (3)

Las expectativas de esa Conferencia apuntaron a lograr:

- Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;
- Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;
- Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;
- Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales. (3)

Para proseguir en la acción relacionada con la APS, los participantes de esa Conferencia se comprometieron a nivel de todos los países:

- Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores.
- Establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible.
- Empoderar a las personas y las comunidades.
- Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales. (3)
- Actualmente se vuelve a enfatizar que los tres principios de la atención primaria de salud son poder contar con:
- Servicios de salud que sean asequibles y accesibles, los que incluyen atención primaria de calidad y funciones esenciales de salud pública para promover la salud y el bienestar, prevenir enfermedades y proteger a las poblaciones contra brotes de enfermedades.
- Ciudadanos empoderados y comunidades comprometidas, ante quienes los servicios de salud son responsables, y quienes también son responsables de su propia salud.
- Insumos (políticas, acciones, recursos) de todos los sectores que influyen en la salud y el bienestar, desde la agricultura, manufactura, educación, agua, saneamiento e higiene, transporte y medios de comunicación, por mencionar algunos de ellos

En forma similar a Alma-Ata y en lo que respecta a los sistemas de salud, en Astaná se formuló la aspiración a contar con “atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos”. (3)

La Declaración reconoce que ha habido importantes progresos logrados des 1978, pero aún se mantienen personas con necesidades sanitarias desatendidas en diversos países regiones del mundo. Mantenerse en buena salud es un reto para muchas personas, en particular las pobres y las que se encuentran en situaciones vulnerables. Se estima que es inaceptable desde un punto de vista ético, político, social y económico que persistan las disparidades en los resultados sanitarios y la inequidad en la salud.

Se plantea seguir combatiendo la creciente carga de enfermedades no transmisibles, que provocan mala salud y muertes prematuras debido al consumo de

tabaco, el consumo nocivo de alcohol, los modos de vida y comportamientos poco saludables, y la insuficiente actividad física y las dietas malsanas. A menos que se actúe de inmediato, continuará la pérdida de vidas prematuramente a causa de las guerras, la violencia, las epidemias, los desastres naturales, los efectos del cambio climático y los fenómenos meteorológicos extremos en la salud y otros factores medioambientales. No se debe perder oportunidades de poner fin a los brotes epidémicos y amenazas sanitarias mundiales como la resistencia a los antimicrobianos que traspasan las fronteras de los países. (3)

Los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la atención paliativa, deben ser accesibles a todos. Se debe sacar a millones de personas de la pobreza, especialmente la pobreza extrema provocada por los gastos directos desproporcionados en la salud. Ya no se puede infravalorar durante más tiempo la importancia crucial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ni tolerar una atención fragmentada, poco segura o de calidad deficiente.

Se debe solucionar la escasez de trabajadores de la salud y su distribución desigual, así como tomar medidas con respecto a los costos crecientes de la atención sanitaria y los medicamentos y vacunas. No se pueden permitir despilfarros en los gastos de la atención de salud debido a la ineficiencia.

Luego de cuatro décadas transcurridas de la experiencia internacional de APS, los propios directores de OMS y UNICEF reconocen que a pesar de los grandes avances, el progreso fue desigual y la inequidad aumentó, dejando, por ejemplo, a grupos vulnerables excluidos del acceso a servicios básicos de salud. La Directora de UNICEF plantea como ejemplo, que aún mueren anualmente 6 millones de menores de 5 años en el mundo, por causas que son esencialmente evitables. (1,15,19)

Desde 1978 y hasta cuatro décadas después, se mantiene la divergencia entre quienes persisten en el idealismo que emana del enfoque de la APS y el pragmatismo de aquellos responsables de implementar políticas y sistemas de salud en los diversos países, aunque tengan distinto énfasis ideológico y nivel de desarrollo. La Declaración de Astana reitera algunos enfoques, posturas y compromisos que es necesario debatir y evaluar, a la luz de la experiencia transcurrida desde Alma-Ata. Se requiere por lo tanto considerar tanto los logros como las dificultades, los obstáculos y las lecciones

aprendidas, en torno a la consecución de los objetivos planteados originalmente en Alma-Ata y reiterados en Astana. (14,18)

Frente a la Declaración, C. Vance (Directora Ejecutiva del ISAGS –UNASUR) plantea que si bien plantea un importante mensaje, no se consideraron debidamente las causas que producen y mantienen a las determinantes sociales como la pobreza. (14)

Frente a esa Declaración, destaca por ejemplo que la Confederación Nacional de la Salud Municipal (CONFUSAM) plantea la interrogante sobre cómo el Estado de Chile piensa comprometerse en consecuencia con los principios y compromisos estipulados en dicha Declaración, y si se realmente va a poner la APS al centro en la búsqueda de la cobertura universal. Dicha interrogante se plantea en un ámbito de relativo escepticismo en el contexto chileno. (22)

LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL DE OPS, 2019

Con motivo de cumplirse cuatro décadas de APS, La Dirección de OPS estableció una Comisión de Alto Nivel para revisar el tema de Salud “Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata” y plantear una serie de recomendaciones para la Región de las Américas, expuestas en su informe final de 2019. (4)

Dicha Comisión se enfocó principalmente en cinco temas cruciales: modelo de atención de salud; modelo institucional, modelo de financiamiento; salud y protección social; y recursos humanos de salud.

En línea con la Declaración de Astaná en cuya Conferencia participó activamente, en la OPS/OMS se reconoce que el enfoque de APS ha sido aplicado en múltiples iniciativas relacionadas con salud en la Región de las Américas, las que a su vez han contribuido al progreso en salud en la Región. No obstante, persisten muchos retos que es preciso reconocer y abordar. Entre ellos destacan las desigualdades injustas y evitables de salud aún remanentes entre y al interior de los países, se mantienen los obstáculos que limitan el acceso a los servicios de salud, existen los modelos ineficientes de atención centrados en los servicios hospitalarios, hay segmentación de los sistemas de salud con fragmentación de los servicios. Además, el financiamiento de salud continúa siendo insuficiente, mientras que la gobernanza y el liderazgo se mantienen débiles, con problemas sanitarios prevenibles y afectos a control que continúan altos. Ante esa situación que es vista

como un desafío pendiente, la OPS/OMS llama a los países a reformar sus sistemas de salud adoptando el enfoque de APS y la ejecución de políticas públicas, programas y legislación que protejan la salud y aborden los factores de riesgo. (4)

Entre las conclusiones a las cuales llegó dicha Comisión (Anexo 6), destaca que:

- No se ha alcanzado la meta de “Salud para todos en el año 2000”, a pesar de los avances realizados desde 1978.
- Los avances en la equidad en salud han sido limitados, a pesar de las mejoras en las condiciones y la cobertura de salud de la población, mientras que el contexto regional y global enfrenta nuevos desafíos epidemiológicos, ambientales, sociales, económicos y políticos.
- La APS es formalmente asumida como un “camino necesario y sostenible para lograr la salud universal como derecho de todas y todos con calidad, equidad y justicia social”.
- Se considera a las necesidades en salud de la población debieran ser el punto de partida de los procesos de transformación de los sistemas de salud. No existe una receta única ni un abordaje técnico único que sea replicable, y por tanto cada país debe crear y conducir modelos de atención que respondan a las necesidades de la población, en cada contexto.
- La inestabilidad política de los gobiernos que lideran procesos de cambio es una limitación que debería abordarse a través de la abogacía con el fin de consolidar las políticas orientadas a garantizar el derecho a la salud como políticas de Estado. Los procesos políticos e institucionales tienen que superar las limitaciones asociadas a la duración y la complejidad de economía política, que explican algunas dificultades para lograr avances efectivos en los sistemas de salud y de protección social.
- Hacer efectivo el goce del derecho a la salud es una responsabilidad ineludible del Estado. La mayoría de reformas de los sistemas de salud han incluido nuevas normas regulatorias, pero se requiere desarrollar más las capacidades del Estado para fiscalizar su cumplimiento, en especial por parte del sector privado, lo que representa otra limitación. El alcance de las políticas nacionales se ve limitado por un contexto global en el que la incidencia de los actores y las organizaciones privadas crecen y tiene múltiples dimensiones.

- La asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros suficientes requiere de la voluntad política y capacidades del Estado para respaldar las políticas de transformación de los sistemas de salud y de protección social.
- Se requiere crear y fortalecer mecanismos de rendición de cuentas y transparencia nacionales y supranacionales para avanzar en hacer efectivo el derecho a la salud. (4)

En consecuencia, se formularon diez recomendaciones:

- Asegurar un modelo institucional del Estado que le permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco más amplio de los derechos humanos.
- Desarrollar modelos de atención basados en la atención primaria de salud, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.
- Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible.
- Establecer mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado.
- Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.
- Abordar los procesos de determinación social en la salud mediante intervenciones intersectoriales que promuevan cambios sustantivos.
- Reposicionar la salud pública como eje de las respuestas del Estado para la transformación de los sistemas de salud.
- El abordaje de la “determinación social” incluye la acción en los procesos sociales y las dinámicas de poder de las sociedades, interpretándolas en el marco histórico en el que se replican y se perpetúan, acentuando las inequidades.
- Valorar a los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción de modelos de atención basados en la atención primaria de salud.
- Promover el uso racional y la innovación en el ámbito de las tecnologías de salud al servicio de las necesidades de salud de la población.
- Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad. (21)

DEBATES Y DESAFÍOS INTERNACIONALES PENDIENTES

El diagnóstico, desafíos y compromisos de los diversos países en torno a la APS en Astana y en la Comisión de Alto Nivel de OPS reflejan que ya por 40 años, se mantiene una serie de debates y desafíos pendientes sobre algunos temas cruciales relacionados con la APS. (14-18) Entre ellos destacan:

- Considerando el escenario político y económico concreto de cada país, cabe priorizar el enfoque del derecho a la salud, la justicia social, la solidaridad y la salud en todas las políticas, como fundamento de acción relacionado con la APS y el logro de sus objetivos. Ello no tiene el mismo énfasis en países con distinta doctrina social (ideología) predominante.
- El logro paulatino de los objetivos globales de la APS en cuanto estrategia para la salud y el desarrollo, requiere de un muy amplio apoyo nacional, en de además del efectivo funcionamiento de los sistemas de salud basados en la APS, es necesaria una activa participación comunitaria y la acción intersectorial, en cada contexto nacional. El rol nacional de APS externo al sistema de salud no siempre se encuentra explícitamente formulado en las políticas y estrategias globales nacionales
- El rol, voluntad política y la capacidad concreta de los Estados de poder asumir y cumplir paulatinamente los compromisos que han suscrito desde Alma-Ata en 1987 hasta Astana en 2018.
- La capacidad gubernamental y de cada Estado frente a la regulación del mercado y la lógica privada sobre el servicio público y el derecho a la salud (sobre el concepto de salud como derecho humano versus bien de consumo).
- La búsqueda de la cobertura y acceso universal a las oportunidades de mejor salud, más allá del tema del financiamiento como factor crucial pero solo parcial de acceso.
- El rol de los organismos internacionales y bloques de integración de países en la solidaridad y cooperación para el progreso en salud y desarrollo global.
- La búsqueda de la equidad en salud, atención de salud y de los determinantes sociales de la salud, con intervenciones en las causas que provocan dicha inequidad.

- El desarrollo factible de políticas, estrategias y planes que cada país pueda cumplir, en que se busque conjugar los principios y expectativas de PAS y las posibilidades de implementarlas. Se requiere que esos mecanismos sean sustentables para cada país y nivel sub-nacional, incluyendo cada área o grupo particular de población y en torno al objetivo de cobertura universal de la APS.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (2008). "Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978", patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: 2008. http://www.who.int/whr/2008/o8_report_es.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud (2007). "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)" Washington, 2007. Disponible en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf
3. Organización Mundial de la Salud (2018). "Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible" Ginebra: 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/o8_report_es.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel [Internet]. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
5. WHO (2000) Primary health care 21 "Everybody's business" An International meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata. Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. WHO/EIP/OSD/00.7, 2000
6. Tejada de Rivero D. (2003) Alma-Ata: 25 años después. Revista de la Organización Panamericana de la Salud. Vol. 8. No 3, 2003). Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf>
7. Haggerty J., Yavich N., Báscolo EP. Et al (2009) Marco de evaluación de la APS en América Latina <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n5/377-384/>
8. Boerma W. and Kringos D. (2015). "Introduction# in Building primary care in a changing Europe. (ed) Boerma W., Kringos D., Hutchinson A and Saltman R. WHO 2015. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud (2008). "Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: Estrategias para el desarrollo de equipos de APS. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)" Washington, 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud (2007). "Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas, OPS/OMS: Washington, 2007.
11. Artaza O., Méndez C., Holder R. et al (2011) "Redes Integradas de Servicios de Salud: el desafío de los hospitales". Representación OPS/OMS en Chile. Santiago: 2011.
12. Gattini C., et al. (2014) "Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013". OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014. <http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revisión%202013.pdf>
13. Roses M. (2006). La salud en las Américas. Logros y desafíos. Conferencia magistral de la Directora OPS/OMS en la Habana, 2016
14. Vance C. (2018) De Alma-Ata a Astana: la Declaración que muestra lo que está en disputa. ISAGS -UNASUR 13 de noviembre, 2018. Disponible en: <http://isags-unasur.org/es/de-alma-ata-a-astana-la-declaracion-que-muestra-lo-que-esta-en-disputa/>
30. Etienne CF. Promoting universal health through primary health care, Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:e145. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.145>
16. ISAGS (2015) Atención primaria de salud en Suramérica. Organizado por Giovanella L. . Isags: Unasur Rio de Janeiro, 2015. Disponible en: <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/06/libro-isags-aps-suramerica.pdf>
17. Giovanella L., Fidelis de Almeida P., Román Vega Romero R. et al. (2015) Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.300-322, ABR-JUN 2015. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
18. Oriana Ramirez O. (2018) Atención primaria de salud: ¿dónde estamos 40 años después de Alma Ata? Instituto de Salud Global Barcelona. Acceso:

- <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/atencion-primaria-de-salud-donde-estamos-40-anos-despues-de-alma-ata-/5581285/o>
19. Mahler (2008) Entrevista a Halfdan Mahler. “La atención primaria de salud cierra un ciclo completo” Boletín OMS Vol. 86: octubre 2008, p. 737-816 <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/>
 20. Organización Panamericana de la Salud (2007) Agenda de Salud en las Américas 2008-2017. OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
 21. OPS/OMS La Salud en las Américas. Edición del 2017. OPS Washington DC 2017. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es
 22. Flores G. (2018) Declaración de Astaná, ¿a qué se comprometió el gobierno de Chile en Kazajistán?. CONFUSAM. Octubre de 2018. Acceso: <https://confusam.cl/index.php/2018/10/30/declaracion-de-astana-a-que-se-omprometio-el-gobierno-de-chile-en-kazajistan/>

2. EL CONTEXTO Y DESARROLLO DE LA APS EN CHILE

La APS es asumida como una estrategia y acción esencialmente bajo responsabilidad del sistema asistencial público de salud, el SNSS. La implementación progresiva de la organización e infraestructura del nivel primario de atención (con su rol de APS) ha ocurrido en estrecha relación con el desarrollo global y sanitario del país, avance que se ha logrado por la confluencia de diversos factores productivos y multisectoriales, junto al desarrollo paulatino del sistema global de salud.

EL CONTEXTO DEL DESARROLLO SOCIAL Y SANITARIO

La evolución histórica de la APS en Chile tiene cierta similitud con lo ocurrido a nivel internacional, en que se ha logrado un avance en desarrollo global y sanitario desde 1978. También comparte ciertas características en cuanto a los logros, aspectos críticos y desafíos de los sistemas públicos de salud de los países en vías de desarrollo.

En el siglo XX y especial en las últimas décadas, Chile ha logrado un paulatino y notorio progreso en el contexto político, económico, social y de salud. Ello también ha favorecido el progreso del sistema de salud. La conformación paulatina y la modalidad chilena de APS y el sistema de salud han estado inmersos en el contexto de los distintos momentos políticos y económicos globales del país, los que han influido en sus actuales características. (1-3)

En cuanto a la visión de la APS como estrategia del desarrollo global y sanitario de la población, destaca que se han producido notorios avances, gracias a diversos factores contribuyentes al desarrollo global y sanitario, como el avance logrado en educación, saneamiento, trabajo, ingresos y otros, entre los cuales se cuenta con la contribución tanto directa como indirecta de APS. Dada esa multiplicidad de factores positivos, en general no es posible estimar un impacto específico atribuible exclusivamente a la APS. (1-4)

El aporte de la APS ha confluído con una serie de otros factores positivos del desarrollo, entre los cuales destacan:

- El aporte fiscal al sistema de salud y el desarrollo de sistemas de previsión y asistencial de salud (tanto públicos como privados), alcanzado en conjunto una gran cobertura en la población, especialmente el sistema público, de gran cobertura nacional.
- Algunos aspectos más específicos de la contribución asistencial de la APS en el nivel primario del SNSS, destacando el caso de la

cobertura de vacunas, controles de salud materno-infantil, atención profesional del parto, programas de promoción, prevención y control nutricional y de enfermedades crónicas, con una cobertura importante de foco preventivo y curativo del nivel primario, incluyendo urgencia;

- El desarrollo de políticas públicas y sociales ocurridos en los distintos períodos políticos e históricos, expandiendo la acción específica del sistema de salud hacia un logro más amplio. Ello incluye políticas y acciones estatales de apoyo a la protección social, el aseguramiento y la asistencia en salud.
- Destaca el rol subsidiario del Estado, con énfasis en la población pobre y más vulnerable (estado de bienestar focalizado). En consecuencia, se ha producido un notorio progreso en el nivel de salud y desarrollo en aquellas comunas y grupos de población con menores condiciones socio-económicas y mayor vulnerabilidad en salud, que tenían mayor nivel de enfermedad y mortalidad evitable. (2-6)

El rol subsidiario focalizado en los grupos de menor ingreso y más vulnerables, incluye subsidios monetarios y otros para mejorar la calidad de vida y salud (en educación, vivienda, agua y saneamiento, APS, etc.). Los grupos de menores condiciones tienen acceso al aseguramiento público de salud (aunque no tengan ingresos ni puedan cotizar) y a la atención de salud del SNSS (aunque pueden acudir a atención privada, con copago). Esos grupos son los que más se han beneficiado del mejoramiento de condiciones de salud y otras que les permiten mejor calidad de vida y salud (asistencia sanitaria, nutrición, viviendas, educación, agua y saneamiento, etc.). (1-4)

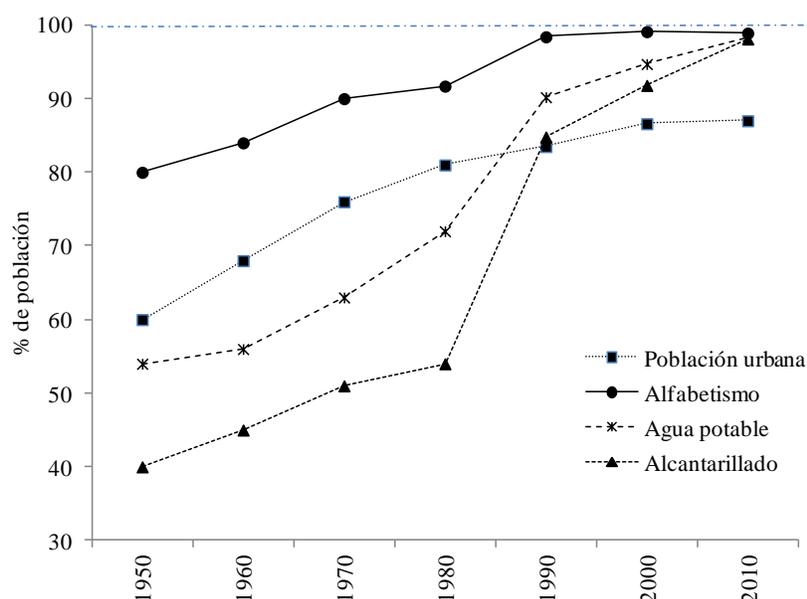
Entre los hitos principales del sistema de salud sobre el desarrollo de la APS, destacan la conformación del Servicio Nacional de Salud (1952-1979), la reforma que dio origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud en 1979, la modalidad de administración municipal de APS desde 1981; la

recuperación de la democracia en 1990, y la denominada reforma sanitaria de 2004. (2-6)

En 1920, la población chilena sólo alcanzaba a 3,75 millones de habitantes, destacando que más de la mitad (54%) era rural. En esa época, sólo dos tercios de los mayores de 15 años estaba alfabetizado (63%), con escolaridad promedio que alcanzaba sólo a 3,5 años. (13-17) En 1950, el 40% de la población era rural. Luego esa población fue migrando hacia las ciudades

y en 2010, sólo 13% de la población aún era rural. El alfabetismo de la población mayor de 15 años aumentó desde 80% hasta lograr ser universal (99%). Las condiciones de saneamiento (agua potable y alcantarillado, incluyendo fosa séptica) también aumentaron de modo importante, hasta llegar también a ser prácticamente universales (figura 2). (3-7)

Figura 2. Evolución de indicadores básicos del desarrollo en Chile, entre 1950 y 2010



Nota: Alcantarillado incluye fosa séptica segura

Fuente: Basado en Friedman R (1950-1980), INE e IPOS para años posteriores.

En 1950, la población alcanzaba a 6,1 millones de habitantes. La mortalidad materna alcanzaba a 317,6 muertes por 100 mil nacidos vivos y la mortalidad infantil a 136,2 defunciones por mil nacidos vivos. Esas altas tasas de mortalidad evitable disminuyeron de modo importante y paulatino hasta llegar en 2010 a un nivel de sólo 19,7 muertes maternas por cien mil nacidos vivos y 7,4 muertes de menores de un año por mil nacidos vivos. Entre esos años, la mortalidad general disminuyó a un tercio (de 15,0 a sólo 4,9 muertes anuales por mil habitantes) y la esperanza de vida al nacer aumentó en 25 años, de 54,8 a 79,1 años de vida respectivamente (cuadro 5).

La natalidad ha disminuido en forma notoria desde la segunda mitad de la década de 1960 (con la introducción y expansión de los métodos de contracepción), con expansión paulatina de la cobertura del control de natalidad y disminución de

la mortalidad materna e infantil. (6,33) En 1950, un cuarto de las muertes se debía a enfermedades infecciosas y parasitarias (24,0%), constituyendo la principal causa de muerte, también eran importantes las enfermedades del aparato circulatorio, que constituían la segunda causa de muerte con 22,9% del total. Las enfermedades del aparato circulatorio causaban el 11,9% y las afecciones del período perinatal provocaban 11,9% de las defunciones. Esos cuatro grupos de causaban el 70,0% de muertes.

En 2009, en que había predominio de muertes sobre los 60 años de edad, los cuatro grupos de causas más frecuentes provocaban el 71,2% de las defunciones: enfermedades de aparato circulatorio. (27,5%), tumores (25,6%), del aparato respiratorio (9,75) y casusas externas de mortalidad (8,9%) (6,7)

Cuadro 5. Indicadores básicos de salud en Chile, 1950 a 2010

Año	Población (millones)	Natalidad *1000 h.	Mortalidad			Esperanza de vida al nacer (años)
			materna *100mil NV	infantil *1000 NV	general *1000 h.	
1950	6,081	31,0	317,6	136,2	15,0	54,8
1955	6,764	36,3	272,6	119,2	13,0	56,2
1960	7,643	37,1	294	126,2	12,3	60,6
1965	8,647	35,9	283,1	97,3	10,7	63,6
1970	9,570	27,5	160,8	82,2	8,8	67,2
1975	10,413	24,8	114,6	57,6	7,2	71,0
1980	11,174	22,8	74,9	33,0	6,6	71,5
1985	12,102	21,6	50,0	19,6	6,1	71,8
1990	13,179	22,2	39,9	16,0	6,0	74,3
1995	14,395	19,6	30,7	11,1	5,5	75,7
2000	15,398	16,7	18,7	8,9	5,4	77,7
2005	16,165	15,1	18,5	7,9	5,2	78,5
2010	17,066	14,3	19,7	7,4	4,9	79,1

Nota: Las fuentes INE y MINSAL para mismos indicadores y año de referencia pueden tener discrepancias menores en las cifras señaladas. Se privilegió información de MINSAL

Fuente: Elaboración propia, en base a información INE y MINSAL

Cuadro 6. Defunciones por grupo de edad en Chile, bienios 1955-1956, 1974-1975, 2003-2004 y 2013-2014

Grupo de edad (años)	Promedio anual para bienio							
	1955-1956		1974-1975		2003-2004		2013-2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	27499	31,9	15815	20,7	1985	2,3	1759	1,7
1-4	7266	8,4	2394	3,1	392	0,5	284	0,3
5-14	2250	2,6	1689	2,2	560	0,7	385	0,4
15-24	3086	3,6	2620	3,4	1660	2,0	1544	1,5
25-44	9496	11,0	7365	9,6	6284	7,4	5579	5,5
45-59	10576	12,3	10538	13,8	11220	13,2	13022	12,9
60-74	14447	16,7	18628	24,4	23603	27,8	26691	26,5
75 y +	10661	12,4	17440	22,8	39203	46,2	51603	51,2
Total	86258	100,0	76487	100,0	84905	100,0	100865	100,0

Nota: Suma de muertes específicas no coincide plenamente con total reportado, especialmente en 1955-1956 (por registro de algunas defunciones con edad mal definida)

Fuente: Damianovic N, INE 2008, actualizado a DEIS MINSAL 2019 (6,7)

El cuadro 6 presenta la proporción de defunciones ocurridas según grupos de edad, en cuatro bienios distintos: 1955-56, cuando se iniciaba el SNS y se articulaban los centros de nivel primario; 1974-1975 cuando se inicia el gobierno militar que luego llevó a cabo las reformas sanitarias; 2003-2004, cuando se preparan nuevos cambios considerados las reformas de la década del 2000, y 2014-2014. En el primer y tercero de esos bienios y por distintos motivos, se

produce alrededor de 85 mil defunciones anuales. En este relativo similar número de muertes anuales, las muertes ocurren a muy distinta edad y en una población que había aumentado una vez y media. En 2013-2014 las muertes anuales aumentaron a 100 mil defunciones en una población envejecida. (6,7)

En 1955-1956, casi un tercio del total de muertes ocurría en menores de un año (31,9%) y el 42,9% del

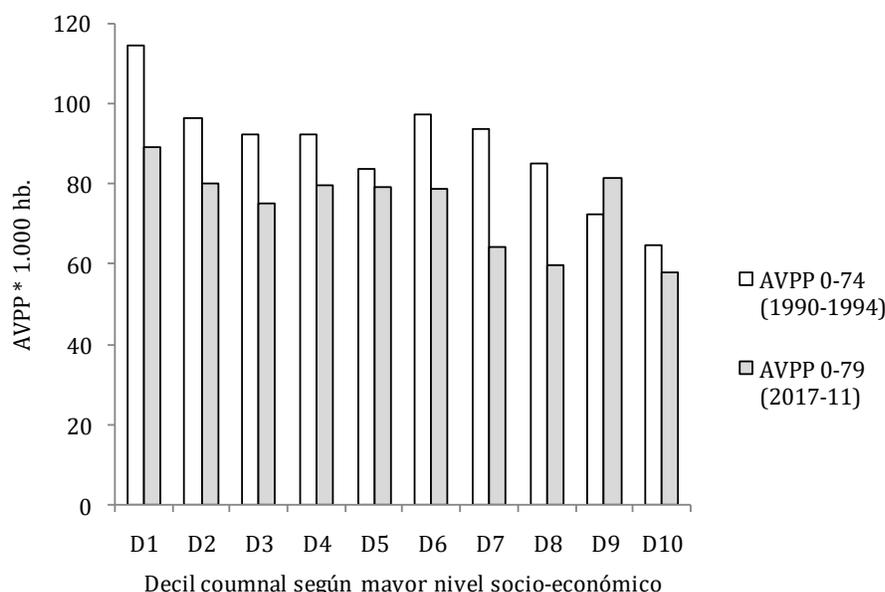
total ocurría en los menores de 15 años. En el bienio 2003-2004, la mortalidad infantil había disminuido a sólo 2,3% y las muertes de menores de 15 años sólo representaban el 3,5% del total de muertes. Esa disminución que refleja de una mejor situación de salud también se refleja en que la proporción de muertes de adultos de 75 y más años sube de 12,4% a 51,2%. La muerte en adultos de 60 años y más llega a constituir tres cuartos de las muertes totales (74,0%). (6,7)

En las últimas décadas, el mejoramiento paulatino de los principales indicadores de salud del aportan evidencias sobre el progreso que ha tenido la salud de la población. Eso también ha ocurrido a nivel sub-nacional, donde es posible afirmar que también se han reducido las desigualdades sanitarias, en especial en aquellos problemas evitables de salud, como reflejados por ejemplo, en el nivel de

mortalidad infantil y de las muertes prematuras (años de vida potencial perdidos o AVPP antes de los 80 años, por cada mil habitantes). (8,9)

En la figura 3 se presenta la tasa de AVPP antes de los 75 años para el período 1990-1994, en los deciles de comunas de Chile agrupadas por nivel de desarrollo socioeconómico (IDSE). También se presenta el nivel de AVPP antes de los 79 años para el período 20016-2011. Ambas estimaciones corresponden a estudios previos del autor. Entre ambos períodos, el segundo indicador resulta más exigente, porque en 1990 se usaba el indicador de tasa AVPP antes de los 65 o 75 años y actualmente se usa en el grupo antes de los 80 años de edad. En el primer período, la razón de la tasa AVPP entre el decil de menor desarrollo (D1) y el de mayor desarrollo (D10) era de 1,77, lo que en segundo período disminuyó a 1,54. (8,9)

Figura 3. Años de vida potencial perdidos por mil habitantes en deciles de comunas según desarrollo socio-económico, en períodos 1990-1994 y 2007-2011, Chile



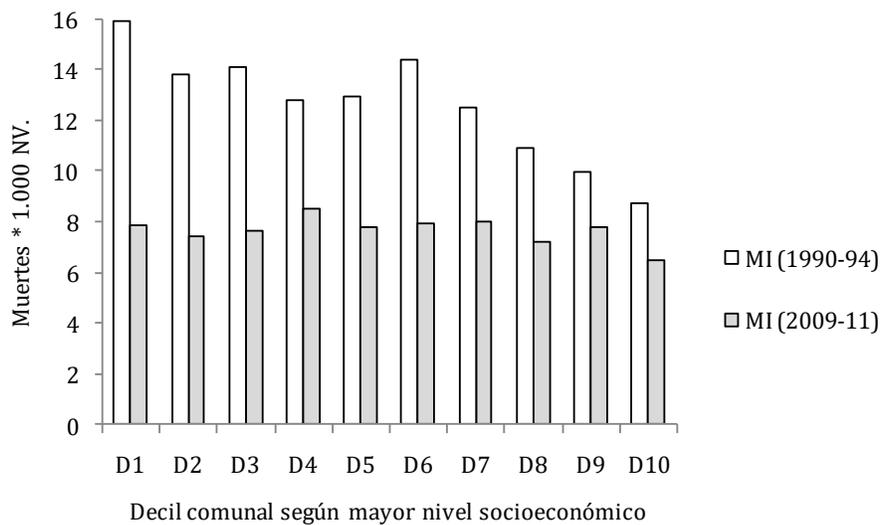
Nota: Indicadores tomaron en algunos años, para una mayor estabilidad de dicho indicador en comunas pequeñas.

Fuente: Gattini C. Tesis doctoral 2004 y Gattini C et al 2013 (8,9)

En la figura 5 se presenta la mortalidad infantil del período 1990-1994, en los deciles de comunas de Chile agrupadas por nivel de desarrollo socioeconómico (IDSE) y del período 20016-2011, destacando que la mortalidad infantil disminuyó en

31,9% y la razón de la tasa mortalidad infantil entre el decil de menor desarrollo (D1) y el de mayor desarrollo (D10) era de 1,82 en el primer período, mientras que en el segundo período esta razón disminuyó a 1,21. (8,9)

Figura 4. Mortalidad infantil en deciles de comunas según desarrollo socio-económico, en periodos 1990-1994 y 2009-2011, Chile



Nota: Indicadores tomaron en algunos años, para una mayor estabilidad de dicho indicador en comunas pequeñas.

Fuente: Gattini C. Tesis doctoral 2004 y Gattini C et al 2013 (8,9)

En la figura 4 se presenta la mortalidad infantil del período 1990-1994, en los deciles de comunas de Chile agrupadas por nivel de desarrollo socioeconómico (IDSE) y del período 2009-2011, destacando que la mortalidad infantil disminuyó en 31,9% y la razón de la tasa mortalidad infantil entre el decil de menor desarrollo (D1) y el de mayor desarrollo (D10) era de 1,82 en el primer período, mientras que en el segundo período esta razón disminuyó a 1,21. (8,9)

COMPONENTES DE LA APS PREVIOS A 1978

Como antesala histórica a las funciones de APS en Chile, destaca que a partir de la primera mitad del siglo 20 y especialmente desde la década de 1920, hubo un desarrollo notorio del sistema de seguridad social y del sistema asistencial de salud en Chile. Destaca el surgimiento de seguros sociales y departamentos de bienestar en distintas empresas y asociaciones laborales (como mutuales y socorros mutuos), en un contexto del llamado Estado de bienestar y en relación a la organización y conquistas sociales de los trabajadores. Las instituciones de protección y seguridad social creadas buscaban cubrir las necesidades sanitarias, educativas, de vivienda y protección social más cruciales de los trabajadores de Chile. (3-5)

Las funciones propias de la APS se fueron desarrollando paulatinamente en centros de

atención de salud que se establecían a través del país y que realizaban, en mayor o menor grado, actividades de protección, prevención y curación de salud. Estos centros pertenecían a diversas entidades autónomas, como es el caso de la seguridad social, la beneficencia y los servicios médicos y sanitarios en municipios y otras organizaciones locales. (3-5)

La existencia de esas entidades que contaban con centros médicos ambulatorios, junto a la necesidad y oportunidad de organizar un servicio nacional integrado, facilitaron la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952, que se constituyó como persona jurídica de administración autónoma, dependiente del Ministerio de Salubridad. Como rol principal, era el servicio “encargado de la protección de la salud por medio de acciones sanitarias y de asistencia social y atenciones médicas preventivas y curativas” (art. 62, Ley 10.383). (1-6,10)

La red asistencial del SNS integró a los establecimientos que previamente pertenecían al Servicio Nacional de Salubridad, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, el Servicio de Seguro Social, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades, y otros. El SNS ocupó un período inicial de alrededor de siete años en el proceso de implementación e integración paulatina, dada la complejidad y esfuerzo que significó organizar el SNS a partir de sus entidades

integrantes originales y la necesidad de cubrir el país con médicos y otro personal calificado de salud. En 1959, el SNS ya contaba con Áreas de Salud establecidas y una red de hospitales, consultorios y postas rurales. (10)

Según la Ley 10.383, la conformación del SNS incluía integrar los servicios médicos y sanitarios municipales, exceptuando “...las funciones que el Reglamento determine que continúen correspondiendo a las Municipalidades, de acuerdo con el Art. 26 del Código Sanitario...” (art.63). Incluso el presidente de la República podía disponer, cuando las circunstancias lo aconsejaban, la incorporación al Servicio Nacional de Salud de otros servicios fiscales, semifiscales o municipales de carácter médico y asistenciales. (art.64). (20)

El SNS logró distribuirse a través de una red nacional que cubrió prácticamente todo el país; estaba dividido en zonas de salubridad, cada una de ellas estaba a cargo de un Jefe médico a tiempo completo, con exclusión del ejercicio privado de la profesión, que tenía bajo su dirección todos los servicios de la zona asignada.

Todos los bienes muebles o inmuebles que se encontraban adscritos a las instituciones o servicios que se incorporaron al SNS, pasaron a depender de esta última entidad (salvo los establecimientos de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social). El personal del SNS estaba sometido al Estatuto de la Administración Civil del Estado. La designación y remoción del personal técnico se hacía siempre previo concurso o sumario, según el caso y los cargos que determinaba el Reglamento debían servirse a tiempo completo (salvo el ejercicio privado de la profesión o de cualquiera otra función remunerada). Las actividades docentes del personal que desempeñara esos cargos debían ser especialmente autorizadas por el Consejo. En la provisión de los cargos se prefería a quienes acreditaran especialización establecida por el Reglamento. (10)

El Artículo 19 provisorio indicaba que “*El personal de las Municipalidades que desempeñe funciones médicas y sanitarias pasará a la planta del Servicio Nacional de Salud, y la Corporación podrá eliminarlo de la planta de su personal*”. (10)

El SNS existió entre 1952 y 1979, relacionado con la asistencia a los beneficiarios de la Caja de Seguro Obrero. Desde 1973 y hasta su término legal en 1979, el SNSS sufrió una severa restricción de sus recursos

en relación al imprevisto inicio de un gobierno autoritario. Desde ese año y hasta el momento de iniciarse el nuevo Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en 1979, el sector público fue sometido a una disminución significativa del gasto social y el financiamiento del SNS, lo que repercutió de gran manera en la disponibilidad de recursos y del funcionamiento de los centros ambulatorios y hospitalarios del SNS. (1-4,10)

Desde 1942 y hasta 1979, los empleados públicos y privados eran cubiertos por el Servicio Médico Nacional (SERMENA), entidad que prestaba atención médica y dental a sus beneficiarios bajo la modalidad de un sistema de libre elección. Para ello contaba con una serie de recintos, aunque lamentablemente en 1973 se dejó abandonado un hospital de SERMENA (conocido como Hospital de Ochagavía), con su obra gruesa ya terminada y que iba a tener cerca de 1.200 camas, edificio inconcluso que nunca fue recuperado para SERMENA o su sucesor FONASA. (1-4,11)

LA APS DESDE 1978

En 1979 (pocos meses después de la Declaración de Alma-Ata), el sistema de salud en Chile fue reestructurado de modo radical especialmente en el ámbito de financiamiento, aseguramiento y atención. Ello ocurrió en forma global (afectando los sectores público y privado) y fue coherente con la reforma neoliberal que fue aplicada en forma global a la economía, la política y al Estado chileno en los años 80, y cuya base estructural aún se mantiene muy similar.

La reforma política, económica y sectorial de salud, alrededor de 1980 asumía que el país iba a tener gran desarrollo económico, y los habitantes tendrían mayoritariamente previsión y atención de salud privada (la que ha sido histórica fomentada). En coherencia, se promovió la privatización del sistema previsional y asistencial, en desmedro del sector público. (2-5)

Bajo el enfoque utilizado en la reforma sanitaria chilena, se esperaba que el Estado asumiera un rol esencialmente subsidiario (focalizado en los más pobres, de cobertura residual) y de corrección de las “imperfecciones” del mercado. En este contexto político y -económico, el sistema asistencial de salud global se descentralizó y se buscó promover su privatización. (1-5)

El nuevo SNSS – heredero en funciones, cobertura y recursos del SNS previo - surgió como

una de las múltiples y heterogéneas entidades, tanto públicas y privadas, que se encuentran abiertas a la atención potencial de toda la población (abiertas al mercado), independiente de la situación de aseguramiento (pública o privada) de cada persona. (1-5)

La expectativa de la reforma sanitaria de los 80s – con marcado énfasis económico – asumía que, con el crecimiento esperado en el país, la mayoría de la población tendría posteriormente suficientes ingresos económicos para poder acceder a seguros y atención privada de salud. (1-5)

El desarrollo nacional fue distinto a lo esperado sobre la eventual industrialización y solidez salarial, de impuestos sistemas de pensiones y previsión de salud. Tampoco se consideró que la atención de salud no es una simple compra de bienes de consumo, sino que es una compleja provisión de bienes y servicios al momento de uso (efecto inmediato), bajo la expectativa de que cada atención provista podría contribuir a un efecto positivo en la salud de cada paciente (efecto mediato o final) y de todos los grupos de la población. (1-5)

En 1982, el país enfrentó una notoria crisis económica, que repercutió aún más en un desfinanciado sector público en salud desde 1973. Conforme al sistema político-económico imperante, se favoreció proteger e incentivar el crecimiento del sector privado, en desmedro del sector público (que mantuvo muy deficiente aporte de recursos a los centros asistenciales del nuevo SNSS). (4,15-17)

Bajo el esperado desarrollo global el sistema de aseguramiento y atención públicos (FONASA y SNSS) cubrirían solo a las personas de menores recursos y pobres (estimadas en 20% en la época, según la Oficina de Planificación, 1980), y quienes fuesen incapaces de acceder al sistema de mercado previsional y asistencial privado, con fondos propios. Bajo ese predicamento gubernamental, el SNSS no requeriría aumentar su infraestructura ni mayores recursos a los existentes en 1980, ya que la gran mayoría de población acudiría al sistema privado, disminuyendo los usuarios del sistema asistencial público (asumiendo una menor necesidad de contar con centros asistenciales públicos, especialmente los hospitales existentes). (1-5)

El crecimiento del sistema previsional privado de salud, principalmente de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) ha sido favorecido desde su inicio, destacando que se les excluyó de la

responsabilidad de otorgar licencias y se les aportó un subsidio estatal adicional de 2% hasta 1995.

A diferencia de ese escenario que auguraba gran expansión de cobertura previsional y asistencial privada, el SNSS aún continúa siendo el principal proveedor asistencial del país a pesar de sus limitaciones de infraestructura y recurso. La red del SNSS sigue superando una cobertura de 80% de la población en muchas de sus actividades asistenciales, y sus centros de APS se ubican en todos los lugares poblados del país, destacando que su acción también alcanza a los grupos más pobres, vulnerables y de sectores rurales del país. (2,12)

En esa época, el sistema público chileno también fue sometido a una descentralización regional y se produjo una atomización y fragmentación de la APS y del SNSS, bajo limitadas condiciones de recurso. (15,16)

En lo que respecta al sistema público, destaca que el diagnóstico y las recomendaciones de OMS en 2008 y 2018 y de la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 (2007), junto a la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud o RISS (OPS, 2010) continúan siendo bastante aplicables a la evolución y situación actual del caso chileno, especialmente al sistema público y la APS. (12-15)

La modalidad de administración municipal se inició en 1981, en un traspaso progresivo de establecimientos desde la dependencia de los Servicios de Salud a la gestión municipal; ello incluyó el patrimonio de los establecimientos y los contratos del personal. La modalidad de administración municipal de salud aún mantiene en general, similares características y el modelo subyacente desde 1981. El sistema de administración municipal se basa en una serie de decretos ley emitidos alrededor de 1979 y 1980 (como el DL 1-3063) que establecen las condiciones del traspaso de servicios públicos a los municipios, con el fin de concretar la descentralización al nivel local, bajo la responsabilidad del gobierno municipal. (1,2)

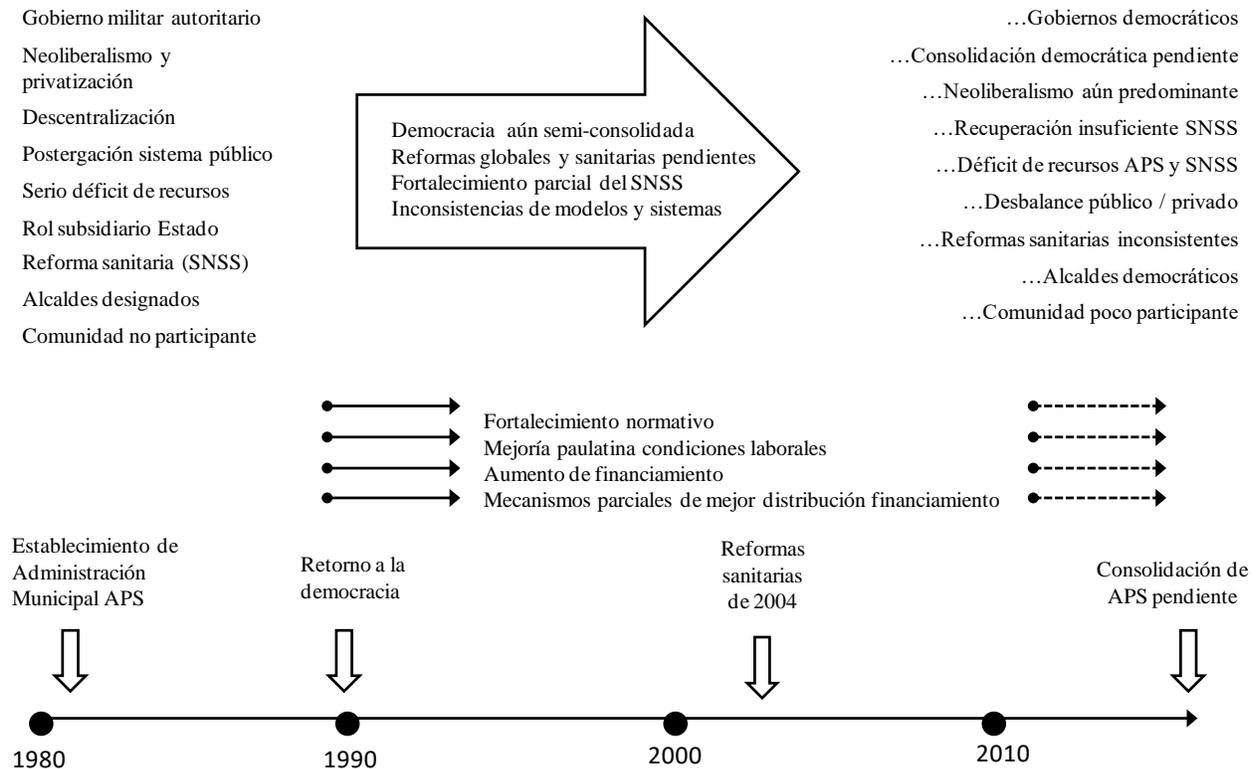
La administración municipal de salud se instauró en un contexto autoritario centralizado en el cual, ya desde 1973 y hasta 1990 los alcaldes eran designados por el Jefe Supremo de la Nación y bajo su exclusiva confianza, con verticalidad de mando. El manejo del municipio era unipersonal (no pluripersonal, con regidores en corporación edilicia). La Junta de Gobierno nacional (gobierno central) asumió la facultad de crear, estructurar, descentralizar,

desconcentrar, fusionar, fijar plantas, ampliar, reducir y resumir servicios, organismos, cargos y empleos, como asimismo trasladar a los funcionarios de acuerdo con las necesidades de las instituciones. (1-4)

En este contexto y especialmente a partir de 1981, es posible reconocer tres hitos en la evolución de la APS propiamente tal en Chile, en los cuales se

mantiene la identificación con el modelo de Alma-Ata de 1978 (figura 5): (a) el establecimiento de la administración municipal de APS, en 1981 (tres años después de su formulación internacional y dos años después de la reforma del SNSS); (b) el retorno a la democracia con la recuperación parcial del sistema público de salud; y (c) las reformas sanitarias de 2004. (1-4)

Figura 5. Contexto histórico de la APS en Chile, desde 1981



Transición demográfica y epidemiológica: urbanización, envejecimiento, enfermedades crónicas, mejor nivel e inequidad en salud

Cambios en necesidades de salud: prevención, enfermedades crónicas, requerimiento de mayor tecnología asistencial curativa

Población objetivo de APS y el SNSS: se mantiene sobre el 80% de la población, especialmente beneficiarios de previsión pública (FONASA). Entre 1980 y 2016, población aumentó en 62,6%

Fuente: Elaboración propia, en línea con esquema de evolución del contexto político y económico y sanitario de SPT y ODM (M. Roses, 2006) (14)

Las municipalidades fueron definidas como instituciones de derecho público funcional y territorialmente descentralizadas, cuyo cometido es dar satisfacción a las necesidades de la comunidad local, y en especial, participar en la planificación y desarrollo económico y social de la comuna. (15-17)

En el primer período (1981-1990), destaca la influencia de que el origen de esta modalidad de administración se impuso bajo un gobierno militar autoritario que adoptó un enfoque neoliberal que

favoreció la privatización y descentralización de los servicios públicos.

Al inicio del traspaso paulatino de centros de APS a la administración municipal, la red de centros distribuidos en todo el país cumplía funciones programáticas importantes y en línea con los principios y objetivos internacionales planteados en 1978 sobre APS. Las limitaciones de APS (que se limitaba a la función del sistema público) se relacionaban esencialmente con la

escasez de recursos y la postergación del fortalecimiento y adaptación en consecuencia, para poder responder de modo efectivo a las necesidades poblacionales locales. (4,15-17)

En ese período, el trabajo comunitario bajo la gestión de alcaldes designados era prácticamente inexistente, dado el estilo político autoritario centralizado y local. El personal de salud había pasado a tener contratos particulares en los municipios y tenían bajas condiciones laborales y de satisfacción (sin posibilidad de agrupación y presión gremial). (4,15-17)

Desde el inicio de la administración municipal, los alcaldes mantienen la facultad de otorgar concesiones administrativas de los servicios municipales, al manejo de administradores privados. Se cuenta con trabajo intersectorial local en algunas iniciativas y se da importancia normativa a la participación comunitaria y al foco en la familia y comunidad. Sin embargo y a pesar de un ambiente democrático, aún no se cuenta con la suficiente participación ni voz activa o contralora de la comunidad, bajo el enfoque original propiciado en Alma-Ata. En cada comuna se cuenta con Consejos de Desarrollo, entidad que potencialmente puede contribuir a mejorar las condiciones y logros de la APS y su interacción tanto intersectorial como con la comunidad. (15)

LA APS DESDE 1990

Desde 1990 en que retornó la democracia, los diversos gobiernos han realizado importantes propuestas y esfuerzos de recuperación del sistema público de salud, incluyendo el fortalecimiento de la APS, buscando recuperar el sentido de lógica pública y servicio social en torno a salud y desarrollo.

Desde entonces, la población chilena ha continuado con un notorio aumento y cambio demográfico. La población aumentó en 40,6% entre 1990 y 2018; la cantidad de mayores de 65 y más años aumentó en 156,5% mientras que la cantidad de menores de 15 años se redujo en 6,3%. Ello, junto al cambio epidemiológico en que destacan el aumento de las enfermedades crónicas y problemas asociados al incremento de edad, lo que implica una notoria mayor demanda a la APS. (18)

Sin embargo y a pesar de los esfuerzos realizados en el sistema global de salud, no ha sido posible recuperar de un modo suficiente la organización, recursos y desempeño de APS. Se

sigue buscando favorecer el desarrollo del sistema previsional y asistencial privado, en desmedro de los sistemas públicos de seguro (FONASA) y asistencial (SNSS). Esa persistente y crítica situación representa una brecha y un desafío a resolver en el sistema público global, pero especialmente en lo que respecta a la APS. (15-20)

Limitaciones del recurso humano calificado (especialmente médico) para enfrentar una gran y creciente demanda, junto al insuficiente financiamiento en muchos de los centros de nivel primario, influye fuertemente en que se mantenga la prioridad en los aspectos curativos y de urgencia. Se ha producido un aumento persistente en la demanda asistencial por parte de la población, lo que sobrepasa la capacidad de respuesta asistencial. Ello limita especialmente la cobertura activa o trabajo directo con la comunidad, fuera de los muros de los establecimientos. Esa situación no permite cumplir a cabalidad el funcionamiento esperado de la APS, en desmedro de la promoción y prevención, y el trabajo con las familias, la comunidad y otros sectores. (15-20)

El SNSS mantiene importantes deudas históricas no saldadas en forma suficiente (destacando el gran desamparo al que fue sometido entre 1973 y 1990, mientras que el propio Estado autoritario favorecía el crecimiento privado). Además, el SNSS no es una institución pública que se pueda autofinanciar en base al cobro de servicios asistenciales prestados a las personas, al momento de uso. (18-20)

Al inicio de la década de 1990 hubo que dar gran prioridad al fortalecimiento de hospitales. Se realizó además una serie de estudios de revisión de los diversos aspectos críticos del sistema público incluyendo la APS, junto a una serie de propuestas de fortalecimiento y adecuación global. Se encontró un conjunto de aspectos críticos en el sistema público de salud, entre los cuales destacaban:

- Falta de adecuación de acciones preventivas
- Falta de acceso a servicios de salud
- Escasez de recursos humanos calificados
- Muy limitada capacidad normativa, supervisora y de control del nivel central
- Incapacidad resolutoria de la demanda asistencial
- Deterioro de infraestructura y equipamiento (3)

Estos aspectos críticos se relacionaban principalmente a la consecuencia de cuatro tipos de

problemas: La transición epidemiológica con aumento de enfermedades crónica que coexistían con aquellas de tipo agudo; insuficiencia de gestión del sistema público (obsolescencia y limitación de sistemas administrativos, de personal calificado y de adecuados sistemas de información); prolongada restricción financiera que provocó fuerte déficit de inversión y operación del sistema (como recursos humanos, equipamiento e insumos); y el desarrollo inorgánico y descoordinado de los sectores público y privado de salud. (3)

Frente a esta situación, los gobiernos de la década de los 90 establecieron a serie de prioridades, ente las cuales destacan el buscar mejorar el acceso a la salud, resolver la crisis hospitalaria, dar impulso la prevención y protección de la salud y rescatar al sector público. (3,17)

Cabe destacar que a pesar que han transcurrido más de dos décadas y media desde la realización de esos estudios y propuestas, todo lo detectado y formulado sigue plenamente vigente, incluyendo las múltiples sugerencias de fortalecimiento y adecuación. Ello se debe a que la recuperación del sector público no ocurrió como originalmente planteado en la década de los 90; las causas de solución pendientes escapan del control del sector salud y de los gobiernos de turno. (1,26,17)

En el período 1990-1994 y debido a las críticas condiciones en que se encontraba la APS bajo administración municipal, se debatieron tres opciones: (a) reintegrar esos centros a los Servicios de Salud; (b) dejar el sistema de gestión municipal tal como estaba; o (c) fortalecer la APS bajo administración municipal. Se adoptó esta última opción, lo que continúa hasta la actualidad. (3,4,23)

En línea con esos estudios y propuestas, el Colegio Médico de Chile convocó en 1993 a un debate nacional con seis comisiones de estudio multidisciplinarias y participación de distintos grupos ideológicos, tras lo cual planteó un "Proyecto de salud para Chile". El diagnóstico de situación incluyó el tema de la APS (que se consideró subvalorada en la práctica) y el "subsistema municipal". Tanto el diagnóstico como las propuestas realizadas aún conservan gran vigencia, aunque no se han producidos los cambios planteados en dichas propuestas. (23-26)

Desde 1990, la capacidad de gestión local de la APS y su interacción con la comunidad se favorecieron parcialmente con la elección

democrática de los alcaldes y concejales (que funcionan como cuerpo colegiado), y se revitalizaron las juntas de vecinos y otras instancias comunitarias. Esto último favoreció el contacto con la comunidad, como propiciado en los objetivos del sistema de administración. (15-17)

Sin embargo, no se ha logrado que haya una transferencia continua y adecuada, de recursos y apoyo de competencias de gestión administrativa y técnica desde niveles centrales y regionales hacia el municipio. En la interacción de diversos niveles de decisión, la distribución equitativa de recursos es esencial para favorecer mejor capacidad de gestión local, frente a las necesidades de la población objetivo. Conforme a la normativa sanitaria y el enfoque de APS, el diálogo entre distintos niveles de planificación tendría que ser tanto del nivel central hasta el local y viceversa, donde los diagnósticos, prioridades y planes formulados a nivel local, sean consecuentemente considerados para la planificación consolidada de niveles regional y central. (27)

El concepto de subsidiariedad del Estado también era uno de principios gubernamentales de la época aplicables a los programas sociales, en los cuales se incluía apoyo de atención pública de salud a aquellos habitantes que no podían acceder al mercado lucrativo y necesitaban asistencia de salud. El concepto de subsidiariedad, bajo la perspectiva neo-liberal predominante, consideraba que los servicios públicos (gratuitos, subsidiados o de bajo costo) se podían utilizar cuando existieran limitaciones de la empresa privada para proveer servicios que satisficieran necesidades de la viuda urbana. (2-4)

Mientras que parte importante de los ingresos del SNSS son gubernamentales (provenientes a su vez principalmente de los impuestos generales), otra parte proviene otros ingresos recolectados por FONASA, especialmente de cotizaciones de sus afiliados. Una escasa proporción proviene de ingresos propios por atención al momento de uso. (28,29)

FONASA determina en base a estudios y decisiones propias, y de un modo principalmente histórico ajustado, los pagos que corresponde hacer al SNSS por prestación y otros mecanismos financieros. Esos fondos resultan ostensiblemente insuficientes para recuperar los costos por gastos realizados, en los centros. (28,29)

El Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) surge en 1990 como iniciativa del MINSAL, con el objetivo de fortalecer algunos problemas de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial de la APS. (10)

A través de los convenios establecidos entre los Servicios de Salud y los administradores municipales, en los que se compromete la transferencia de fondos para la realización de actividades no comprendidas en el Plan de Salud de la APS ni financiada por vía per cápita. (10)

Las orientaciones técnicas de cada PRAPS instruyen a los administradores sobre las acciones a realizar en plazos comprometidos y sus estándares de calidad.

La información y el monitoreo del desempeño programático y de los centros de nivel primario es fragmentado, reportándose algunas de las actividades en los REM, otras en sistemas de registro específicas (Plataforma Chile Crece Contigo) y la rendición de los montos asignados mediante la Plataforma de rendición de cuentas SISCOT.

El no cumplimiento de algún PRAPS exige la re-liquidación de las transferencias pactadas.

Algunos Convenios PRAPS incluyen:

- Programa de Resolutividad en Atención Primaria
- Programa de Exámenes de Laboratorio
- Programa de Resolución de Especialidades Ambulatorias
- Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad
- Atención Domiciliaria Integral
- Imágenes Diagnósticas
- Programa Odontológico para Personas de Escasos Recursos, Odontológico Integral, GES Odontológico, Sembrando Sonrisas
- Programa SAPU
- Programa Fondo de Farmacia
- Programa Vida Sana
- Programa de Espacios
- Programa Mantenimiento e infraestructura
- Programa MAIS

- Programa apoyo al desarrollo Biopsicosocial
- Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (10)

LA APS DESDE LA REFORMA SANITARIA DE 2004

En 2004 se realizó un conjunto de cambios institucionales y legales relacionados con la organización del sistema global de salud, lo que fue denominado formalmente como reforma sanitaria. Como reflejado en la Ley No. 19.337 (2004), se buscó establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. (30)

Sin embargo, ello no modificó la base misma del modelo subyacente ni la estructura del sistema de salud que sigue bastante vigente desde 1979, tanto respecto al sistema sanitario y el SNSS en general, como a la APS en particular.

La reforma de 1979 había separado las funciones en la rectoría, gestión y desempeño, junto a la descentralización ocurrida a nivel regional y local. Sin embargo en 2004, esas funciones se volvieron a unir en torno al Ministerio de Salud, en desmedro de una gestión local más autónoma, efectiva y centrada en las necesidades locales de salud. El Ministerio de Salud asumió no sólo como ente rector y normativo central del sistema público, sino que se convirtió en gerente superior del SNSS (algo similar al antiguo SNS, que incluso era una entidad estatal distinta al Ministerio de Salud). En consecuencia el (SNSS) se transformó de facto en un sistema ministerial de salud, de fuerte centralización gerencial. (30)

En forma adicional, se estableció el Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES) que buscaba enfatizar la promoción y prevención, que en la APS se trataría la mayor parte de problemas prioritarios de salud, garantizando una atención oportuna y de calidad. La aplicación del Programa GES en el nivel primario de atención y APS ha sido considerada en el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario. (31)

La incorporación del Régimen de Garantías Explícitas, aplicado progresivamente hasta 80 patologías, ha aumentado la responsabilidad e intervenciones requeridas por grupos específicos de población.

El planteamiento de la reforma sanitaria, el Régimen GES y la formulación del Modelo de Atención Integral, si bien fueron planteados como

avances en el resguardo al derecho a la salud, no fueron suficientemente coherentes ni atingentes para poder fortalecer el desempeño del SNSS en general y de la APS en particular. Hasta la actualidad, se mantiene una serie de exigencias del programa GES sobre los centros APS para que cumplan dicho régimen legal y se han aportado fondos adicionales. Ello incluye la obligación de acreditarse exitosamente para ser considerados “prestadores asistenciales” del programa GES, pero las condiciones de muchos de los centros resultan notoriamente insuficientes para poder cumplir adecuadamente con las condiciones de desempeño ante la gran demanda generada por la necesidad de actividades GES. (31,32)

La infraestructura, equipamiento, personal y financiamiento tampoco se ha adaptado en consecuencia para responder adecuadamente a las exigencias legales del régimen GES. Ello ha provocado un mayor des-financiamiento de APS y el SNSS, y beneficiado al sector privado, pues allí se derivan los casos no resueltos en el sistema público, lo que implica un mayor costo asistencial que deben financiar los Servicios de Salud. Además, ello ha llevado a una postergación mayor del resto de las actividades asistenciales (80% del total) que no son cubiertas por dicho régimen. (29)

Desde la perspectiva de administración municipal de APS, la aplicación del Programa GES ha producido un notorio impacto en la prioridad de las intervenciones de APS; pues incorpora beneficios en actividades relevantes incluidas en dicho Programa, aunque ha aumentado el déficit financiero global de la APS. (19,22,23)

Las reformas específicas de la de la década del 2000 (como la Ley de Autoridad Sanitaria y el Programa AUGE), han permitido un mayor recurso en el SNSS, han contribuido a resolver algunos aspectos críticos parciales del SNSS. Sin embargo y de modo previsible, se mantienen o incluso acentúan falencias cruciales no resueltas, debido a que se continúa inalterable con el modelo neoliberal y cuasi-mercado interno y externo al SNSS, a la vez que el sistema de salud continúa sometido a limitaciones no resueltas cabalmente, de recurso, infraestructura, tecnología, financiamiento y de recursos humanos, que incluso debe derivar usuarios propios a la atención del sector privado (que es beneficiado mientras se produce un mayor empobrecimiento público). (19,22,23)

No existen sistemáticos reportes formales difundidos sobre evaluaciones exhaustivas integrales, objetivas y propositivas al respecto, que permitan estimar en forma más precisa las brechas existentes, como base necesaria para una debida planificación. Los resultados de la evaluación del Plan Nacional de Salud 2001-2010 fueron bastante positivos, en términos epidemiológicos globales.

Los objetivos decenales de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (especialmente el Objetivo 7 sobre el “Fortalecimiento del sector salud”) no especifican los arreglos específicos de estructura, recursos y desempeño que son necesarios realizar concretamente, en el período indicando entre otros, qué recurso preciso y oportuno se incluirán en ese Plan para el planeado cumplimiento de dichos objetivos, a todo nivel y según necesidad. Dicho plan tiene también versiones similares a nivel de cada Región. (33)

Hasta la actualidad, el nivel primario de atención de las redes asistenciales del SNSS sigue concentrado especialmente en desempeñar las funciones esperadas en APS, incluyendo planificación, programación, ejecución y evaluación de acciones relacionadas con promoción y prevención específicas, como la alimentación complementaria, programas de inmunizaciones, control de natalidad, controles de salud en grupos vulnerables y atención calificada del parto, los que han sido esenciales.

La atención curativa, tanto electiva como de urgencia que se realizan a través de todo el país, mantiene un importante rol de prevención secundaria. Sin embargo y en relación a la limitación de recursos, se tiene a priorizar la labor intra-mural (al interior de centros asistenciales) en desmedro de la labor enfocada en la comunidad. A ello además contribuye la persistencia del modelo biomédico que se puede encontrar en la APS. (19)

Respecto al inicio del sistema de administración municipal de salud en 1981, destaca que se ha producido un mejoramiento normativo importante pero parcial de la APS, con progreso parcial en las condiciones laborales del personal de APS, notorio aumento de recursos y adopción de mecanismos financieros que procuran una distribución financiera más eficiente y equitativa. También se ha producido una mayor amplitud e integración del equipo de salud en cada centro.

A pesar de toda esa mejoría de la APS, se mantienen aspectos críticos relevantes en la APS y sus objetivos aún no se consolidan conforme a sus expectativas originales, al menos para superar situaciones críticas que se podrían resolver y que son claramente percibidas por usuarios y personal de salud de APS. Por ello, las causas de la crisis mantenida y falta de solución deben ser exploradas principalmente en el contexto político y económico en que sigue inmersa la APS.

En general, la multiplicidad de oficinas, departamentos y corporaciones de salud municipales han logrado un gran desarrollo y experiencia en la gestión de APS. Sin embargo, esa capacidad se hace variable y vulnerable con los cambios de alcaldes (especialmente de distintas coaliciones), lo que puede producir la llegada de nuevos funcionarios a asumir funciones de gestión. Asimismo, esa capacidad local no es suficiente para contrarrestar los aspectos críticos del recurso, desempeño e inequidad asistencial, los exigentes requerimientos normativos ministeriales y las demandas de atención originadas por el programa GES.

En 2011, Ministerio de Salud planteó la posibilidad de terminar con la administración municipal, lo que tuvo rechazo gremial y falta de eco en los diversos sectores políticos. El documento base en salud de la coalición gobernante del gobierno 2014-2018, la Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, publicó un documento denominado “*La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. Documento final*” (marzo de 2014). Allí se identifican y priorizan los problemas críticos de la APS que debieran ser mejorados en aspectos esenciales como financiamiento y personal, pero sin mayor detalle de propuestas concretas de acción, ni se refiere al sistema de gestión municipal. En relación a esa propuesta programática, se realizó algún fortalecimiento de la APS, pero no hubo alguna reforma a la estructura existente.

A su vez, el Programa de Salud gubernamental 2018-2022 incluye una serie de medidas destinadas a fortalecer la APS, en un contexto de cambios y fortalecimiento global del SNSS. Allí se formula una reforma a la atención primaria, para fortalecerla considerando entre otros aspectos, darle mayor capacidad resolutoria, mejorar la red de centros primarios y potenciar la participación de la

comunidad. Destacan los siguientes aspectos de dicho programa:

- Reforma a la salud primaria: consultorios y CESFAM modernos y resolutivos.
- Fortalecer la atención primaria dándole mayor poder de resolución de los problemas de salud. Elevar las competencias y crear carrera de especialidad para médicos de atención primaria.
- Creación de unidades médicas de especialidad de mayor déficit: otorrinolaringología, anestesiología, traumatología, oftalmología y atención odontológica.
- Nuevo Portal Ciudadano de Salud para, entre otros, toma de horas online y revisión de exámenes.
- Implementar Ficha Clínica Online para todos los ciudadanos, accesible desde cualquier centro de salud, y un Programa Nacional de Telemedicina, que mediante las nuevas tecnologías conecte al paciente con su médico de atención primaria y el médico especialista.
- Potenciar la participación comunitaria incentivando el funcionamiento de los Consejos Consultivos de Salud y desarrollando proyectos multisectoriales hacia la comunidad.
- Creación de red de consultorios y centros de salud familiar de alta calidad.

ASPECTOS RELEVANTES DE LA EXPERIENCIA DE LA APS EN CHILE

En los capítulos siguientes se aportará un mayor grado de detalle de los aspectos institucionales, de estructura y desempeño de la APS y el SNSS, así como el aporte de otros sectores y actores, que han estado contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de la APS, en torno a mejor salud y desarrollo.

La experiencia ocurrida en relación a la APS en Chile permite relevar logros, aspectos críticos y desafíos que periódicamente son revisados por las autoridades políticas, económicas y sanitarias, así como por distintos grupos de la sociedad, con el fin de conocer sobre su contribución y la necesidad de mayor adecuación y fortalecimiento.

Destacan los siguientes aspectos relevantes y desafíos:

- La salud como derecho y objetivo social, en concordancia con Alma-Ata, sigue siendo

considerada como un valor esencial en la normativa chilena. Sin embargo en su aplicación, es formalmente enfocada en relación a la población objetivo del sistema público de salud y especialmente en los inscritos en APS. La salvedad es dada por programas de promoción y preventivos como las inmunizaciones y el Programa GES, que aplica a toda la población.

- El enfoque planteado en Alma-Ata se aplica en general al SNSS, pero no se enfatiza de igual modo la estrategia global a lograr a nivel nacional y en cada comunidad. Según los compromisos asumidos por el país, se requiere liderar una efectiva acción global que incluya el compromiso de acción del gobierno y de toda la sociedad, en torno a la estrategia para el desarrollo según los objetivos globales de Alma-Ata y Astaná.
- Aún no se ha logrado plenamente el objetivo de que la APS pueda ser el núcleo y la base de todo el sistema de salud (y que no debiera ser solo el SNSS) ni que la comunidad se convierta en un actor participativo relevante. La tendencia histórica es que la APS ejercida por el nivel primario del SNSS sigue siendo considerada en la teoría como la base esencial del sistema de salud, pero en la práctica es tratada como la función de un nivel de menor categoría, destinado a los más pobres, dependiente de una autoridad central de modo vertical y sin capacidad efectiva de gestión local que entre otras cosas, pueda responder de modo pertinente a las diversas necesidades de salud de las poblaciones objetivo de cada comunidad.
- El enfoque normativo del Ministerio de Salud asume los conceptos esenciales de Alma-Ata y los incluye en su documentación relacionada con APS, con responsabilidad y participación del nivel comunitario local. Pero simultáneamente aplica una gestión central de alta influencia vertical, con programas selectivos, y escasa retroalimentación efectiva desde el nivel primario de atención, lo que limita considerar de nodo efectivo a las necesidades y la participación activa de cada comunidad local.
- El contexto institucional del desarrollo de la estructura y desempeño de la APS en el nivel primario de atención de las redes asistenciales, se ha favorecido por: (a) el desarrollo económico y estructural del país (b) el énfasis dado al sector social y rol subsidiario del Estado en los distintos gobiernos; y (c) el desarrollo del SNSS, con su

sólida organización nacional e importante red de centros asistenciales distribuidos en todo el país, alcanzando una gran cobertura nacional.

- La evolución histórica de la demanda asistencial continúa con importante e imparable crecimiento, debido a factores como el aumento y envejecimiento de la población, con aumento importante de problemas de salud y requerimiento de una medicina más compleja. Ello representa un importante aumento en la necesidad de contar con mayor y más complejo recurso, aunque sea el necesario a disponer en cada centro asistencial de nivel primario.
- Se han realizado importantes esfuerzos de fortalecimiento del nivel primario y el SNSS, especialmente desde 1990, pero la situación actual sigue reflejando la mantención de las ventajas y limitaciones dependientes de la estructura establecida por las reformas sanitarias aplicadas principalmente entre en 1979 y 1981 (que fue radical y de tipo neoliberal), junto a la ocurrida en 2004 (que fue parcial, manteniendo el mismo modelo subyacente).
- La reforma sanitaria de 1979 se realizó bajo el escenario proyectado y no ocurrido, de que el país tendría gran crecimiento económico e industrial, con un gran crecimiento del sector privado y condiciones de ingreso y vida de la población. Bajo esas expectativas, se asumía que el SNSS estaría destinado a cubrir sólo una minoría de población (especialmente los pobres), mientras que la mayoría de habitantes utilizaría al sector privado. El país tuvo gran desarrollo económico pero el escenario esperado no se cumplió en cuanto a capacidad de los habitantes para acceder al mercado privado de salud. Por ello, la mayoría de la población aún continúa siendo beneficiaria del FONASA y usuaria del SNSS, pues “el consumo” privado de atención de salud no está al alcance de la mayoría de población, especialmente por su alto costo en relación a los ingresos económicos de los salarios.
- En consecuencia, cuatro de cada cinco chilenos siguen recurriendo al sistema asistencial público, aunque este tenga críticas limitaciones asistenciales para responder a cabalidad a todas las necesidades sanitarias. En esa elección influyen las bajas expectativas de acceso económico a servicios asistenciales privados, a pesar de que la mayoría no es población

- catalogada de pobre, dado que el costo por el “consumo” en salud puede ser alto.
- La capacidad de desempeño de los centros de nivel primario no solo tiende a ser sobrepasada por las grandes necesidades de salud de la población, sino que también por las exigentes normas programas ministeriales centrales que no consideran al mismo tiempo, los recursos y capacidades existentes a nivel local.
 - Se mantiene una fragmentación e inequidad asistencial en el SNSS, en lo que respecta a la APS bajo responsabilidad del nivel primario. Entre otros aspectos, ello es consecuencia de la descentralización regional y local (gestión municipal) de los centros de las redes asistenciales, establecida por la reforma neoliberal del sistema de salud y bajo los lineamientos del modelo propiciado por el Banco Mundial. En el caso chileno, la iniciativa internacional que el Ministerio de Salud adoptó en su normativa para la integración de redes asistenciales (estrategia RISS) es un intento de respuesta a la fragmentación existente de los sistemas de salud reformados que se ha producido en muchos países, incluyendo Chile.
 - La desigual disponibilidad de recursos asistenciales entre distintas áreas y grupos de población es difícil de remediar en el corto y mediano plazo. Los esfuerzos que se han hecho, especialmente desde 1990, se han concentrado en el apoyo de las comunas y grupos de población más pobres (con mayor vulnerabilidad y carga evitable de enfermedad y muertes). Eso aporta una contribución parcial a la reducción de inequidad, y el desafío apunta a considerar también a quienes han dejado de ser pobres pero que no cuentan con medios para acceder a mejor asistencia sanitaria (considerando, por ejemplo, el alto pago de bolsillo por compra de medicamentos).
 - Para que la normativa ministerial pueda ser aplicable de modo adecuado y efectivo en cada centro asistencial de nivel primario, es importante poder estimar a todo nivel y en debido detalle, qué recurso y otras condiciones institucionales se necesitan para llevar a cabo la normativa ministerial total. Al ser poco aplicable en muchos de esos centros, el modelo normativo mantiene una brecha teórico-práctica importante.
 - A pesar de la inequidad sanitaria actual, ésta se ha reducido en las últimas décadas, y además dicha inequidad sería mucho mayor en el caso que la APS del SNSS no existiera, en detrimento de la situación de aquellos grupos de población pobres y vulnerables que tienen mayor nivel de riesgo, morbilidad y mortalidad evitable mucho mayor, peor calidad de vida y nivel de salud y desarrollo.
 - El Programa GES se basa en el principio del derecho a la salud y garantías de acceso oportuno a la salud, en 80 problemas específicos de salud de la población que tienen prioridad y garantía de atención. Sin embargo, quienes no pueden acceder a dicho Programa por tener otro tipo de problema, tienden a ser postergados en su atención; ello se evidencia por las serias listas de espera y otros problemas de falta atención oportuna y efectiva que ocurre en los enfermos informalmente denominados “no GES”.
 - El nivel primario del SNSS y los municipios juegan un rol crucial sobre la participación comunitaria y el trabajo intersectorial local. No se cuenta con información sistemática para conocer mejor la cobertura y aporte concreto de esas acciones. El municipio coordina la planificación y acción del trabajo intersectorial, especialmente del sector social, y también en la aplicación de algunos programas nacionales como Chile crece Contigo. Es importante poder conocer mejor y enfatizar sobre este aspecto tan importante para contribuir más explícitamente al logro de objetivos globales de la estrategia de la APS.
 - En general, las limitaciones para resolver las deficiencias y aspectos críticos de la APS se encuentran fuera del sector salud. Hay un bajo conocimiento, empoderamiento y participación ciudadana e insuficiente legislación y tributación para asegurar la sustentabilidad del SNSS. El enfoque neoliberal sigue favoreciendo al mercado privado y la privatización (directa o indirecta) del sistema público, como el caso de hospitales públicos que se ponen bajo concesión privada.
 - El actual sistema global de salud, así como el contexto del sistema político y económico predominantes en el país, también datan desde hace cuatro décadas. Ello se mantiene bastante similar a pesar de la acción de gobiernos de distinto signo ideológico y con diverso enfoque del rol estatal en salud y desarrollo. Es posible entonces asumir que en el corto y mediano plazo, las condiciones estructurales del sistema de salud

probablemente no permitirán realizar cambios sustantivos en el sistema público de salud y en la APS.

- Existente valiosos antecedentes y estudios, especialmente desde 1990 y hasta la actualidad, que han propuesto alternativas de fortalecimiento y reformas al sistema de aseguramiento o asistencial en Chile, el financiamiento (de las entidades y los adscritos o usuarios), la cobertura de población y de beneficios, y la solución a las brechas entre recursos de aseguramiento y provisión de servicios respecto a las necesidades sanitarias. Dichas propuestas siguen siendo en general muy válidas y vigentes, aunque cabe revisar la factibilidad de que el SNSS en general y la APS en particular se puedan fortalecer y adecuar en torno a sus objetivos, como respuesta a las necesidades sanitarias de los diversos grupos de la población.

REFERENCIAS

- Gattini C., et al. (2014) "Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013". OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014. Acceso: <http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revisión%202013.pdf>
- Larrañaga O. (2010) El Estado Bienestar en Chile: 1910 - 2010. En Cien Años de Luces y Sombras, Ricardo Lagos R. Ed. Documento de Trabajo PNUD. Marzo de 2010 Taurus, Santiago,
- Friedmann R. (1995) "Análisis institucional del sistema de salud chileno" en El sistema de salud en Chile ante la descentralización política, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.11-278.
- Miranda E., Descentralización y privatización del sistema de salud chileno. Estudios Públicos Nº 39, 1990. CEP Chile, 1990. Disponible en: http://www.cepchile.cl/1_1640/doc/descentralizacion_y_privatizacion_del_sistema_de_salud_chileno.html#.Vg1KCPI_Oko
- Gattini C. y Barrera R. (2016) la salud y el sistema de salud en Chile, en el contexto bio-demográfico, socio-económico y normativo. Documento de Trabajo Nº 1 / 1996. UNEDI - Colegio Médico de Chile
- Damianovic N. (2008) Población y Sociedad. Aspectos demográficos, Período de la Información 1950 - 2004. INE 2008 Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_en_ero09.pdf
- DEIS-MINSAL (2012) Estadísticas vitales de Chile 2009. Disponible en: http://deisdeis.minsal.cl/deis/indicadores/INDICADOR_RES_2009.pdf
- Gattini C. (2004) "Analysing variations in needs, resources and use of health care in a health system context. A basis for monitoring equity in the National System of Health Services in Chile, PhD Thesis, LSHTM, University of London 2004.
- Gattini C., Chávez C y Albers D. (2014) "Comunas de Chile según nivel socio-económico, de salud y desarrollo humano. Revisión 2013. OCHISAP 2014. Acceso: <http://www.ochisap.cl/images/ComunasChile.pdf>
- Ley 10.383 "Modifica la Ley No. 4.054, Relacionada con el Seguro Obligatorio" Acceso:
- Sebastián Aguilar O (2015) Historia del Hospital De Ochagavía. Biblioteca de MINSAL Ministerio de Salud. Publicado originalmente en Revista Evavisión Cultura, Nº 7. Acceso: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/12/Hospital-Ochagav%C3%ADa.pdf>
- Narbona K. y Durán G. (2009) Caracterización del Sistema de Salud Chileno. Enfoque laboral, sindical e institucional. Cuadernos de Investigación No. 11 Fundación Sol: Marzo de 2009. Disponible en: www.proyectoaraucaria.cl
- Organización Panamericana de la Salud (2007) Agenda de Salud en las Américas 2008-2017. OPS/OMS: WDC. Disponible en www.paho.org
- Roses M. (2006). La salud en las Américas. Logros y desafíos. Conferencia magistral de la Directora OPS/OMS en la Habana, 2016
- Heyermann B. (1995) "Municipios, descentralización y salud" en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.5-162.
- Ruiz J. (1995) "Municipio y servicios sociales. La experiencia chilena." en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.163-251.
- Morales E., Pozo H. y Rojas S. "Municipio, desarrollo local y sectores populares". Materiales de difusión FLACSO: Marzo de 1988
- Gattini C. (2019) Situación de Salud de Chile 2018. Serie Salud en las Américas. Reporte para la Oficina Chile de OPS/OMS, Enero de 2019.
- Montero J., Téllez A. y Herrera C. (2010) Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos, Centro de Políticas

- Públicas y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Temas No. 5, No. 38, Septiembre 2010.
20. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, “La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos”, Documento final, 17 de marzo de 2014
 21. Gattini C. (2015) “Cumplimiento de objetivos de la administración municipal de salud” (2015) OCHISAP, Octubre 2015. Disponible en <http://www.ochisap.cl/index.php/176-cumplimiento-de-objetivos-de-la-administracion-municipal-de-salud>
 22. Vargas V (2011) Revisión crítica de la fórmula de financiamiento en la AP Presentación UAH. Disponible en: http://www.achm.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_DE_SALUD_MUNICIPAL_MACRO_ZONA_SUR_VALDIVIA/PPT12.pdf
 23. Casanova C. (2009), Estudio análisis de requerimiento de actualización, ajuste y aumento del aporte estatal en contexto del financiamiento de la APS municipal en Chile. Publicación ACHM 2009.
 24. Solimano G.(1993) Gestión del sistema de salud: Cursos de acción para el rediseño, en “Un proyecto de salud para Chile”. Cuad. Med. Sociales Vol XXXIV, No 4, Santiago de Chile, Noviembre 1993 pp 6-13
 25. Giaconi J., Valdivieso V. y Guiraldes E. (1993) Algunas ideas para contribuir a la reforma del sector salud en Chile, Cuad. Méd. Soc XXXIV, 4, 1993/ 14-17
 26. Fuentes R. y Verdesi D. (1993) Sistema Nacional de Servicios de Salud. Apuntes para un perfeccionamiento de su estructura y funcionamiento, en “Un proyecto de salud para Chile”. Cuad. Med. Sociales Vol XXXIV, No 4, Santiago de Chile, Noviembre 1993 pp. 38-44
 27. Ministerio de Salud (2016) “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016”. Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
 28. Debrott D (2015) Financiamiento de la APS Municipal. Congreso de Salud Primaria Municipal Viña del Mar, 16 a 19 de junio de 2015
 29. Goldstein E. (2018) El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. Marco para un debate sobre desmunicipalización. Asesoría Técnico parlamentaria Biblioteca del Congreso nacional. Acceso: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26811/2/BCN_Gobernanza_salud_y_demunicipip_ara_reposit_final.pdf
 30. Ley No. 19.337 (2004) “Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana”. Acceso: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-553_recurso_1.pdf
 31. Ley N° 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Acceso: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.html>Autoridad
 32. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
 33. Ministerio de Salud (2011) Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Ministerio de Salud, 2011. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

3. MODALIDAD INSTITUCIONAL DE LA APS EN EL SNSS

La aplicación del enfoque y principios de la atención primaria de salud al sistema chileno de salud es determinada por el Ministerio de Salud, que es la autoridad sanitaria, ente rector y regulador del sistema. Dicha autoridad suscribe todos los principios y declaraciones globales de la APS y los aplica al contexto chileno, aunque solo cubre formalmente a la población inscrita en APS, en los centros de nivel primario de atención del SNSS.

FUNCIONES DE APS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

El sistema de salud chileno global tiene una naturaleza mixta, con una heterogénea mezcla público/privada de distintas entidades que cumplen sus diversas funciones, ya sean de rectoría, regulación, financiamiento, aseguramiento o provisión de servicios. El financiamiento del sistema global proviene principalmente del Estado, cotizaciones previsionales de los asegurados y de pago al momento de uso. (1-4)

El rol rector del sistema es ejercido por el Ministerio de Salud (MINSAL), que incluye la conducción, regulación, fijación de políticas y planes generales de salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios y la supervisión de funcionamiento del sistema. El Ministerio de Salud mantiene una normativa vigente, cuenta además con una Subsecretaría de Redes Asistenciales para mejor coordinación e integración de esas redes en los 29 Servicios de Salud que son responsables de la población de áreas geográficas asignadas, e interactúa de un modo intersectorial con otros ministerios y organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como organismos de la sociedad organizada. (1-5)

Los principios conceptuales y normativos de la APS en Chile son determinados por MINSAL, destacando que la modalidad formal de APS y la normativa de los programas de salud aplican solo al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), entidad asistencial pública que en sus distintas actividades cubre aproximadamente al 80% de la población. La cobertura institucional de APS reconoce al 70,5% de población que siendo beneficiaria de FONASA (79,5% de la población) se inscribe formalmente en APS en los centros de nivel primario de atención del SNSS. (2,5)

La mayoría de estos centros (90,5%) está bajo la administración municipal en salud. El resto depende directamente de las Direcciones Servicios de Salud, incluyendo hospitales de baja complejidad que

también realizan funciones ambulatorias de nivel primario. (2)

Los Servicios de Salud son responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir el Código Sanitario en las materias que le compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. (1,2)

El marco normativo y programático de MINSAL considera a la APS como: (a) *una estrategia y acción sanitaria* en línea con Alma-Ata y (b) *el nivel primario de atención* de la red asistencial de los Servicios de Salud del SNSS, con una serie de prestaciones o servicios, en línea con el enfoque y recomendaciones internacionales sobre APS).

El modelo chileno considera a la APS como “*una asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos y familias de la comunidad*” y desde 2005, se ha incluido el enfoque de APS en el “*Modelo de Atención de Salud Integral de Salud Familiar y Comunitaria*”, aplicado en los centros de nivel primario que desempeñan funciones de APS. (6)

Los centros del nivel primario de atención son frecuentemente denominados de APS, por cuanto el marco institucional del Ministerio de Salud ubica la APS como una función desempeñada en los centros de nivel primario de atención (cuadro 7). (6,7)

El desempeño de la acción de APS a nivel local es realizado principalmente por los equipos asistenciales de los establecimientos de nivel primario de atención, los que requieren contar con competencias y responsabilidades específicas para el desempeño de los planes y programas de salud en su población objetivo. Las actividades de APS incluyen servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, junto a trabajo directo con la comunidad y otros sectores, y apoyo a cuidados de condiciones del ambiente, en caso necesario. (1,2,5)

Cuadro 7. Perspectivas de APS según Alma-Ata y en el nivel primario de atención del SNS

Componentes de la Definición de Alma-Ata	Características de APS en el nivel primario	Rol y funciones del nivel primario
Asistencia sanitaria esencial...	Uso de capacidad y competencias esenciales y necesarias	Nivel con personal y capacidad tecnológica resolutoria de menor complejidad, pero esencial
	Uso de tecnología apropiada	Equipamiento apropiado a recursos y capacidad resolutoria requeridos
	Cubre todas las etapas de servicios asistenciales esenciales	Promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (nivel individual y colectivo).
...Accesible a todos los individuos y familias de la comunidad	Cobertura universal en la comunidad (población objetivo)	Continuo contacto con toda la población a cargo (acceso universal)
		Responsabilidad continua sobre la salud de las personas (a través del ciclo vital)
...A través de medios aceptables para ellos	Considera la cultura global y sanitaria de los diversos grupos de la comunidad	Personal y servicios asistenciales adaptados para cubrir el mosaico cultural, considerando criterios en salud de la comunidad
...Con su plena participación...	Participación activa de la comunidad	Participación de la comunidad en APS y servicios de salud incluyendo control social
...Costo asequible para la comunidad y el país	Disponibilidad y distribución de recursos suficientes, factibles de lograr y sustentables en el tiempo	Desempeño coherente con recursos disponibles y sustentables en el tiempo
...Es el núcleo del sistema de salud del país	Primer contacto con la comunidad	Tiene cobertura directa de la población asignada a cargo
	Es componente esencial de las redes asistenciales	Coordina el acceso de la persona al rango de servicios que ofrece el sistema
		Es un filtro del sistema y determina necesidades asistenciales de salud
...Forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad	Trabajo intersectorial	Liderazgo y colaboración en trabajo intersectorial, en torno a salud y desarrollo
	Estrategia pro equidad y desarrollo humano	

Fuente: Elaboración propia

En 2012, la autoridad ministerial precisó que “*El Modelo de Atención Integral en Salud es uno para toda la red asistencial y que alineados con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) se reconocen como principios irrenunciables para un sistema de salud basado en APS; centrado en las personas, la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado.*” (6)

El mismo enfoque se reitera en las “*Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*”, del año 2018. A su vez, la atención integral de salud es allí definida como “... *el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas*

consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración a su medio ambiente físico, social y cultural”. (7)

Ese modelo estipula un Plan de Salud Familiar cuyo conjunto de prestaciones responde a las orientaciones y programáticas vigentes del Ministerio de Salud, así como los objetivos sanitarios del país y los cambios demográficos y epidemiológicos, que representan diversas necesidades de salud de la población. Dicho plan contiene una serie de actividades relacionadas con la salud infantil, adolescente, mujer y adulto; incluye además actividades de salud oral y generales para

todos los grupos. También se le ha incorporado las actividades del Programa de Garantías Explícitas de Salud (GES) que corresponde realizar en el nivel primario de atención. (6-8)

El enfoque en salud familiar asume actividades indirectas (desde el individuo que repercute en la familia o desde la comunidad a la familia). Las actividades directas orientadas a la familia cuando hay riesgos de salud o se requieren intervenciones más complejas considerando a la familia como unidad. Destacan las actividades orientadas a las familias en riesgo psicosocial. (6,7)

Las orientaciones ministeriales para la planificación y programación en red, así como la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria se basan en aspectos normativos y decisiones ministeriales centrales, que impartidos en forma vertical desde dicho nivel. Parte importante de la normativa ministerial sobre APS otorga responsabilidades de planificación, gestión y acción a los Servicios de salud y municipios. Sin embargo, la relativa autonomía de la gestión local para poder responder del modo más adecuado y pertinente a las necesidades sanitarias locales, en general resulta acotada en la práctica. (6,7)

El modelo ministerial de APS, plantea una visión normativa con altas exigencias de desempeño programático a los niveles locales, de un modo que en general éstos no pueden cumplir. La normativa del modelo ministerial determina que los equipos de nivel primario deben contar con un diagnóstico de sectores de la población asignada según determinantes sociales y riesgos de salud, con el fin de otorgar una respuesta efectiva a las necesidades y demanda de la población a cargo. Para poder lograr una respuesta efectiva a esas necesidades y al cumplimiento de los múltiples programas de salud y al plan anual que corresponde hacer, los establecimientos de nivel primario en general debieran contar con mayor disponibilidad de recurso. Por ello, se tiende a producir una divergencia entre el modelo normativo óptimo (identificado con Alma-Ata) y las condiciones de recursos y desempeño disponibles y factibles en cada centro asistencial y comunidad. (6,7)

La normativa MINSAL plantea una serie de expectativas teóricas que el nivel local debiera cumplir a cabalidad, en que se aplica el enfoque un “comprador” (MINSAL o FONASA) que pone condiciones de rendimiento a prestadores institucionales estatales (cada centro asistencial),

que se deben acreditar y responder por su desempeño, afectas a incentivos o desincentivos. Ello puede ser razonable en la lógica de mercado privado, pero es contradictorio con la lógica estatal de servicio público. Además, se procura una mayor eficiencia de los establecimientos vía incentivos del desempeño (lo que arriesga la equidad). Ello busca la búsqueda de mejoría de desempeño asistencial e impacto a través de incentivos al personal, y exigencias de desempeño a partir de criterios establecidos con base teórica y de modo global por la autoridad sanitaria central. (6-11)

Los establecimientos que cumplen funciones de APS establecidas para el SNSS deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud. Para ello, se cuenta con una serie de documentos técnico-normativos y orientaciones tendientes a aplicar un modelo que permite que todos los centros de dicho nivel tengan un similar desempeño, adaptado a los planes y programas nacionales, regionales y municipales, normas técnicas y programas de salud, así como orientaciones y lineamientos para realizar diagnósticos locales de salud, planes, programas y ejecución cotidiana de actividades, monitoreo y evaluación. (4-6)

La mayoría de centros ambulatorios urbanos que cumplen funciones de nivel primario se denominan actualmente “CESFAM” (Centros de Salud Familiar), por cuanto el modelo ministerial relacionado con la APS es presentado como “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”.

Según la normativa ministerial, la APS requiere ser realizada por los equipos de salud del nivel primario de atención, con población a cargo. En su contacto directo con la población objetivo, considera la diversidad social, cultural y sanitaria de los diversos grupos que conforman dicha población. (2,4,5)

Allí se realizan los programas de salud de las personas, se cuenta con planes de salud familiar, se da énfasis a la promoción y prevención en salud, se trabaja lo curativo general y preventivo en directa interacción con la comunidad. Para ello, se requiere realizar adecuada gestión administrativa (incluyendo procesos de planificación y programación local) y gestión clínica, que requiere ser apoyada por tecnología apropiada. (4,5)

Las funciones de APS que se identifican y cumplen en el nivel primario se pueden sintetizar en los siguientes aspectos básicos:

a) Tiene cobertura directa de la población.

Es la puerta de entrada al sistema, en contacto directo con la población a cargo. Esta característica se favorece reglamentariamente por cuanto los niveles más complejos sólo debieran recibir pacientes derivados (no tienen cobertura poblacional directa). La excepción la constituyen los servicios de urgencia hospitalarios de diverso nivel.

b) Cubre núcleos relativamente pequeños de población asignada.

Todos aquellos centros asistenciales, sean hospitalarios o ambulatorios, que realizan actividades de programas básicos de las personas sobre la población asignada en una determinada área geográfica, cumplen función de nivel primario. Este factor es uno de los pilares para la identificación operacional del nivel primario.

Los antecedentes normativos ministeriales referentes a población asignada consideran para Posta Rural alrededor de 1.000 habitantes concentrados o dispersos (entre 200 y 1.200) y en Consultorio General Rural, localidades entre 2.000 y 5.000 habitantes, prestando servicios a una población que no debiera exceder los 20.000 habitantes. En los urbanos, se considera una cobertura hasta 40.000 habitantes. En los sectores urbanos, se ha propiciado el establecimiento de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), con población asignada entre 20.000 y 25.000 habitantes.

En aquellos centros con gran tamaño de población asignada, se organizan internamente "sectores" destinados a cubrir cierta proporción específica de la población global.

c) Otorga atención continua, como puerta permanente de acceso para la población.

El sistema tiene que cubrir permanentemente el acceso a la atención. La mayoría de centros de APS tienen horarios hábiles de funcionamiento (diurnos), y en algunos se ha buscado extender atención horaria, especialmente para atención de urgencia. Se han desarrollado los SAPU ambulatorios, que son centros urbanos que cuentan con unidades de emergencia ambulatorias. Los centros sin cobertura permanente son apoyados por redes organizadas de urgencia (ambulatoria y hospitalaria).

En caso de centros de nivel primario adosados a hospitales de baja complejidad y aquellos rurales o aislados, queda personal de llamado de urgencia, o

bien el auxiliar rural residente, en el caso de postas rurales.

d) Cuenta con una capacidad tecnológica resolutiva relativamente simple.

Dado que la mayoría de episodios de enfermedad que atiende e intenta resolver en primera instancia el equipo profesional de los centros de nivel primario, especialmente los médicos generales, cada centro requiere disponer de capacidad para resolver satisfactoriamente la mayoría de las causas de consulta (capacidad resolutiva) que acuden al nivel primario de atención.

La mayor parte de demanda asistencial de APS requiere un bajo nivel de complejidad asistencial. La capacidad resolutiva cuenta con apoyo diagnóstico y terapéutico (como laboratorio y medicamentos) cuya disponibilidad básica es establecida por la normativa ministerial y los programas de salud.

En general, la atención curativa es cumplida por personal médico general (no especializado formalmente) y otros tipos de profesionales y auxiliares no especializados, quienes usan equipamiento, tecnología e insumos coherentes con las capacidades esperadas en este tipo de personal de salud general. La especialidad de medicina en salud familiar implica un aporte al funcionamiento de APS.

e) Tiene una responsabilidad continua sobre la salud de las personas.

La situación de salud de cada persona es compleja y dinámica, pudiendo variar entre salud con bienestar y muerte, es el nivel primario la instancia que en forma preferente se preocupa de aspectos de fomento y prevención en la población, sea sana, en riesgo o enferma. Los programas básicos de las personas consideran este aspecto de forma explícita.

f) Coordina el acceso de la persona al rango de servicios que ofrece el sistema.

El nivel primario es sólo una puerta de acceso a los problemas de salud que demanda directa la población a cargo. El personal asistencial funciona como agente que atiende, filtra y según necesidad, coordina que éste reciba los servicios requeridos que sean suficientes para resolver los problemas de salud que motivan el ingreso al sistema.

g) Es un filtro del sistema.

Frente a la demanda de atención de la comunidad por problemas de salud, el nivel primario responde con una función de filtro de aquellos problemas que pueden ser resueltos a nivel del establecimiento mismo en base a su propia capacidad, o bien de problemas crónicos o repetidos que se mantienen bajo la atención continuada en el mismo centro, y se selecciona aquellos casos que requieren ser referidos a otros niveles asistenciales, con capacidad resolutoria más compleja. Esta característica es facilitada por el carácter de general del personal del nivel, ya que cubre todo tipo de problemas en primera instancia. Ello significa que el personal de nivel primario es el demandante directo de casos que requieren ser referidos y filtro ordenador de la atención de los otros niveles.

h) Realiza acciones de educación sanitaria a la comunidad.

Se realiza la educación y orientación sobre los temas relevantes en salud pública, según las normas y programas básicos de atención a las personas.

i) Realiza actividades de coordinación intersectorial.

Se considera que es el estrato donde se produce una integración intersectorial local para promover el mejoramiento de la situación de salud, tanto directa como indirectamente a través de promover el desarrollo global de la comunidad. Ello es favorecido por los grupos intersectoriales y de planificación local que son coordinados por el municipio.

j) Promueve la organización comunitaria en salud.

Las estrategias básicas para que las acciones de salud tengan impacto y sean apoyadas por la comunidad, incluyen el promover la organización comunitaria; ello se facilita por la integración municipal local. Es uno de los pilares considerados en la APS de consultorios generales y postas rurales, así como en los hospitales que realizan atención de nivel primario. (4,11,12)

Se cuenta con consejos locales de participación comunitaria

Cabe destacar que un mismo centro asistencial ambulatorio, aunque sea denominado de APS y considerado institucionalmente como un centro solo de nivel primario, puede contener otros distintos niveles asistenciales simultáneos. Ello ocurre especialmente en centros urbanos que han aumentado de modo importante su población asignada, en circunstancias de que fueron

construidos para cubrir una menor población, la que en la actualidad ya debiera contar con un hospital local y un sistema de urgencia adosado a dicho hospital. Ello también se favorece por centros ambulatorios ubicados en grandes ciudades que ya disponen de atención ambulatoria de especialistas (los que en general se desempeñan en hospitales de mayor nivel).

La atención provista en los centros de nivel primario es gratuita para la población beneficiaria, incluyendo las distintas categorías de FONASA.

LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN SALUD

La modalidad de administración municipal en salud se inició en 1981, tres años después de la Declaración de Alma-Ata y dos años después del establecimiento del SNSS, cuando se descentralizó el antiguo SNS a 26 Servicios de Salud (actualmente 29), que heredaron sus funciones en determinadas áreas geográficas que les fueron asignadas. A su vez, el inicio de la administración municipal representó la descentralización de la gestión y desempeño de la APS al nivel local (comunidades y centros de nivel primario de atención). Se buscó descentralizar la gestión asistencial al nivel local autónomo, en coherencia con las reformas políticas, económicas y sanitarias de la época. (12-14)

La creación del sistema de administración municipal de APS se estableció en un nivel primario que ya tenía funciones de APS constituidas y organizadas y estaba distribuido en todo el país. Entre los objetivos de esa modalidad de administración, se buscó lograr una autonomía y la responsabilidad asistencial a cargo del gobierno municipal; ello se reforzó con el traspaso de patrimonio de los centros al municipio. (12-14)

En 1995, la APS se fortaleció parcialmente con el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, (Ley 19.378), que norma la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud. También regula la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud. (15)

Los centros asistenciales bajo gestión municipal son administrados en base a convenios entre Servicios de Salud y Municipalidades, y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o impartido en la materia el Ministerio de Salud. (16,17)

El comienzo de esa modalidad fue coherente con la reforma política, administrativa y sanitaria global que se aplicaba en el país, lo que incluía la regionalización, descentralización y la reforma municipal tendiente a fortalecer los gobiernos comunales. Se entregó entonces al gobierno municipal, la gestión técnica y administrativa de la atención primaria de salud (previamente manejada por el Servicio Nacional de Salud y luego brevemente por los Servicios de Salud). (12-14)

Su establecimiento persiguió esencialmente seis objetivos:

1. Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal o local. Con ello se planteaba facilitar una administración descentralizada que atendiera las características y diversidades de cada comuna.
2. Mejorar el control y fiscalización de los establecimientos muy alejados de las jefaturas de las Direcciones de los Servicios de Salud. Con ello se buscaba entre otros, flexibilizar la gestión del recurso humano.
3. Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
4. Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura. Ello incluía movilizar recursos municipales.
5. Hacer posible una mayor participación comunitaria en salud, en la base social.
6. Permitir una mayor integración intersectorial, en especial con los sectores más importantes para salud como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc. (20-22)

La figura 6 sintetiza aspectos relevantes de la responsabilidad y administración de los centros APS bajo convenios de administración municipal. El equipo gerencial, administrativo y técnico de esos centros tiene funciones rutinarias similares al resto de centros APS del SNSS, y todos ellos (independiente de la modalidad de gestión) están afectos a la supervisión y control técnico de las Direcciones de los Servicios de Salud, según los requerimientos normativos y técnicos del SNSS para el desempeño de la APS. (15-18)

Los procedimientos técnico-administrativos que le corresponde realizar a la APS municipal, así como de la supervisión formal por parte del Servicio de

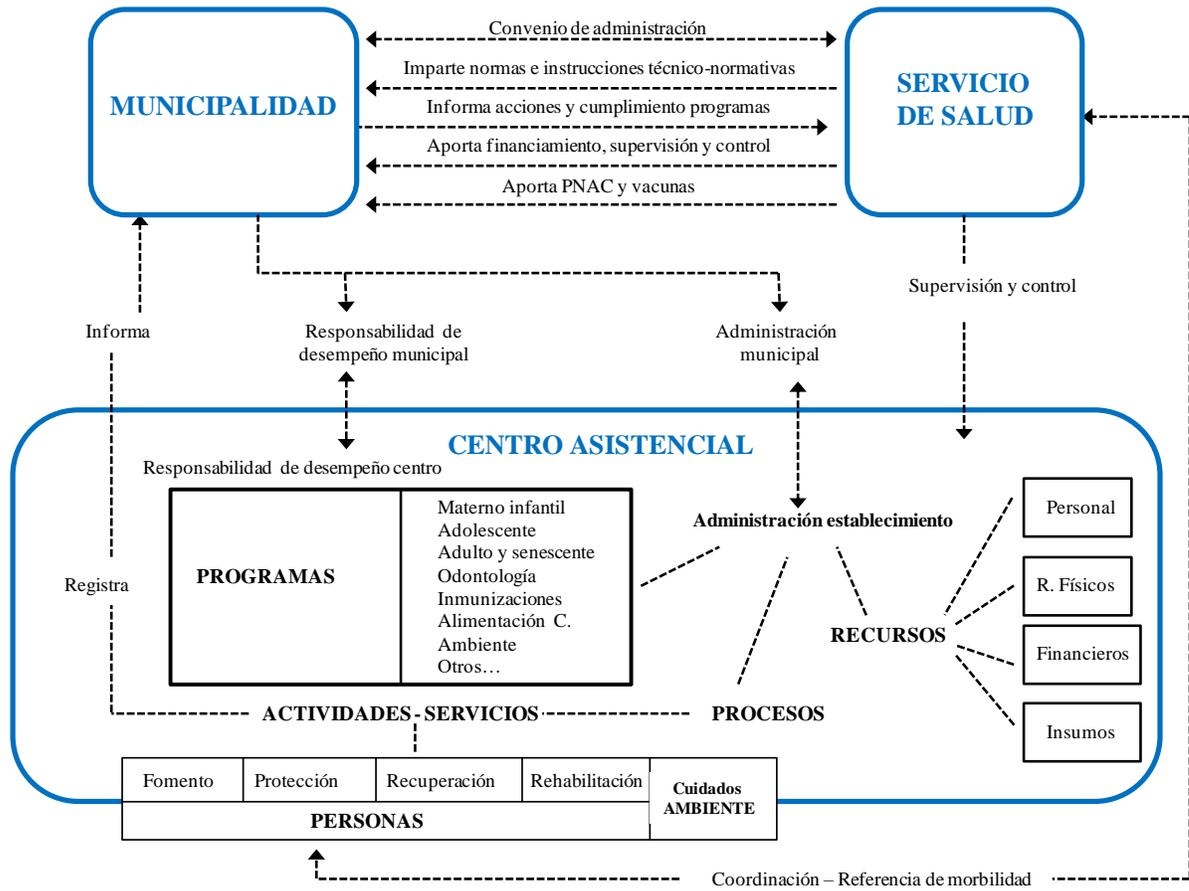
Salud, incluyen especificaciones respecto a: las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, los programas vigentes de salud, la definición de actividades asistenciales, de apoyo diagnóstico, y los aspectos administrativos del funcionamiento. (15,18)

En virtud de los convenios, el Municipio se compromete a cumplir la normativa técnica y ministerial, con autonomía para la gestión del recurso que administra, y someterse a la supervisión técnica del Servicio de Salud.

Cada Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas. Igualmente, define las responsabilidades de los Servicios de Salud. (15) Los convenios entre los Servicios de Salud y municipios incluyen algunos puntos entre los cuales destacan:

- Inicialmente, los establecimientos del SNSS eran entregados en comodato, pero luego su patrimonio fue transferido a los municipios.
- La municipalidad es responsable de la reparación y mantención de sus establecimientos de APS, mediante fondos propios. La municipalidad debe usar esos centros, así como los dineros recibidos, exclusivamente para sus actividades de atención según necesidades de salud de la población.
- La municipalidad debe usar esos centros, así como los dineros recibidos, exclusivamente para sus actividades de atención según necesidades de salud de la población.
- Las prestaciones deben ser otorgadas a los beneficiarios legales y convencionales de los Servicios de Salud.
- Dichas acciones deben destinarse al fomento, prevención y recuperación de la salud, así como rehabilitación de las personas enfermas y cuidados del ambiente, según corresponda.
- Los centros deben aplicar las normas, planes y programas de salud que el Ministerio de Salud determina para cumplimiento nacional, como el programa infantil y adolescente, maternal y perinatal y otros. Los insumos para desarrollar esos programas son provistos por la autoridad sanitaria, como es el caso de alimentación complementaria y vacunas.

Figura 6. Administración municipal de salud según convenios tipo entre Servicio de Salud y municipalidad



Fuente: Elaboración propia (16,17)

- La municipalidad está obligada a mantener un arsenal farmacológico con el objeto de entregar gratuitamente medicamentos a los beneficiarios.
- Los municipios pueden entregar prestaciones a no beneficiarios, siempre que eso no deteriore o posponga la atención de beneficiarios, lo que no puede ser cobrado a los Servicios de Salud.
- El Servicio de Salud puede poner término al convenio cuando hay incumplimiento de las obligaciones asumidas, ya sea por los municipios o las personas jurídicas que administran esos centros. (15,17,18)

Cabe también destacar que la función de APS no sólo es ejercida en los consultorios generales y postas rurales, pues también se realiza en hospitales de baja complejidad e incluso en algunos casos, en policlínicos adosados a hospitales de mayor complejidad. (2,17)

Según el Estatuto de Salud Municipal, las entidades administradoras determinan la estructura organizacional de sus establecimientos y de la unidad encargada de salud de la entidad administradora. Los recursos y actividades se basan en el plan de salud comunal y el modelo de atención definido por el Ministerio de Salud. (15)

Si bien la administración municipal depende de la responsabilidad directa de su alcalde, existen tres tipos de entidades que cumplen las funciones de administración en salud: las corporaciones municipales de salud, los departamentos municipales de salud, y la administración de entidades privadas. La administración de los Departamentos Municipales de Salud es similar a otros departamentos internos del municipio. A su vez, las Corporaciones Municipales son personas jurídicas de derecho privado sin fines de lucro, que funcionan bajo la presidencia del alcalde y en su directorio participan concejales. Pueden adquirir, vender, arrendar propiedades y contratar servicios y

personas con autonomía. La administración delegada a personas jurídicas de derecho privado (como la Cámara Chilena de la Construcción, Sociedad Nacional de Minería y otros) es similar al contrato y funcionamiento de servicios delegados. (12,14)

Las municipalidades pueden establecer convenios entre sí para una administración conjunta. A su vez, los Directores de Servicios de Salud pueden celebrar convenios con los municipios para traspasar personal en comisiones de servicio y otros recursos, así como apoyar la gestión local y promover el establecimiento de sistemas locales de salud. (7)

GESTIÓN Y DESEMPEÑO DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

Desde la perspectiva de administración y gestión, cada centro asistencial es actualmente considerado como un “prestador” de servicios, bajo una connotación más bien de empresa productiva de servicios de salud relativamente autónoma en un cuasi-mercado. Sin embargo, bajo el enfoque de “red integrada de servicios”, correspondería que se les considere como una “sucursal” de la red asistencial de cada Servicio de Salud. Para cumplir adecuadamente sus funciones y objetivos, cada centro requiere de una gestión competente y efectiva para el manejo adecuado de su organización, recursos y desempeño. Estos centros tienen una condición pública, sin fines de lucro. Además del manejo de la producción interna de servicios, la gestión también se preocupa de la interacción con otros centros de la red asistencial de la cual forma parte y con la comunidad. (6,7,9)

La gestión en esos centros abarca tanto la dirección global del establecimiento, como aquella que se ejerce en las divisiones, unidades internas o programas específicos (como servicios clínicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico, y las unidades administrativas). La gestión allí es considerada de micro-nivel, pero igual involucra tomar múltiples decisiones cotidianas sobre aspectos relacionados con la estructura y desempeño de los establecimientos, en torno al mejor logro posible de las metas y objetivos que persiguen los centros de salud. Una gestión efectiva requiere contar con profesionales (directivos y equipos profesionales) que tengan competencias gerenciales clínicas y administrativas, basadas en una serie de conocimientos, habilidades y experiencias. (6,7)

Los profesionales de salud contratados en los centros de nivel primario (en especial los médicos) asumen con frecuencia las funciones de gestión en estos establecimientos, ya sea en la dirección general o bien en sus unidades, sectores o programas internos. Como ese rol se puede asumir incluso bastante al inicio de la carrera profesional, es importante que la formación de pregrado incluya cursos y capacitación que permita conocer y adquirir oportunamente, las competencias básicas para la gestión de centros asistenciales. (6,7,15)

Esos centros cuentan con una complejidad tecnológica relativamente más simple que en otros niveles asistenciales, desarrollan procesos y servicios que son complejos y dinámicos, especialmente en el manejo de personal de salud. Las actividades directas realizadas a los usuarios son cruciales en la salud de las personas, lo que incluso reviste claras responsabilidades legales del personal asistencial, especialmente médico. (17)

Las funciones que deben cumplir los consultorios generales del SNSS están explicitadas en los artículos 68 y 69 del antiguo Reglamento Orgánico de Servicios de Salud de 1979, artículos que fueron derogados en la actualización 2005 de dicho Reglamento. (1,11)

Destacan las siguientes funciones:

- Realizar acciones de fomento y protección en beneficio de la salud de la población que debe atender.
- Prestar atención profesional de medicina integral.
- Orientar y referir a los pacientes cuando corresponda, a establecimientos de mayor complejidad.
- Otorgar atención de primeros auxilios cuando corresponda y realizar control y seguimiento de enfermos crónicos cuya atención no precise de la intervención de especialistas.
- Participar en las actividades sobre ambiente.
- Participar activamente en programas intersectoriales que tiendan al desarrollo integrado de la comunidad.

A pesar de las distintas denominaciones y énfasis de los distintos tipos de centros de nivel primario, su gestión más utilizada, es la que corresponde a un “consultorio general”. El principal responsable de la gestión técnico-administrativa de estos establecimientos asistenciales es el director del consultorio

general. De acuerdo al artículo 70 del referido reglamento, destacan una serie de funciones que deben ser desempeñadas por el director.

De acuerdo al Reglamento Orgánico del SNSS, entre las principales funciones a desempeñar por la dirección de consultorios, destacan:

- Programar, dirigir, coordinar y supervisar todas las actividades del establecimiento;
- Controlar y evaluar las acciones realizadas en cumplimiento de los programas de salud;
- Determinar y coordinar las acciones de salud que debe ejecutar el Consultorio, en relación con programas intersectoriales de desarrollo integral de la comunidad;
- Programar y realizar reuniones clínicas, de auditoría y de otra índole con el equipo de salud del establecimiento;
- Estudiar y comunicar a la Dirección de Atención Primaria (Municipalidad) las necesidades de recursos humanos y materiales del consultorio;
- Informar periódicamente al Director de Atención Primaria (Municipalidad) de la ejecución de las acciones de salud; al personal del Consultorio, de las normas, directivas e instrucciones que debe conocer, y a la comunidad, de los programas que deben implementarse;
- Colaborar en el adiestramiento del personal y velar por su bienestar;
- Velar por la óptima utilización de los recursos humanos y materiales del Consultorio;
- Desempeñar las demás funciones y tareas que pueda delegar la Dirección del Servicio o encomendarle el Director de Atención Primaria o del departamento o entidad municipal administradora. (1,16,17)

Destaca además, que los consultorios adosados a hospitales de baja complejidad cumplen funciones similares a un consultorio general, con la salvedad que la gestión depende del director del hospital y que el recurso y funciones comparten la acción intra-hospitalaria y la ambulatoria del consultorio adosado. La responsabilidad de gestión de postas rurales depende del director del establecimiento del cual depende funcionalmente dicha posta.

La responsabilidad más específica de administración y las funciones esperadas en los

establecimientos traspasados a la administración municipal, se encuentra claramente definida en una serie de documentos entre los cuales se encuentran los convenios tipo estipulados entre las Municipalidades y los Servicios de Salud, el Manual para los Establecimientos traspasados a la Administración Municipal y el Estatuto de Atención Primaria de Salud.

El Modelo de Atención Integral estipula un Plan de Salud Familiar cuyo conjunto de prestaciones responde a las orientaciones y programáticas vigentes del ministerio de salud. Dicho plan se ha adaptado según los objetivos sanitarios del país y los cambios demográficos y epidemiológicos. El plan asume que las acciones programadas se incorporan según nuevos protocolos y las necesidades de salud de la población.

Dicho plan contiene una serie de actividades relacionadas con la salud infantil, adolescente, mujer y adulto; incluye además actividades de salud oral y generales para todos los grupos.

La atención de salud organizada en el SNSS incluye la formulación de una serie de programas de salud, cuya aplicación se realiza principalmente en el nivel primario de atención. Destacan:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (niños, gestantes y adultos mayores).
- Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
- Programas Básicos de Salud de las Personas.
- Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa.
- Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño.
- Programa de Salud del Niño, de la Mujer, del Adolescente, Salud Cardiovascular y del Adulto Mayor.
- Programa de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (GES).
- Programa Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera.
- Programa Prestaciones Complejas.
- Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas.
- Programa Salud Mental.
- Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual.

- Programas de Prevención del SIDA.
- Programas de Participación y Prevención de Salud.
- Programa Nacional de Cáncer Cérvico-uterino y de mamas.
- Salud Odontológica.
- Salud de los pueblos indígenas.
- Seguro Catastrófico (SC).
- Seguro Escolar de Accidentes.
- Programa Control de Emisión de Fuentes Fijas.
- Salud Ambiental.
- Inocuidad alimentaria (7)

También hay prestaciones asistenciales que se enfocan en algunos tipos de población vulnerable que es objeto prioritario de políticas de protección social gubernamental. Es el caso de la atención provista a beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF); pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS), subsidios de cesantía; víctimas de la represión política (PRAIS); discapacitados mentales; migrantes; y población en extrema pobreza. La administración del financiamiento recae en el Fondo Nacional de Salud. (10,19-21)

De manera complementaria, las contingencias y necesidades en salud derivadas de los accidentes de tránsito están sujetas a un sistema de aseguramiento obligatorio a todos los propietarios de vehículos motorizados del país. Además, se cuenta hay una oferta variada adicional de seguros de salud, complementarios y voluntarios, de administración privada. (20)

También destaca el Programa que aplica la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explícitas de Salud (AUGE o GES), que persigue asegurar acceso oportuno a servicios de calidad en una serie de patologías que cubren más del 70% de carga de enfermedad. Una proporción de las actividades requeridas para enfrentar esas patologías se realiza en centros de APS. (8,21)

El enfoque en salud familiar también asume actividades indirectas (desde el individuo que repercute en la familia o desde la comunidad a la familia). Las actividades directas orientadas a la familia cuando hay riesgos de salud o se requieren intervenciones más complejas considerando a la

familia como unidad. Destacan las actividades orientadas a las familias en riesgo psicosocial. (6,7)

En su práctica, el nivel primario de servicios de salud tiende a priorizar la acción asistencial al interior de los centros (prestan principalmente cobertura a quienes demandan atención), en desmedro de un enfoque más integral de APS que requiere enfatizar simultáneamente el trabajo y participación activa con la comunidad. El modelo global de APS plantea que los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacional intersectorial, en torno a la APS.

En el caso chileno, la acción global intersectorial y comunitaria tiende en general a ser poco registrada, con la excepción de algunos programas específicos como Chile Crece Contigo, que es de apoyo infantil y se enfoca en lo comunitario y en la integración intersectorial a distintos niveles, como la comuna. Es importante considerar la acción multisectorial y social bajo coordinación de los municipios. (19-21)

EL NIVEL PRIMARIO EN LAS REDES ASISTENCIALES

A la Dirección de cada Servicio de Salud le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales y Postas Rurales de Salud. (2,17)

Existen múltiples centros asistenciales de salud, tanto públicos como privados, que se distribuyen en la mayoría de centros poblados y sectores rurales del país. La mayoría de ellos pertenece al SNSS. Estos centros pueden proveer tanto atención hospitalaria como ambulatoria, o prestar servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, como laboratorios y farmacias. Gracias a esa amplia cobertura de previsión y prestadores de servicios asistenciales, el sistema de salud alcanza una cobertura geográfica y legal prácticamente universal. (2,4,17)

La legislación sobre Autoridad Sanitaria y Gestión define a la red asistencial como “...el conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo... los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera

efectiva las necesidad de salud de la población” (Ley 19.337 de 2004, Art. 16) (ii)

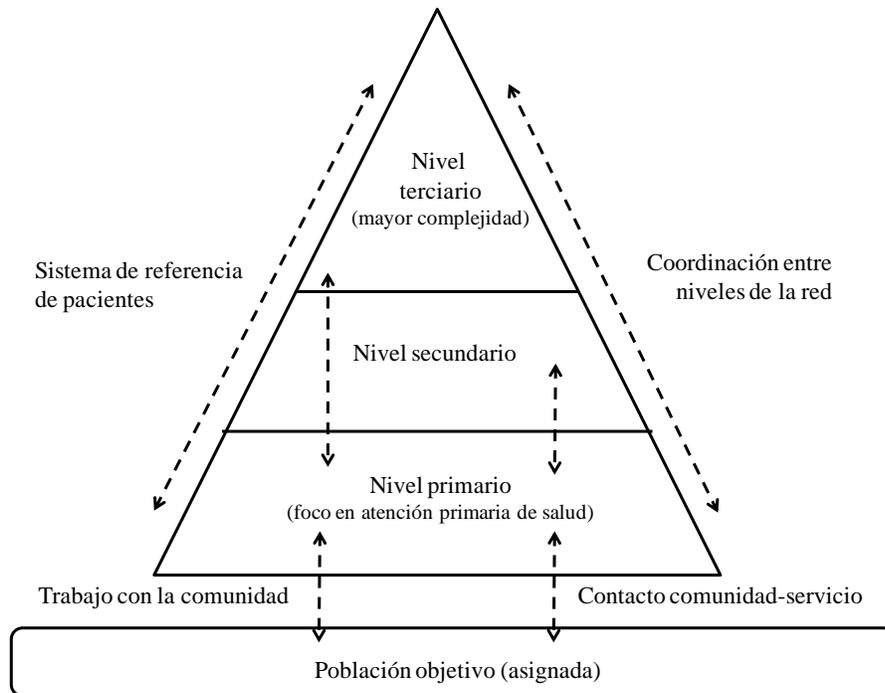
Según dicha ley y artículo, también se señala que determina que “la Red de cada Servicio, se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el nivel primario de atención conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos”. (ii)

La organización y función de los Servicios de Salud en redes integradas según niveles en el SNSS tiene características muy particulares, diferentes a otras organizaciones del sector público. Por ejemplo y aunque tenga gran complementariedad con la educación, el sistema público de salud requiere

referir a sus usuarios entre diversos niveles de la red asistencial, según el nivel en que se pueda encontrar la respuesta a la necesidad de dicho usuario (lo que no ocurre en educación u otra área). Cualquier persona que acuda a la APS por un problema de salud, puede necesitar ser referida oportunamente al nivel asistencial que tenga la capacidad tecnológica resolutive suficiente, como un complejo y especializado centro asistencial. (2,17)

Es necesario lograr adecuada organización, expeditos sistemas de referencia de morbilidad y asegurar eficiencia y equidad. Ello significa que las Direcciones de Servicios de Salud, para poder gestionar el adecuado desempeño de sus instituciones, requieren contar una dinámica red que cuente con integración vertical (entre distintos niveles de atención) y horizontal (poder asegurar la más eficiente distribución de recursos del mismo nivel), como el caso de la APS. (2,17)

Figura 7. Modelo de red asistencial integrada en un Servicio de Salud del SNSS



Fuente: Elaboración propia (OCHISAP, 2014)

Conforme a la propuesta internacional de un modelo asistencial de una red integrada de servicios de salud (figura 7), se espera que cada red asistencial cumpla con ciertas características y responsabilidades, entre las cuales destacan tener:

- Contar con una población y territorio a cargo, definidos, con conocimiento y responsabilidad sobre la situación de salud del área
- Que cuente con una red integrada de establecimientos de salud que prestan servicios asistenciales de distinta complejidad, que permiten

la referencia de pacientes al nivel de resolución adecuado.

- Que tenga un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población asignada y sirve como puerta de entrada al sistema,
- Que la prestación de servicios especializados ocurra en el lugar más apropiado, ya sea ambulatorio u hospitalario
- Que haya efectivos mecanismos de coordinación administrativa y asistencial de los diversos centros y niveles de la red
- Que la atención de salud esté centrada en la persona, la familia y la comunidad, especialmente en el nivel primario de atención. (16,17)

MINSAL coincide con los principios de Alma-Ata y planteamientos posteriores, en que una de las principales líneas estratégicas de acción es la reorientación de los sistemas de salud centrados en la atención primaria y orientado a la comunidad, la cual a su vez requiere ser ampliada y fortalecida. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación. (6,17)

Dada su importancia, se plantea que es preciso fortalecer la estructura, recurso y desempeño de la atención primaria, que le permitan contribuir a la satisfacción de necesidades y equidad en salud, integración de las redes asistenciales, y a un mejor nivel de salud en todos los grupos de la población.

CALIDAD REQUERIDA DE ESTRUCTURA Y DESEMPEÑO

Existe diversa documentación normativa ministerial para resguardar que los centros de APS cumplan con las debidas condiciones de calidad y eficiencia. A ello se suma la normativa de la administración municipal de APS, entre lo cual se cuenta con los documentos, con los convenios entre Servicios de Salud y los municipios, el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, los mecanismos de asignación y distribución de financiamiento, las normas técnicas y programas de salud de las personas.

En esta documentación normativa destacan:

- La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y los planes de trabajo nacionales y regionales relacionados.
- Los reglamentos y normas técnicas y administrativas.
- Protocolos y guías de práctica administrativa y clínica.
- Los programas de salud de las personas, que de modo importante se ejecutan en la APS.
- El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud, con sus disposiciones y protocolos relacionados (Ley 19.966 de 2004).
- La función rectora del Ministerio de Salud, incluyendo la Ley de Autoridad Sanitaria (DL 1 de 2005). (6,7,11,22,23)

Es importante revisar si efectivamente dicha documentación con sus indicaciones normativas relacionadas, permiten establecer las condiciones específicas para que haya eficiencia y eficacia en el desempeño y provisión de servicios de la APS en cada comuna y centro asistencial. Por ello, cabe revisar la necesidad de su eventual adaptación a las realidades locales.

El Objetivo 7 de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 se refiere al fortalecimiento del sector salud, lo que implícitamente incluye a mejorar la APS y otros niveles. Como objetivo para la presente década, esa Estrategia plantea:

- Mejorar los sistemas de información en salud
- Fortalecer la investigación en salud
- Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud
- Fortalecer el financiamiento del sector
- Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud
- Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector
- Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud
- Mantener la participación y cooperación internacional en salud. (22)

Entre los esfuerzos de fortalecimiento de APS, se ha puesto énfasis en el mejoramiento de la calidad, especialmente desde 2004. Según el DFL 1 de 2005, el Ministerio de salud asume como función establecer estándares de calidad de los establecimientos asistenciales de salud, y de establecer un sistema de acreditación para los centros que están autorizados para funcionar. (11)

La acreditación de calidad es definida como el proceso periódico de evaluación respecto al cumplimiento de los estándares mínimos que se han determinado de acuerdo al tipo de establecimiento y complejidad de las prestaciones. La Superintendencia de Salud recibió la función de administrar y fiscalizar el sistema de acreditación de calidad, tanto para establecimientos públicos como privados. La acreditación plantea analizar la estructura física orgánica y funcional de los establecimientos, con el fin de asegurar un mínimo básico de calidad. Para ello en 2009, la Superintendencia de Salud publicó un manual para la acreditación de calidad de los establecimientos de atención abierta del país, en una serie de ámbitos que se sintetizan en el Anexo 3. (23)

La calidad y eficiencia de los centros y programas de salud no sólo dependen de condiciones intrínsecas de su estructura y gestión local, sino que de condiciones del contexto externo a los centros de APS: los municipios, los Servicios de Salud y el Ministerio de Salud. Por ello, las condiciones básicas para la eficiencia debieran ser provistas, o al menos aseguradas, por la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional, los Servicios de Salud y las autoridades municipales según corresponda. (23)

En este contexto, se requiere resguardar que existan condiciones de eficiencia en distintos ámbitos, incluyendo: (a) las intervenciones de APS en la comunidad local; (b) el centro asistencial de APS; (c) las redes asistenciales de los Servicios de Salud; y (d) el rol de la autoridad central del SNSS y el cumplimiento de la normativa ministerial.

El apoyo que debiera proporcionar el SNSS - en sus diversos niveles - a cada centro o programa local de APS debiera centrarse en las características específicas de calidad o eficiencia que se necesita tener a cabalidad. Similar situación de apoyo, debiesen tener los municipios (aunque sean los dueños del patrimonio de sus centros de APS). Entre los requerimientos de calidad de estructura y desempeño que deben cumplir los equipos y centros de APS - para intentar cumplir con los

requerimientos normativos - destacan los señalados en el cuadro 8.

La calidad y eficiencia de los centros y programas de salud no sólo dependen de condiciones intrínsecas de su estructura y gestión local. También dependen de condiciones que deben existir en el contexto asistencial a los centros de APS: los municipios, los Servicios de Salud y el Ministerio de Salud (en cuanto entidad rectora del SNSS). Las condiciones básicas para la eficiencia debieran ser provistas, o al menos aseguradas, por la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional, los Servicios de Salud y las autoridades municipales según corresponda. (15-17)

Los requerimientos de la normativa ministerial en cuanto a requerimientos de calidad en estructura y desempeño considerados deseables, pueden resultar bastante exigentes respecto al limitado recurso disponible a nivel local, incluyendo establecimientos y equipos que han caído en obsolescencia, limitada mantenimiento, o bien se han hecho insuficientes frente a una demanda debida al gran crecimiento de la población asignada. Ello tiene el riesgo de generar una brecha entre el exigente nivel esperado según la normativa vigente, y el nivel existente en la gran diversidad de centros APS, en que predominan limitadas condiciones de recurso y capacidad de cumplir con el desempeño requerido al nivel local, especialmente en la mayoría de comunas, que cuentan con menos desarrollo global y una población de menores condiciones socio-económicas y mayor carga de vulnerabilidad y enfermedad. . (7,16)

La planificación sanitaria a diversos niveles en el SNSS requiere contar estimación precisa y compromiso político y económico que asegure la existencia de adecuadas condiciones básicas de organización, estructura y recursos que se necesitan en cada centro. Se requiere asegurar que lo planeado en los centros asistenciales se podrá cumplir efectivamente con debida calidad, eficiencia y efectividad. (7,16)

La creación, innovación o fortalecimiento de un determinado centro de salud, necesita determinar la factibilidad de lograr efectivos cambios, inversiones o aporte de recursos. El esfuerzo debe acompañarse de la razonable seguridad de que cada centro logrará cumplir con los objetivos e impacto esperado, tanto en el sistema mismo, como en la salud de la población.

Cuadro 8. Condiciones básicas de calidad de estructura y desempeño en el nivel primario de atención

Aspectos relacionados con APS	Requerimientos básicos de estructura o desempeño
Asistencia sanitaria esencial	Capacidad de cubrir todas las etapas de servicios asistenciales: promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (a nivel individual y colectivo). Énfasis en la promoción y prevención (sin descuidar lo curativo o rehabilitación). Capacidad de cumplir las normas y programas básicos de salud del SNSS. Planificación local adecuada, en respuesta a necesidades de salud. Calidad de la atención: humanidad, eficiencia, eficacia y equidad.
Basada en métodos y tecnologías prácticos	Uso de normas, protocolos y evidencia relevante en clínica y salud pública Disponibilidad de equipamiento y tecnología apropiada, manejable en APS. Calidad técnica (servicios seguros y de alta calidad).
Competencias del equipo multidisciplinario	Equipo multidisciplinario suficiente, colaborativo e integrado. Capacidad resolutive frente a las necesidades de salud, en el nivel y oportunidad que corresponda, sirviendo como puerta de entrada al sistema asistencial. Personal competente, capaz de trabajar con la comunidad. Adecuada práctica gerencial, clínica y administrativa, según protocolos y normas técnico-administrativas.
Aceptabilidad y adherencia de los servicios	Buena y humana calidad de interacción entre personal, pacientes y comunidad, con trato humanitario y multicultural.
Población a cargo, con cobertura universal	Territorio, población y cobertura adecuadamente definidos. Condiciones que favorezcan accesibilidad: geográfica, económica, de protección social, cultural y temporal (continuidad).
Continuidad (de vida)	Intervenciones integradas según planes y programas de salud a lo largo del curso de vida, según necesidad asistencial de cada persona, y según normas técnicas y programas de salud.
Integralidad y continuidad (en la red asistencial)	Prestación de servicios asistenciales en el lugar más apropiado, con capacidad resolutive apropiada. Articulación del sistema de referencia de pacientes para respuesta de otros niveles, según necesidades de los pacientes. Condiciones de equidad e integración de la red asistencial.
Centrado en la familia y la comunidad	Capacidad de enfocarse en la persona, en contexto de familia y comunidad. Mecanismos y estrategias efectivas de contacto con familias y comunidad.
Contribución a salud y desarrollo	Trabajo intersectorial y con la comunidad, con prevención y control de eventos evitables y apoyo al desarrollo humano global.

Fuente: Elaboración propia

COBERTURA EN LA POBLACIÓN LOCAL

La cobertura geográfica de la APS es favorecida por una red de más de dos mil centros ambulatorios de nivel primario de atención que desempeñan APS, distribuidos a través de todos los lugares poblados del país. A ello se agregan 106 hospitales de baja complejidad que en su rol incluyen la función de APS. La APS cubre formalmente al 70,6% de la

población que está inscrita en APS. Entre sus usuarios destacan aquellas personas que tienen menores condiciones geográficas, económicas o previsionales para acceder a servicios asistenciales privados abiertos a toda la población, independiente de situación de aseguramiento público o privado). Las funciones de APS desempeñadas en los centros de nivel primario y en

el trabajo de éstos con la comunidad constituyen una parte esencial de las redes integradas de los Servicios de Salud. (6,18)

La organización legal del sistema asistencial global de salud (público y privado) en Chile permite que la población elija entre diversas alternativas públicas o privadas, tanto en aseguramiento como en atención de salud. No existen poblaciones objetivo que sean cautivas de determinados sistemas asistenciales, ni siquiera del SNSS. Cabe destacar que los beneficiarios FONASA A no pueden acceder a la modalidad de libre elección, como ocurre con las otras categorías de FONASA. (15-19)

Desde el punto de vista normativo, la atención de modalidad institucional de la APS está circunscrita a los beneficiarios FONASA inscritos en cada centro, pero legalmente, el SNSS está potencialmente abierto al uso de toda la población (al mercado nacional), aunque sus usuarios preferentes y más frecuentes son los beneficiarios de su población inscrita. La existencia y acción de la APS se circunscribe entonces esencialmente al nivel primario de atención del SNSS y no se aplica a los otros sistemas públicos o privados. Ello significa que, en el caso chileno, el principio de cobertura universal de APS no aplica cabalmente. (6,17)

El acceso económico a la APS se asegura por la gratuidad de atención de los usuarios que acuden a sus centros.

El equipo asistencial de APS constituye el primer contacto con las personas de la población a cargo, incluyendo quienes demandan atención por una necesidad de salud. Ello incluye actuar como puerta de entrada al sistema sanitario global. Sin embargo, coexisten distintos conceptos normativos y modos de determinar la población a cargo u objetivo.

El término de “población a cargo” de cada centro de APS se concibe bajo tres estimaciones simultáneas que no coinciden: (a) Los centros de APS hacen diagnósticos locales de salud y programan considerando su responsabilidad sanitaria sobre el total de la salud de la **población residente** del área local asignada (por ejemplo, la responsabilidad sobre personas con hipertensión, entre los residentes); (b) El Estatuto de Atención Municipal reconoce como beneficiarios a la **población beneficiaria de FONASA**, aunque el modelo de APS indica que los centros asistenciales

están abiertos a toda la población, independiente de su condición previsional, y sólo da a los beneficiarios FONASA cierta prioridad de atención (no ser postergados) y menor pago al momento de uso, según corresponda; y (c) en la actualidad se estima (y sobre ello se paga el per cápita), que la población beneficiaria es aquella **población inscrita** en cada centro de APS específico. (11,15)

La estructura del sistema de salud no considera poblaciones cautivas de sistemas específicos. Los beneficiarios de FONASA (estén o no inscritos en APS) pueden acudir a otra atención pública o privada. La modalidad de inscripción de beneficiarios parece responder más bien a una necesidad interna de FONASA (ya que se relaciona con asignación y recepción de financiamiento cada centro), que a responsabilidad de cobertura de la población objetivo en cada área geográfica asignada. Además, no se requiere ser residente del área cubierta por el centro, para poder inscribirse. La normativa indica que sólo se pueden inscribir en un centro asistencial, aquellos que son residentes o trabajan en el área asignada al establecimiento. Pero desde el punto de vista legal, existe libertad de inscripción o acceso a un determinado centro. (11,15)

Las personas pueden elegir a qué centro inscribirse, aunque ello quede fuera de su comuna de residencia. Ello termina por diluir y contradecir la teórica responsabilidad de acción de los centros APS frente a una población objetivo del área geográfica que cubre (y ante la cual realiza diagnósticos de salud y planificación local). La inscripción en un determinado centro no significa que esa población sea cautiva de la atención de dicho centro, pues el sistema permite que los inscritos utilicen otras opciones asistenciales privadas, como es el caso de la modalidad de Libre Elección (atención privada vía un bono de atención, a beneficiarios FONASA). (20)

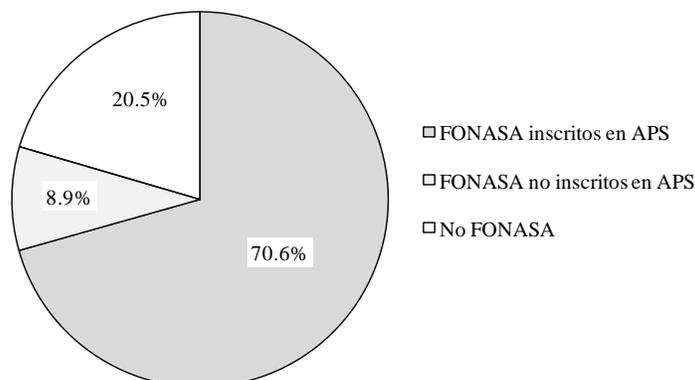
El equipo asistencial constituye el primer contacto con las personas de la población a cargo respecto a la demanda asistencial local. Con ello cumple su rol de puerta de entrada al sistema sanitario. Pero la atención de nivel primario de APS sólo aplica a 70,6% de la población que se inscribe formalmente en APS, y no a todos los beneficiarios de FONASA (79,5% de la población ni menos a toda la población del país (figura 8). (11,24)

Destaca el planteamiento de FONASA sobre su rol sobre la cobertura universal solo en su población asegurada. En sus propuesta de cobertura, FONASA

plantea que “Queremos ser el seguro público solidario y único que garantiza el acceso universal a salud de calidad, oportuna y con protección

financiera a toda la población asegurada” (Vega J, Directora de FONASA, 2015). (25)

Figura 8. Proporción de población beneficiaria FONASA e inscrita en centros de APS, 2017



Fuente: DEIS MINSAL. (2018) Estadísticas beneficiarios FONASA 2016-2017 (24)

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud. (1979) DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Acceso: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999> (Acceso el 31 de julio, 2015)
- Gattini C., et al. (2014) “Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013”. OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014. Acceso: <http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revisión%202013.pdf>
- Becerril V., Freyes J. y Manuel A. (2011) Sistema de Salud en Chile. Salud Pública de México Vol 53, suplemento 2 de 2011
- Narbona K. y Durán G. (2009) Caracterización del Sistema de Salud Chileno. Enfoque laboral, sindical e institucional. Cuadernos de Investigación No. 11 Fundación Sol: Marzo de 2009. Disponible en www.proyectoaraucaria.cl
- Ministerio de Salud (2018) Estadísticas de beneficiarios FONASA 2016-2017 DEIS-MINSAL 2018. (17)
- MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud (2016) “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016”. Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
- Ley N° 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Acceso: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.html> Autoridad
- Ministerio de Salud (2017) Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Formulación COMGES 2017. Acceso: <https://www.ssmaule.cl/minsal/wp-content/uploads/2015/03/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-COMGES-2017.pdf>
- Ministerio De Salud (2005) Síntesis Ejecutiva. Programa De Reforzamiento De La Atención Primaria De Salud. MINSAL Agosto de 2005. Acceso: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-141040_r_ejecutivo_institucional.pdf
- Ley No. 19.937 (2004) “Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana”. Acceso: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-553_recurso_1.pdf
- Heyermann B. (1995) “Municipios, descentralización y salud” en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.5-162.

13. Ruiz J. (1995) "Municipio y servicios sociales. La experiencia chilena." en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.163-251.
14. Friedmann B. (1995) "Análisis institucional del sistema de salud chileno" en El sistema de salud en Chile ante la descentralización política, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.11-278.
15. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional (2008). Disponible en:
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
16. Gattini C. (1986) "Determinación operacional y evaluación del nivel primario de atención en el SNSS" Tesis de Magister de Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
17. Gattini C., Pragana M. B. y Solís V. (1993) "La red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Propuesta operacional para la integración y adecuación de la red asistencial" Informe de Investigación Operacional. Unidad de Análisis, Departamento de Planificación. Ministerio de Salud, mayo de 1993.
18. Asociación Chilena de Municipalidades (2012). Mecanismos de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal, Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal, Decreto per cápita, cálculo FONASA y ley GES.
http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2012/CURSO_MARCO_JURIDICO_EN_QUE_SE_DESENVUELVE_LA_APS/PPT07.pdf
19. Biblioteca del Congreso Nacional (2010), Guía legal sobre el Plan GES
20. FONASA (2007), Protección Social en Salud en Chile. FONASA, Santiago: 2007
21. Biblioteca del Congreso Nacional (2010), Guía legal sobre el Plan GES
22. Gobierno de Chile (2011) "Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020", <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
23. Superintendencia de Salud (2013) Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud Ministerio de Salud, 2013 http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-8981_guia_practica_acreditacion.pdf
24. Ministerio de Salud (2018) Estadísticas beneficiarios FONASA 2016-2017 Acceso: DEIS-MINSAL (2018)
25. Vega J. (2015) Desafíos de gestión y financiamiento FONASA 2015-2018. Presentación en Congreso de Salud Pública Municipal, Viña del Mar, 17 de Junio de 2015. Disponible en:
<http://www.achm.cl/Seminarios/CongresoSalud2015/DesafiosgestionyfinanciamientoFonasa2015-2018.pdf>

4. INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS ASISTENCIALES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

El capítulo sintetiza aspectos relevantes de la situación de recursos humanos, físicos y financieros relacionados con la APS. Destacan la infraestructura, equipamiento e insumos, la asignación y distribución del financiamiento, incluyendo los factores relevantes del déficit financiero y el uso de fondos municipales para la gestión de APS. La disponibilidad y distribución del personal asistencial es crucial, especialmente en el caso de los médicos, por su relevancia y crítica situación de disponibilidad y retención.

INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS

El SNSS cuenta con una serie de establecimientos de atención ambulatoria en el nivel primario (cuadro 6). En los consultorios generales se realiza acciones de salud de atención ambulatoria de las personas y sobre condiciones del ambiente, y tiene por objeto satisfacer las necesidades del nivel primario de atención de la población que se les asigna; cuentan con dotación de profesionales de salud, auxiliares paramédicos, y personal administrativo y de servicios, considerando las necesidades de la

demanda que debe cubrir el establecimiento y las distintas actividades asistenciales directas o de apoyo que le compete desarrollar. (2,13)

Los centros ambulatorios de nivel primario de atención son los encargados de desempeñar la función de APS a través de todo el país, destacando que la mayoría corresponden a patrimonio municipal. Los diversos tipos de establecimientos ambulatorios de APS cubren población a cargo en áreas geográficas asignadas a nivel de comunas o en un área específica de dichas comunas.

Cuadro 9. Tipos de centros de nivel primario de atención (SNSS)

Tipo de centro	Características relevantes
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	Centros APS con énfasis en salud familiar, con población asignada de 20.000 a 25.000 habitantes
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	Centros de APS con énfasis en aspecto comunitario y población asignada de 3.500 a 5.000 habitantes
Consultorio de Salud Rural (CSR)	Centros APS con población asignada de 2.000 a 5.000 habitantes (máximo 20 mil)
Consultorio de Salud Urbano (CSU)	Centros APS con población asignada de hasta 40.000 habitantes. Pueden estar adosados a hospitales de baja complejidad
Consultorio de Salud Mental (COSAM)	Centros de APS especializados en salud mental, con coberturas de población de alrededor de 50.000 habitantes
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Establecimientos APS para resolver demanda de urgencia, en general en horario no hábil
Posta Rural (PR)	Establecimientos con auxiliar de salud permanente y cobertura de áreas entre 600 y 1.200 habitantes. Reciben visitas periódicas del equipo de salud del centro APS del cual dependen funcionalmente.
Estación Médico Rural (EMR)	Centros asistenciales basados en espacio físico utilizado provisoriamente, sin personal residente. Recibe visitas periódicas de personal del equipo de salud rural cercano.

Fuente: Elaboración propia, basada en el Reglamento Orgánico del SNSS - (1,2)

Tradicionalmente han existido consultorios generales (principalmente en base a medicina general y personal de salud no especializado) tanto urbanos como rurales. Sin embargo, el gran cambio de la demografía con crecimiento de ciudades no se ha correspondido con la consiguiente red asistencial que sea pertinente a las nuevas demandas poblacionales de atención, y no se han construido

hospitales de modo suficiente para compensar el aumento de población. Por ello, se ha desarrollado una serie de tipos distintos de centros asistenciales ambulatorios, que no sólo incluyen medicina general y familiar, sino que hasta distintos grados de especialidad y complejidad tecnológica de la atención (cuadro 9).

A ello se suman centros ambulatorios y hospitales de baja complejidad (actualmente denominados “Hospitales de la Familia y la Comunidad”) que son dependientes de los Servicios de Salud; destacando que en esos hospitales tienen una capacidad resolutive y tecnológica que es apoyada además por la infraestructura y recurso hospitalario, basada en la capacidad esperada de la medicina general y de otras profesiones sin especialización. La APS también es desempeñada por algunos centros ambulatorios u hospitalarios

privados que por convenio cumplen servicios delegados, adoptando la misma modalidad asistencial del SNSS. (2)

En 2012, el Ministerio de Salud registró (a) 73 Consultorios de Salud Mental (COSAM); (b) 181 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); (c) 84 Consultorios Generales Urbanos (CGU); 61 Consultorios Generales Rurales (CGR); 417 Centros de Salud Familiar (CESFAM); 116 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF); y 1.168 Postas de Salud Rural (PSR) (cuadro 10) . (2)

Cuadro 10. Centros asistenciales que realizan APS en los Servicios de Salud, 2012

Servicio de Salud	HBC	COSAM	SAPU	CGU	CGR	CESFAM	CECOSF	PSR
Arica		2		1		5	3	8
Iquique		3	7	2	4	5	2	14
Antofagasta	2	3	6	5	2	5	3	12
Atacama	3			1	4	14	1	16
Coquimbo	5	1	10	1	11	11	6	97
Valparaíso SA	1		6	13	2	10	4	21
Viña M.-Quillota	8	2	7	10		26	7	28
Aconcagua	2		1			13	5	11
SSM Norte	1	8	13	3	1	18	7	10
SSM Occidente	1	8	3	11	5	18	13	21
SSM Central		4	5	8		11	6	1
SSM Oriente	1	8	9	2		19	4	
SSM Sur		5	22	9	2	25	10	12
SSM Suroriente		8	22	8	1	25	3	7
O'Higgins	11	2	7	1	6	25	5	80
Maule	7	1	15			41	16	158
Ñuble	5	2	6			28	5	60
Concepción	2	2	12			21	3	16
Arauco	4	4			1	5	3	33
Talcahuano	1	1	8			10	11	5
Biobío	6		3		4	11	5	69
Arauc. Norte	4		1		3	5	3	58
Arauc. Sur	8	5	3	1	6	23	10	139
Valdivia	6	2	6	3	8	6	10	61
Osorno	5		2			12	4	29
Reloncaví	7	1	5			13	5	89
Chiloé	3			1	1	8	8	75
Aysén	4			2			1	30
Magallanes	1	1	2	2		4	3	8
Total SNSS	98	73	181	84	61	417	166	1168

Nota: Hospital de Baja Complejidad (HBC); Consultorio de Salud Mental (COSAM); Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); Consultorio General Urbano (CGU); Consultorio General Rural (CGR); Centro de Salud Familiar (CESFAM); Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF); Posta de Salud Rural (PSR).

Fuente: Elaborado en base a información DEIS MINSAL 2012

Las áreas geográficas asignadas a cada Servicio incluyen comunas con muy diverso grado de tamaño de población, urbano-ruralidad y distancia de centros más complejos. Los Servicios de Salud con predominio de comunas de alta ruralidad y relativo aislamiento geográfico cuentan con una mayor proporción de hospitales generales de baja complejidad, como es el caso de S. S. O'Higgins, Maule y Araucanía Norte y Sur, donde también se cuenta con mayor proporción de postas rurales. (2)

La denominación o cambio relativo de la denominación de consultorios generales a CESFAM, lo que incluye centros urbanos y rurales. Algunos aún se siguen llamando "consultorios generales", como ocurre en la VIII Región, en cuyos Servicios de Salud se han instaurado los centros de tipo CESFAM, en reemplazo de los antiguos consultorios generales urbanos y rurales (en general son los mismos centros previos, con algún cambio del modelo).

A su vez, existen centros de nivel primario, que además de la existencia de especialistas en medicina familiar, pueden incluir la presencia y actividades de otros médicos especialistas básicos. Ese tipo de adición profesional representa una solución parcial a la necesidad de innovar o cambiar la característica de un centro de APS. Más específicamente, tienden a ser adaptaciones funcionales a la imposibilidad de corto plazo, de transformar el centro local en un establecimiento que pueda cubrir una población asignada que ha crecido de tal modo que ya requiere contar con centros asistenciales de niveles más complejos e incluso hospitales.

La construcción, ampliación o reposición de los centros asistenciales dependen de inversiones en las cuales intervienen los Ministerios de Salud, Desarrollo Social y Hacienda y son orientados por estudios de la red asistencial. Los establecimientos bajo administración municipal pertenecían previamente al SNSS y con el proceso de traspaso de administración a los municipios, el patrimonio de esos centros fue entregado a los municipios. Sin embargo hasta la actualidad y en general, las inversiones en los centros municipales son aportadas por estimaciones estatales propuestas por el Ministerio de Salud.

El equipamiento que pueda tener cada centro de APS depende de las posibilidades financieras regulares o de inversión que tenga cada centro y municipio, lo que es muy variable entre ellos. Bajo la administración municipal, los municipios tienen la responsabilidad de mantener y equipar sus

establecimientos de APS. Hay programas específicos destinados a aumentar la capacidad resolutive de la APS, pero no se cuenta con datos nacionales oficiales sobre la disponibilidad de equipamiento relevante a nivel de cada centro o municipio, en especial aquellos equipos destinados a apoyar las actividades diagnósticas, terapéuticas e informativas que deben cumplir los centros de APS.

El tipo y complejidad de cada centro asistencial que realiza APS debiera ajustarse al crecimiento y cambios en la población a la cual fue destinado originalmente a servir, lo que requiere acomodación de su infraestructura y recursos. En las últimas cuatro décadas, la población chilena ha aumentado en 61%, pero la variación del tamaño de población comunal ha sido bastante heterogénea, por la marcada urbanización de la población y el crecimiento de las grandes ciudades. El cambio demográfico y epidemiológico de la población también es un factor que debiera ser considerado al revisar lo que es necesario ajustar en el tipo, complejidad y número de centros de nivel primario, para que la infraestructura de esos centros sea más coherente con la demanda esperada, y la acción que es necesario hacer en la comunidad.

Los centros de nivel primario tienen distinto grado de antigüedad de construcción, obsolescencia y estructura para servir a la demanda local. Se ha hecho un gran esfuerzo importante en la construcción de nuevos centros especialmente desde 2005, pero aún quedan muchos de ellos que fueron construidos hace ya varias décadas y destinados a proveer asistencia a una demanda que ha variado y aumentado en la población del área geográfica cubierta, que ha aumentado especialmente en las áreas urbanas. La población del país aumentó en 40,6% entre 1990 y 2018 y la proporción urbana aumentó de 83,5% a 87,0% en ese lapso.

Al aumentar la población en algunas áreas urbanas emergentes, no es fácil poder cambiar o aumentar la infraestructura en el corto plazo, para convertirlo en un centro ambulatorio más complejo bien crear un hospital cuando ello se haga necesario. Los consultorios generales de áreas urbanas cubren tamaño de población más grande, pero la cobertura de las áreas internas más pequeñas (barrios o sectores geográficos de una comuna) puede ser bastante más heterogénea. La población de cada sector geográfico específico puede tener muy diversa condición socio-económica, vulnerabilidad social y sanitaria, y problemas en salud.

Los medicamentos constituyen insumos esenciales en la APS. Su disponibilidad y entrega a los usuarios depende de las determinaciones de arsenal farmacológico de APS que cada Servicio de Salud determina anualmente, y del adecuado y oportuno suministro a cada centro, incluyendo la existencia de stocks de seguridad. Además de los medicamentos incluidos en dicho arsenal para APS, se genera una demanda adicional proveniente de pacientes que requieren ser atendidos en niveles asistenciales más complejos (en listas de espera del sistema de referencia de morbilidad), pero en el intertanto solo pueden continuar asistiendo al nivel primario mientras esperan poder ser atendidos donde corresponda, lo que puede abarcar un período de enfermedad y necesidad de medicamentos que deben prescritos por especialista. Dichos pacientes no pueden recibir medicamentos de otros niveles (de especialidad) hasta que su atención no se concrete, mientras que sus necesidades de medicamentos exceden lo que la APS dispone en su arsenal farmacológico y que puede ofrecer. Dada esa necesidad no resuelta de medicamentos (a veces crucial), se han generado las “farmacias populares” municipales, para contribuir a que esos pacientes accedan a medicamentos a costos más razonables y accesibles. (pagados de su bolsillo).

De acuerdo a la Encuesta CASEN 2013 (que reporta datos de encuestados según sistema previsional y no sobre el sistema asistencial), indica que los beneficiarios FONASA accedieron a todos los medicamentos en 92,7%. El 5,0% accedió sólo a algunos y 2,3% no accedió a ninguno. Respecto al pago por recepción de medicamentos en últimos tres meses, en los beneficiarios FONASA, destaca que el 48,1 los recibió todos gratis, el 13,5 % recibió algunos gratis, el 37,3 pagó por todos y el 1,2% ya los tenía todos. (2)

EL FINANCIAMIENTO

Las características y condiciones del personal asistencial se rigen por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que se aplica a los trabajadores que pertenecen a una administradora de centros asistenciales de APS, ya sea la municipalidad misma o a la entidad privada a quien la municipalidad delegue la administración. Su rol es ejecutar en forma personal y exclusiva acciones directamente relacionadas con APS, incluyendo acciones que se realizan en rondas asistenciales o

bien que faciliten o contribuyan a la realización de las acciones directas de APS. (6)

El Estatuto de Funcionarios Municipales (ley 18.883) rige a quienes están contratados en los municipios, que complementa a la ley 19.378. Los profesionales médicos, químico-farmacéuticos y dentistas también se rigen por dicho Estatuto. La condición contractual y normativa del personal de APS ha tenido adaptaciones y complementos históricos del marco Jurídico de la APS Municipal, a partir de la condición original de la administración municipal. (6)

El personal es clasificado en seis categorías funcionarias:

- Médicos cirujanos, farmacéuticos, químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujano-dentistas
- Otros profesionales (carreras de al menos ocho semestres de duración)
- Técnicos de nivel superior (título técnico de egresado de un centro de formación técnica o de un instituto profesional, que ha aprobado un programa de estudios *determinado*)
- Técnicos de salud (curso acreditado de al menos 1.600 horas)
- Administrativos de salud (con licencia media)
- Auxiliares de servicios de salud.

Los contratos pueden ser indefinidos (ingreso por concurso y según el Estatuto) o de plazo fijo. Las condiciones de carrera funcionaria se establecen según criterios que ponderan las entidades administradoras. La carrera funcionaria es entendida como el conjunto de disposiciones y principios que regulan la promoción, mantención y el desarrollo de cada funcionario en su respectiva categoría. En cada categoría, se constituyen 15 niveles diversos, sucesivos y crecientes (a partir del nivel 15). Cada funcionario es clasificado según experiencia, capacitación y mérito (esto último, según una comisión de calificación comunal). (6)

La modalidad de asignación y montos del financiamiento que el Ministerio de Salud aplica a la APS bajo administración municipal es crucial, por cuanto ese tipo de administración involucra al 90,5% de esos centros. Cada municipio recibe mensualmente, de los Servicios de Salud correspondientes, el aporte principal para la administración y desempeño de la APS. (3)

Existen cuatro tipos de aportes principales:

- a) El aporte estatal mensual basado en el per cápita basal, fijado por decreto anual del ministerio de salud, que se incrementa por algunos indexadores: en promedio se ajusta por los siguientes factores: pobreza (2,8%); ruralidad (5,2%); adulto mayor (1,4%), y zona en desempeño difícil (3,0%);
- b) Aporte estatal por convenios específicos para actividades especiales, como financiamiento de SAPU (salas ERA), aporte complementario parcial por el costo de patologías GES;
- c) Aporte estatal por leyes de funcionarios de APS, que se relacionan con leyes de incentivos; y
- d) Lo que cada municipio aporta, según acuerdo de cada Concejo municipal y disponibilidad financiera local. (4-6)

En 2016, el valor per cápita basal era \$4.895 mensuales. La estimación del per cápita estima un costo asistencial directo (51,7%) asumiendo una remuneración media y jornadas necesarias; a lo que se agrega administración del establecimiento (18,7%); administración municipal (6,3%); farmacia (11,8%); y gastos de operación (11,8%).

El costo estimado del “plan de salud familiar” incluía en 2010, 79 tipos de prestaciones por ese concepto más 12 prestaciones por el programa GES (91 en total).

El aporte estatal dirigido al cumplimiento de programas específicos también incluye Chile Crece Contigo, Equidad en Salud Rural, Sistema de Urgencia Rural, Rehabilitación Integral de Base Comunitaria y otros. Además, del aporte de cada presupuesto municipal, se cuenta con aportes del Fondo Común Municipal. En 2015, el per cápita final fluctuó entre 7.782 pesos mensuales en Quinchao y 4.410 pesos mensuales en Quilicura. (5)

La modalidad de asignación y distribución financiera se basa en objetivos (explícitos e implícitos) que buscan una serie de beneficios esperados (como vincular pagos con eficiencia en desempeño y resultados, eficiencia distributiva y equidad). La normativa vigente entrega gran responsabilidad de cumplimiento de determinadas metas a los municipios, con compromiso de cumplimiento que se liga al financiamiento (como lo indicado en normas y programas de salud, convenios y el Programa GES).

En este contexto, se produce un exigente requerimiento normativo de acción impuesto por la autoridad rectora del SNSS (el Ministerio de Salud), que en algunos aspectos se liga al financiamiento - lo que no es necesariamente coherente ni consecuente con la muy diversa capacidad asistencial y con la productividad que es posible obtener de los recursos locales que poseen los municipios y los centros de APS; ello es más crítico en las comunas y municipios más pobres.

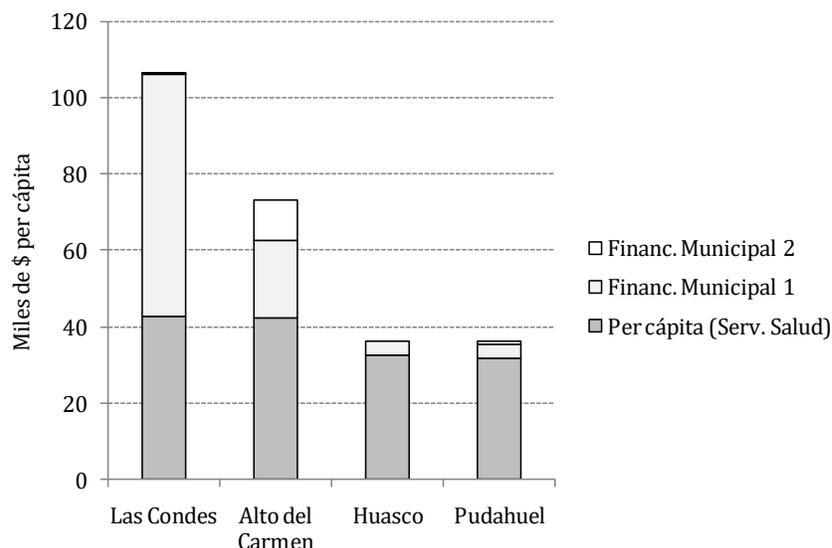
Para que existan condiciones que permitan el cumplimiento esperado de los centros APS, se requiere un recurso en general mayor al que proviene desde FONASA, los Servicios de Salud o de otras fuentes locales municipales. Ello se evidencia con las persistentes brechas financieras de la APS. En consecuencia, no se puede cumplir con todo lo pactado originalmente (o bien las metas son mucho menos ambiciosas, para asegurar su cumplimiento).

Es función y responsabilidad básica del Ministerio de Salud, que se pueda contar con todos aquellos recursos y funciones de APS que son necesarias (en forma adecuada, oportuna y suficiente) para un adecuado desempeño. Pero falta el monitoreo y evaluación de la relación entre recursos provistos y desempeño realizado.

La falta de coherencia entre criterios de cumplimiento de APS que impone la autoridad sanitaria y los insuficientes recursos financieros que aporta para lograr el desempeño requerido es de gran influencia histórica, con arreglos importantes pero insuficientes. Ello ha contribuido a no poder resolver de modo suficiente los problemas inherentes al nivel y distribución del financiamiento de la APS municipal. Ello redundará en notorias limitaciones de recurso y desempeño en un nivel esencial frente a las necesidades de salud de la población local.

Las Direcciones de Servicios de Salud, que son la contraparte del convenio con municipios, tienen limitada injerencia para fortalecer el financiamiento que debiera corresponder a los planes anuales de salud consolidados a partir de cada centro y comuna, pero que es finalmente determinado según las posibilidades presupuestarias nacionales, que proviene asignado y distribuido bajo los criterios y condiciones determinados por la autoridad sanitaria nacional (asignación esencialmente vertical).

Figura 9. Aporte per cápita de Servicios de Salud y financiamiento municipal en comunas seleccionadas, 2011



Fuente: Elaborado en base a presentación de A. Robles. A, basado a su vez en información MINSAL 2011

La figura 9 se basa en información aportada por Diputado A. Robles (de Tercera Región, que incluye comunas de Huasco y Alto del Carmen) en debate de Jornada OPS-MINSAL (2011) sobre si la APS debe permanecer en los municipios (7). Destaca que, si bien hay diferencias de 30 a 32% entre el per cápita asignado a esas comunas, destaca que la comuna Las Condes (comuna del pequeño grupo de mayores recursos y elite del país) aporta un presupuesto adicional que es casi una vez y media más que el per cápita asignado. En el caso del Carmen, recibe alrededor de 50% adicional municipal, mas 25% adicional para fondos de inversión. Ello significa que cada comuna enfrenta distintas posibilidades de financiamiento adicionales al per cápita, pero cada comuna cuenta con muy diverso presupuesto adicional para asignar a la APS local. (7)

La asignación de pago per cápita presume que cada centro se hará cargo de personas inscritas, cubriendo individualmente, todo el ámbito de prevención y curación, con atención APS continua e integral. Al faltar recursos y financiamiento, las actividades de concentran en lo curativo e incluso en atención de urgencia, en detrimento de la promoción y prevención (que incluye trabajo activo con la comunidad o cobertura activa). Existe el riesgo de sesgo de mal estimar la cobertura ofrecida y la efectiva, pues los inscritos no corresponden a una población cautiva del centro donde aparecen

inscritos, ni significa que son efectiva e integralmente cubiertos cada vez que lo necesitan.

Como compensación parcial, los cálculos de asignación y distribución financiera utilizan mecanismos de ajuste decididos desde un nivel normativo central, basados en fórmulas teóricas que incluyen factores que se asumen de un modo muy general, que podrían favorecer mayor equidad, y además se usa el Fondo Común Municipal. Las variables (llamadas indexadores) para ajustar el pago per cápita, no se apoyan en forma precisa relacionada con las condiciones demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población de cada comuna (sino del nivel financiero de los municipios) y no representan mecanismos de ajuste adecuados a lo que se pretende lograr, como por ejemplo mayor equidad en distribución del financiamiento. (8)

Ese ajuste permite una corrección imprecisa e insuficiente (inadecuada); esos mecanismos correctores secundarios serían innecesarios si es que el financiamiento del SNSS permitiera un correcto modo de distribución de recursos suficientes a toda la red nacional, bajo la gestión efectiva de las Direcciones de los Servicios de Salud. (8)

Dado el nivel y modo de financiamiento del SNSS que repercute en deficitario recurso disponible en los municipios, estos últimos no cuentan con

suficiente autonomía real o efectiva (salvo excepciones), para poder adaptar y utilizar sus propios recursos de un modo suficiente que les permita responder libre, adecuada y específicamente a las necesidades locales de cada comuna. Ello significa que las finanzas tienen utilidad limitada para asegurar un desempeño óptimo de la APS a nivel local. (9)

El objetivo general proveniente de la lógica de descentralización plantea que los municipios autónomos podrían lograr mejor gestión y beneficios en salud, con recursos financieros de los Servicios de salud e incluso propios. Pero ello no ocurre en la práctica y el modo y nivel de financiamiento resulta inconsistente para muchas de las comunas, provocando y manteniendo una innecesaria inequidad. Tanto la asignación básica estimada, como los factores de ajuste resultan insuficientes y distribuidos de modo ineficiente conforme a los requerimientos asistenciales locales y necesidades de salud de la población. Esta situación resulta muy crítica en municipios de pocos recursos que se ubican en comunas con población de bajos ingresos.

El financiamiento de la APS bajo administración municipal es relevante en la APS global, por cuanto incide en el financiamiento del más del 90% de la APS en el SNSS. Desde su creación y por diversos factores, los centros de APS bajo administración municipal han operado bajo un histórico déficit financiero, junto a la carencia y distribución inequitativa de otros recursos, como infraestructura, personal e insumos. (9) Por ello y especialmente desde 1990, diversos gobiernos han logrado aumentar en forma importante el financiamiento, agregando una compleja modalidad de asignación y distribución financiera a los municipios. Además del aumento, se ha buscado que el financiamiento tenga mayor equidad, objetividad y transparencia, (lo que requiere de debida y objetiva evaluación). Por ejemplo, entre 2000 y 2010, el valor del per cápita basal subió de \$841 a \$2.320. (5,9)

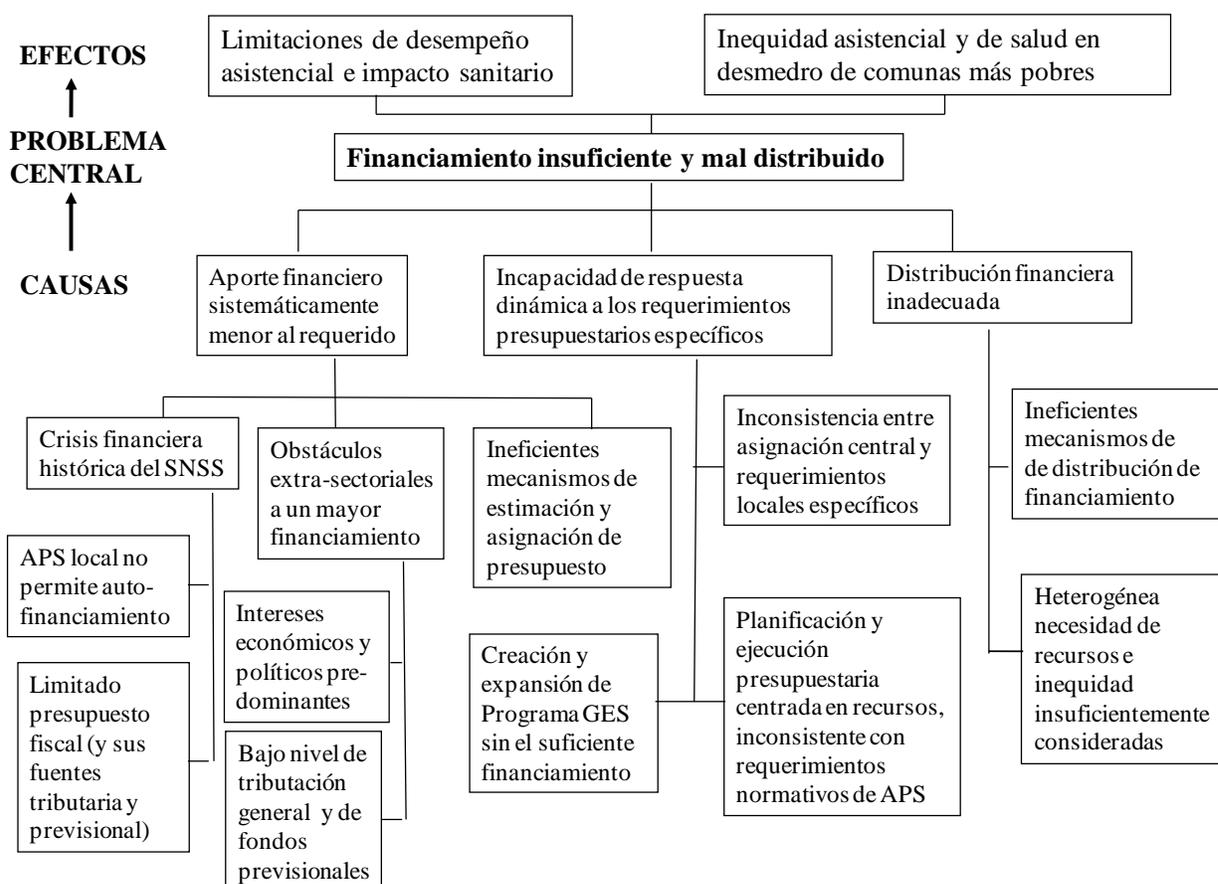
El financiamiento local de la APS depende de una serie de factores que influyen en la disponibilidad y limitaciones del recurso financiero local; entre ellos destacan: (a) el déficit financiero histórico global al cual sigue sometido el sistema público de salud; (b) el deficitario nivel de financiamiento que se aporta a

la APS, que es sistemáticamente menor que lo que se necesita para funcionar y cumplir sus responsabilidades de modo básico; y (c) el mayor requerimiento de gastos por actividades que ha implicado el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), que entrega responsabilidad de aumentar actividades cruciales en los centros de APS, las que no se han acompañado del necesario financiamiento, o incluso se debe pagar atención externa al sistema público, que resulta ser más cara. La aplicación del programa GES ha producido exigencias asistenciales mucho mayores a que ha sido sometida la APS, ha ahondado la crisis financiera y el desempeño de la APS (en desmedro del resto actividades asistenciales de APS).

El financiamiento adecuado y suficiente de la APS municipal es responsabilidad de la autoridad sanitaria. Su incumplimiento obliga a los municipios a tener que pagar de sus propios fondos por administrar, lo que resulta muy crítico o imposible en municipios pequeños y aquellos con escasos recursos propios, los cuales reciben costos fijos per cápita (3,10,11) En consecuencia, la limitación financiera impide el desempeño adecuado para cumplir con los exigentes requerimientos del modelo normativo de APS actual, mientras que la modalidad y responsabilidad ministerial de aportar el necesario financiamiento (especialmente ajustar el valor per cápita y convenios, así como cerrar brechas producidas) no se ha adecuado en debida consecuencia. (9)

Según distintos estudios (se proyectan estimaciones de micro costeo), el déficit estimado de lo que se aporta por concepto de per cápita basal fluctuaría entre 34% y 52%. Los estudios de la Asociación Chilena de Municipalidades (ACHM) en 2011, se han acompañado de propuestas específicas respecto a las variables a considerar para lograr un mejor nivel y distribución más eficiente y equitativa del financiamiento, planteando escenarios alternativos, con diverso nivel de financiamiento basal. (8,9) Esa misma asociación hace “propuestas urgentes” para mejorar el sistema de pago de programas por convenios, indicando problemas en oportunidad en conocimiento acuerdo y entrega de recursos, una negociación más efectiva, e incorporar costos de administración. (8,9)

Figura 10. Factores que contribuyen al déficit financiero del nivel primario de atención



Existen diferencias específicas relacionadas con el financiamiento total que el municipio necesita para la administración y desempeño de APS (infraestructura, equipamiento, medicamentos, personal y financiamiento) y lo que recibe en virtud de los convenios que los municipios suscriben con los Servicios de Salud.

Las restricciones financieras básicas de larga data contribuyen a limitaciones en la cantidad y calidad de atención, con una provisión de actividades que por falta de recursos es sistemáticamente menor a la requerida. Ello se relaciona con un déficit de cobertura encubierto (cuando como alternativa ante limitaciones de APS, los beneficiarios acuden a atención privada o a servicios de urgencia de otros niveles). Por ese motivo, no se ha logrado resolver la crisis financiera y a lo más, logran aumentar parcialmente una provisión de servicios en APS que es insuficiente para los requerimientos de la población local. (12)

Los factores relevantes del financiamiento insuficiente y mal distribuido (en forma inequitativa) se sintetizan en la figura 10.

La falta de recursos limita la capacidad de respuesta a los requerimientos presupuestarios específicos y una distribución financiera inadecuada entre comunas y centros asistenciales, por deficientes mecanismos de estimación y asignación de presupuesto entre las diversas comunas. También contribuye a perpetuar la inequidad asistencial y de salud, en desmedro de la población de comunas más pobres y mayores necesidades de salud.

Cabe destacar que el nivel y modo de asignación financiera de APS no se complementa por algún auto-financiamiento local; pues los ingresos directos de la APS son prácticamente inexistentes, ya que la atención es gratuita a los beneficiarios. La deficitaria situación histórica se relaciona principalmente con importantes obstáculos extra-sectoriales que siguen impidiendo que exista el financiamiento básico que requiere la APS.

Un eventual mayor financiamiento – para cubrir los requerimientos básicos de la APS – requiere provenir de una mayor tributación general, lo cual no es factible en el corto plazo, pues se contrapone a los predominantes intereses económicos y políticos, los que influyen fuertemente sobre el Estado (especialmente el parlamento, que determina en definitiva las leyes y presupuestos fiscales). El sistema político y económico vigente en las cuatro últimas décadas está solidificado para impedir cambios radicales en favor de mayor tributación y apoyo al sistema público de salud.

También se requiere un mayor financiamiento del sistema de previsión pública en salud, FONASA, entidad de aseguramiento que incluye un heterogéneo universo de beneficiarios cuya prima mensual fluctúa desde 7% de sus ingresos (con predominio de relativos bajos salarios) hasta gratuidad de prima. Dado que el ingreso global por primas es muy insuficiente, el Estado debe contribuir por quienes no cotizan y esto último sólo es posible en base a fuente de impuestos generales.

El déficit financiero ha sido incrementado por el requerimiento de cumplir una serie de prestaciones del programa GES en la APS. El “plan de salud familiar” incluía en 2010, 79 tipos de prestaciones incluidas en ese plan más 12 prestaciones por el programa GES (91 en total).

Las positivas evaluaciones de la autoridad sanitaria respecto al aumento absoluto del financiamiento para el Programa GES, no se correlacionan con las necesidades de financiamiento que necesita cada centro asistencial APS y cada municipio, para poder cumplir sus funciones esperadas, conforme a: (a) las actividades que se necesitan hacer para responder a necesidades de salud de la población asignada; (b) poder cumplir los requerimientos asistenciales que se desprenden de la normativa vigente, como las normas técnicas y programas de salud; y (c) el mayor gasto concreto que representa para cada centro de APS, el tener que cumplir con el programa GES.

Según un estudio realizado en 2007 por la Asociación Chilena de Municipalidades, se formula que : “...Si bien hoy el Estado ha aumentado la Inversión en Salud en forma progresiva, a nivel Municipal existen estructurales alcances en permitir su financiamiento, en virtud que las prestaciones han aumentado sus costos, no así necesariamente los ingresos de cada Municipalidad, obligando cada día a los Municipios a un mayor nivel de aporte económico,

el cual a la fecha se considera insostenible desde la óptica financiera...” (8)

El mismo estudio indicaba que para cumplir con la canasta de prestaciones (excluidas GES), se generaba un déficit de 45,8% que debían cumplir los municipios. En esa época, se estimaba que los municipios aportaban un 20% del gasto en salud. Además, se indica que desde la modalidad de pago según el programa GES contribuía a distorsionar aún más la estimación de aportes, contribuyendo a déficit financiero. Montero et al (2010) indicaba que más de la actividad del gasto municipal de APS va a las actividades GES. (3,8)

En 2011, se realizó un Foro organizado por OPS/OMS y el Ministerio de Salud, respecto a la pregunta ¿La atención primaria de salud debe permanecer a cargo de los municipios? Destaca que, en base a comparación de gastos entre comunas, el Diputado A. Robles planteó: “...la comparación entre comunas muestra grandes diferencias en el aporte de los municipios al financiamiento de la salud y el peso que este aporte tiene en el presupuesto municipal; de igual manera, se constatan importantes variaciones en el per cápita entre comunas ricas (\$106.517 en Las Condes) y pobres (\$36.129 en Pudahuel) ...” (pág. 10) (7)

El mismo parlamentario también la influencia del financiamiento en las dificultades de la APS bajo administración municipal: “...Las dificultades para desmunicipalizar son el financiamiento (per cápita y aporte municipal), el estatuto de atención primaria, y los intereses gremiales y políticos. También hay oportunidades: el financiamiento debe venir a través de la ley de presupuesto, de manera que el estado otorgue recursos para la atención primaria, y particularmente a la promoción y prevención; mantener el estatuto de atención primaria para aquellos que atiendan promoción y o prevención; y, liberar los recursos de APS a los municipios...” (pág. 10). (7)

Se produce una inconsistencia entre los planes y programas nacionales, la asignación estimada centralmente con una fuerte influencia o lo que hay y del aporte histórico, y los requerimientos regionales y locales específicos. Por ello, la asignación y ejecución presupuestaria resulta inconsistente con respecto a lo que la propia autoridad pide cumplir, y con lo que se necesita a nivel local para poder operar adecuadamente, en respuesta al cumplimiento programático requerido y a las necesidades locales de salud.

El financiamiento de la autoridad sanitaria a cada municipio incluye una proporción destinada a la administración de APS. Sin embargo, los municipios terminan finalmente usando de sus propios recursos municipales para cubrir los déficits de APS (y utilizan otros fondos compensatorios parciales, como el Fondo Común Municipal). Las diversas fuentes que han revisado el tema de financiamiento coinciden en indicar que el aporte estatal a la APS municipalizada resulta insuficiente para dar cobertura a todas las obligaciones del sector, incluyendo la gestión de las Garantías Explícitas en Salud GES. Por ello, la mayoría de Municipios contribuyen a sostener el sistema con aportes propios que se estima entre 13% y 20% del gasto por APS municipal. (3,8,9,11)

Esa histórica limitación del presupuesto municipal no ha sido considerada obstáculo para seguir manteniendo la modalidad de administración municipal. Esta situación atenta contra cualquier principio básico de gestión, en la cual, un determinado administrador paga - de su propio recurso - por administrar (y en proporción no despreciable), especialmente en municipios de escasos recursos e insuficientes asignaciones de compensación financiera parcial.

Esta situación resulta paradójica en términos de gestión, pues un determinado administrador termina pagando - de su propio recurso - por administrar (y en proporción no despreciable). Ello resulta especialmente crítico en municipios de pocos recursos, que se ubican en comunas con población de bajos ingresos. Se realiza además un ajuste parcial pero insuficiente hacia los municipios de menores recursos, a través de distribución del Fondo Común Municipal, pero eso corresponde a una solución parcial insuficiente que no debiera ser necesaria (en caso de contar con un buen sistema de asignación de financiamiento).

La visión utilizada - ya desde hace varios años - por El Ministerio de Salud en cuanto a generar "incentivos de desempeño" aplicados a los centros asistenciales, en que se comparten riesgos y beneficios que repercuten en el financiamiento de cada centro, corresponden esencialmente a una visión de cuasi-mercado neoliberal (compradores y prestadores públicos) y no a una red solidaria e integrada de servicios públicos de salud, donde el nivel central y los regionales debieran preocuparse por apoyar a la APS y los centros que están en contacto con la población y sus particulares

necesidades sanitarias. Y todo ello con criterios de asegurar una red nacional que sea integrada, solidaria, eficiente y equitativa.

Uno de los objetivos de la modalidad de gestión municipal asume que el municipio tiene fondos locales que podría canalizar, más allá del utilizado según presupuesto y posibilidades históricas de financiamiento. Dada la gran disparidad de condiciones socioeconómicas de la población, ello repercute en gran disparidad de recursos municipales y fondos que puede manejar cada municipio (comunidades más pobres tienen a tener municipios más pobres). No ha habido solución suficiente y coherente con el mejor modo de financiar este nivel, especialmente en establecimientos municipales. (Modalidad FAPEM, luego per cápita inscrito, luego otros ajustes que efectivamente ajustan parcialmente por necesidad asistencial).

EL PERSONAL ASISTENCIAL

Las características y condiciones del personal asistencial se rigen por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que se aplica a los trabajadores que pertenecen a una administradora de centros asistenciales de APS, ya sea la municipalidad misma o a la entidad privada a quien la municipalidad delega la administración. Su rol es ejecutar en forma personal y exclusiva acciones directamente relacionadas con APS, incluyendo acciones que se realizan en rondas asistenciales o bien que faciliten o contribuyan a la realización de las acciones directas de APS. (6)

El Estatuto de Funcionarios Municipales (ley 18.883) rige a quienes están contratados en los municipios, que complementa a la ley 19.378. Los profesionales médicos, químico-farmacéuticos y dentistas también se rigen por dicho Estatuto. La condición contractual y normativa del personal de APS ha tenido adaptaciones y complementos históricos del marco Jurídico de la APS Municipal, a partir de la condición original de la administración municipal. (6)

El personal es clasificado en seis categorías funcionarias:

- Médicos cirujanos, farmacéuticos, químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujano-dentistas
- Otros profesionales (carreras de al menos ocho semestres de duración)

- Técnicos de nivel superior (título técnico de egresado de un centro de formación técnica o de un instituto profesional, que ha aprobado un programa de estudios *determinado*)
- Técnicos de salud (curso acreditado de al menos 1.600 horas)
- Administrativos de salud (con licencia media)
- Auxiliares de servicios de salud.

Los contratos pueden ser indefinidos (ingreso por concurso y según el Estatuto) o de plazo fijo. Las condiciones de carrera funcionaria se establecen según criterios que ponderan las entidades administradoras. La carrera funcionaria es entendida como el conjunto de disposiciones y principios que regulan la promoción, mantención y el desarrollo de cada funcionario en su respectiva categoría. En cada categoría, se constituyen 15 niveles diversos, sucesivos y crecientes (a partir del nivel 15). Cada funcionario es clasificado según experiencia, capacitación y mérito (esto último, según una comisión de calificación comunal). (6)

El recurso humano de la APS bajo administración municipal es relevante por cuanto corresponde a más del 90% del personal de la APS global en el SNSS. El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, estipulado en la Ley 19.378 (1995), norma la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud. También regula la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud. (13)

Cabe destacar el enorme esfuerzo y dedicación desplegado por las autoridades, gerentes y personal de salud en todo el país, para contribuir al continuo funcionamiento de este relevante tipo de atención. La amplia cobertura nacional lograda en los programas básicos de salud, como en el caso de la atención materno-infantil, ha contribuido positivamente a la importante mejoría de condiciones de salud de la población.

Cabe destacar que en los primeros días de inicio del gobierno del período 2014-2018, se difundió el documento de la Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría denominado “*La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos*” (marzo de 2014) (14). Dicho documento destaca los problemas y necesidades de mejorar la provisión de servicios de salud, y plantea procurar

una atención primaria fuerte como base del sistema de salud. Entre los principales elementos centrales para ese fortalecimiento, se planteó el adecuado financiamiento y fortalecimiento de los equipos de trabajo con mejores condiciones de trabajo, formación, mejor gestión y nuevas tecnologías. También se sugirió incluir la salud rural dentro de las prioridades de mejoramiento. (14)

En el contexto del SNSS, no existe un nivel de referencia preciso que determine la disponibilidad de personal que se requiere - en cantidad y tipo de personal asistencial de salud - por cada centro asistencial o por volumen de población objetivo. Los estudios o evaluaciones sobre el recurso humano se basan en la existencia histórica de la dotación, en referencias obtenidas al observar el nivel logrado en otros países, o bien en niveles recomendados internacionalmente para APS. (15)

Como referencia no precisa, el Art. 11 del Estatuto de APS Municipal indica que la dotación adecuada para desarrollar las actividades anuales, será fijada por la entidad administradora correspondiente. (13) Deja al criterio de dicha entidad, considerar los siguientes aspectos:

- Población beneficiaria
- Características epidemiológicas de la población objetivo
- Normas técnicas que imparta el Ministerio de salud
- Número y tipo de establecimientos de APS a cargo de esa entidad
- Disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

La fijación de la dotación es anual y en caso de que eventuales observaciones del Servicio de Salud a esa propuesta no sean aceptadas por la entidad administradora, entonces se conforma una comisión que incluye al Secretario Ministerial de Salud y al alcalde (pero no al Director del Servicio), que finalmente determina la dotación anual (15). Cabe recordar que los profesionales de salud, en especial los médicos, son el recurso crucial en el funcionamiento de APS.

La falta de mayor precisión, la falta de referencia para estimar más concretamente las horas profesionales requeridas representa una seria discrecionalidad y ambigüedad que impide contar con una distribución más eficiente y equitativa del

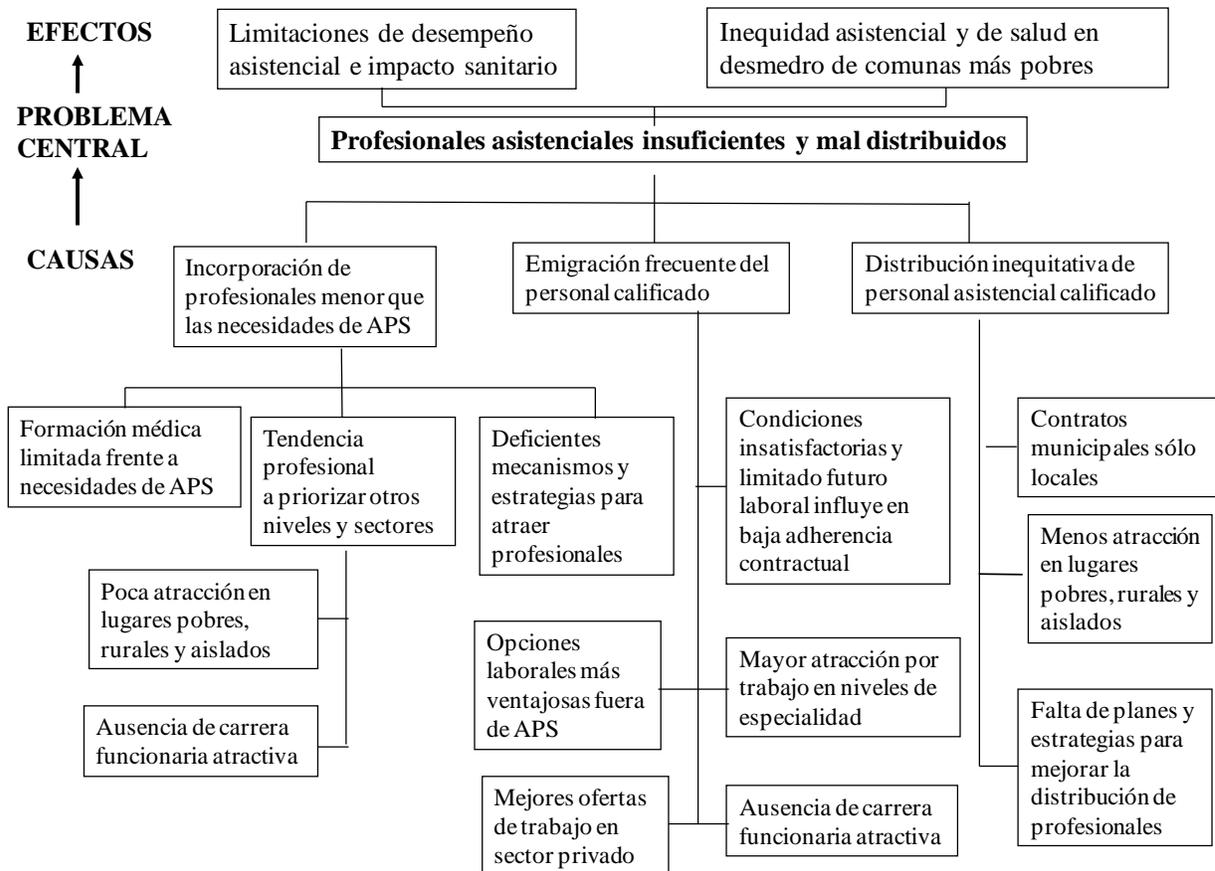
personal asistencial, y no es el modo de enfrentar e intentar solucionar la crisis de personal que ha acompañado la existencia de la administración municipal de la APS.

La falta de un mecanismo más preciso y comparable a nivel nacional para estimar la dotación de personal que se necesita, implica una falencia de planificación que pueda ser más adecuada, efectiva y equitativa. Ello se necesita para definir concretamente los requerimientos de personal asistencial de APS en la realidad del SNSS en Chile, incluso a nivel de cada centro asistencial. El requerimiento de personal debe estimar el número preciso de horas semanales necesarias para cumplir los programas y actividades de salud (a su vez adecuadamente estimadas en torno a las normas técnicas y programas de salud aplicados a la

población objetivo), adaptado a al tamaño de población y sus necesidades de salud locales.

La figura 11 sintetiza algunas de las causas relevantes de la insuficiencia y distribución inadecuada de profesionales asistenciales de APS, en especial de médicos. El déficit y mala distribución contribuye a limitar el desempeño asistencial y el esperado impacto sanitario. También contribuye a perpetuar la inequidad asistencial y de salud, en desmedro de la población de comunas más pobres. El personal asistencial de salud - recurso clave para la gestión y acción en APS - ha recibido mejoramientos parciales importantes, vía estatutos o logros gremiales. Pero no resultan suficientes para asegurar satisfactorias condiciones de trabajo, gratificación y retención de dicho personal, ni ha permitido lograr una distribución más equitativa.

Figura 11. Factores que contribuyen a la insuficiencia e inequitativa distribución de profesionales asistenciales en el nivel primario



La posibilidad de contratar y mantener personal local no depende solamente de que haya financiamiento dispuesto para ello. Los centros de APS no tienen capacidad de autofinanciamiento

local y no reciben recursos suficientes para cumplir con los requerimientos técnicos y programáticos y con las necesidades sanitarias locales. También es importante la capacitación continua del personal

para ejercer apropiadamente las funciones de APS y evitar la mantención del modelo bio-médico.

La formación de pregrado, especialmente médicos, prioriza el trabajo en niveles más complejos, de especialidad y hospitalarios, con foco curativo. La cultura prevalente en esa profesión tiene similar prioridad, así como atracción por el trabajo parcial o total en el sector asistencial privado. Aún para profesionales motivados, existen pocas condiciones salariales y de modo de vida que representen atracción por desempeñarse en APS de lugares urbanos pobres, rurales y sectores aislados geográficamente, especialmente si no hay incentivos profesionales atractivos.

A pesar de que el Estatuto de APS municipal estipula una carrera funcionaria, y se han establecido incentivos importantes para la integración y permanencia de médicos en la APS, especialmente en medicina familiar, los incentivos aportados no resultan suficientes para asegurar permanencia del personal calificado, considerando que los profesionales están abiertos a otras opciones de contrato funcionario, tanto en los Servicios de salud como en otros sistemas asistenciales, ya sean públicos o privados. El sistema de contratos en la administración municipal, dependiente de condiciones en cada una, es menos atractivo que la incorporación de profesionales a los Servicios de salud, incluyendo los centros de APS que pertenecen a dichos Servicios.

La posibilidad de distribución directa y de corto plazo de personal asistencial más escaso y calificado, como los médicos y otros profesionales de salud, escapa del control o ámbito de acción del Ministerio o los Servicios de Salud, y es un aspecto que ajeno al sistema de administración municipal a nivel local. Entre compensaciones parciales al problema, se permite que personal asistencial crucial pueda ser enviado en comisión desde los Servicios a los municipios (ajustes secundarios a un sistema de distribución que no opera según la normativa imperante). Las becas de especialización también funcionan como incentivos para la atracción de médicos a la APS.

La incorporación de profesionales extranjeros, especialmente médicos, representa una solución parcial al déficit de médicos nacionales en APS. Entre otros aspectos, ello acarrea un doble problema adicional: los inmigrantes tienden a privar a sus países de origen de valioso y necesario personal sanitario, y hay importante proporción de médicos

extranjeros que no reúne adecuadas condiciones de conocimientos y competencias para desempeñar con buena práctica la profesión clínica básica que se necesita en APS.

Los centros de APS tienen muy distinto grado de atracción y adherencia de profesionales de salud. Ello es mejor en los centros generales urbanos, en desmedro de aquellos rurales, aislados o en sectores de población de bajo nivel socioeconómico. A pesar de esfuerzos de incentivos y de formación de especialidad en temas como salud familiar o formación gerencial, la falta de adherencia profesional a la carrera en APS indica la falta de recursos y estrategias para procurar una mejor incorporación, mantención y distribución de profesionales de salud en la APS, a lo largo del país, con particular énfasis en aquellos lugares donde el personal calificado es más escaso y necesitado.

LOS MÉDICOS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

Los médicos que se desempeñan en la APS del SNSS constituyen un tipo de profesional esencial, que realiza un crucial desempeño clínico (tanto preventivo como curativo) y además tienden a asumir liderazgos y roles de gestión en los equipos de personal, centros asistenciales, programas de salud y en el trabajo activo con la comunidad, abiertos a una cobertura activa en la población. Como parte del equipo de salud, constituyen el personal de primera línea asistencial respecto a la población, sus necesidades y los factores condicionantes de dicha población. Además, los médicos de APS pueden asumir un rol clave en resguardar y coordinar la referencia de morbilidad de sus pacientes, para asegurar el oportuno y efectivo acceso a los niveles asistenciales de mayor tecnología que pueden tener capacidad resolutiva específica.

El 2011, se estimaba que existían 29.996 médicos en el país, de los cuales 12.983 se desempeñaban en el sector público (43% del total) y 2.394 trabajaban en la APS (8% del país y 18% del sistema público). (16-18) Según un estudio de MINSAL y Banco Mundial (2010), la brecha de médicos en APS puede fluctuar entre 37% y 62%. La gran mayoría de los médicos de APS son generales, y una minoría se ha especializado en medicina familiar. (15)

Las limitaciones de cantidad, condiciones salariales y de trabajo de los médicos en APS se relacionan con la carencia histórica de

financiamiento y recursos que tiene el sistema público en salud desde los 80s, y la atracción del emergente sector privado. A pesar de que se ha realizado importante mejoramiento paulatino desde 1990, el recurso médico y sus condiciones continúa siendo crítico en APS. La incorporación importante de inmigrantes médicos, ha paliado parcialmente la carencia de personal médico en APS. Estimaciones generales asumen que la proporción inmigrante de médicos en APS alcanzaría ya al 50% (17).

Los salarios en centros de APS aún se encuentran por debajo de la oferta en la práctica privada, haciendo las remuneraciones muy poco competitivas en relación a ingresos de empleos alternativos fuera del SNSS. Las mejoras salariales tienden a lograrse bajo presiones gremiales y no en base a planes adecuados de condiciones y salarios de los recursos humanos en APS.

A pesar del esfuerzo en mejorar las condiciones salariales y otras del trabajo cotidiano, se mantiene una predominante insatisfacción médica, junto a la falta de infraestructura e inversiones en nueva tecnología que apoyen la labor médica y la carencia de incentivos y oportunidades suficientes para seguir creciendo profesionalmente. Esto ha generado un éxodo masivo de médicos desde el sector público, donde resulta casi imposible atraer especialistas jóvenes que mantengan y renueven el sistema o que se integren en los servicios de regiones. En la cultura médica, el trabajo en APS tiende a parecer menos atractivo que la posibilidad de buscar especialización y trabajo en niveles más complejos. La oferta de especialización en salud familiar (para desempeñarse en APS) es un aspecto importante pero no logra ser suficientemente atractiva como para asegurar permanencia en todos los centros. Además, la reforma sanitaria reciente y el programa GES han impuesto una serie de exigencias al desempeño rutinario de médicos, pero que no se mejoran las condiciones para hacer atractiva la permanencia de ellos en la APS. (16-18)

El Colegio Médico concentra sus propuestas en una serie de aspectos críticos que también incluyen al recurso y desempeño de médicos en APS, nivel que es visto en el contexto de las redes asistenciales de los servicios de salud, y repercuten temas críticos en APS, como es el caso de carrera funcionaria. (19) Entre los planteamientos y demandas recientes del Colegio Médico destaca:

- Se requiere de carrera médica funcionaria, a través de una Carrera Médica Única (misma ley y

derechos), incluyendo a quienes se desempeñan en municipios...

- Las condiciones de atención, con estándares adecuados de atención, incluyendo el rendimiento de cada tipo de médico.
- Infraestructura y recursos, inversiones en tecnología, mejor integración de la Red de Salud...
- Formación de Especialistas, para asegurar que existan espacios para la docencia haya compromiso con la docencia, efectiva regionalización docente-asistencial, alianzas interuniversitarias para formación profesional, especialmente médicos, y respaldar a los médicos que cumplen funciones académicas de pre y postgrado.
- Fortalecer la Atención Primaria de Salud, a través de efectiva integración de niveles (cuerpo legal unificado), aumento de capacidad resolutive, suficiencia de médicos generales y especialistas suficientes, así como carrera funcionaria.
- Médicos Residentes, estableciendo a nivel legal el carácter de funcionario público de todo médico becario.
- Servicios Externos: El AUGE impone por ley cumplir con prestaciones y para eso se recurre a la compra de servicios externos, nuestra institución acordó apoyar una disminución progresiva de la compra de servicios a empresas de especialistas, fomentando la realización de tales actividades por profesionales funcionarios que se desempeñen con un mínimo de 22 horas semanales.
- Descentralizar y fortalecer las regiones: Con el fin de estimular la permanencia de médicos en regiones, se solicita revisar las asignaciones de zona, los incentivos laborales y de formación continua, que están contenidos en la Ley 19.664, para que los médicos puedan permanecer en los lugares con mayor carencia de especialistas.
- Aumento de sueldos base y garantizar el pago de las diversas asignaciones que están establecidas en las normas especiales para profesionales funcionarios de los servicios de salud (Ley 19.664, 2000)
- Además, se solicita un aumento del sueldo base para hacer las remuneraciones más competitivas frente el sistema privado.
- Vincular la re-certificación profesional con el proceso de acreditación de la Ley N° 19.664, con reconocimiento de acreditación en cargos futuros y

garantizar cupo financiero para médicos que acrediten.

- Jubilaciones, en que se solicita una ley de incentivo al retiro permanente para aquellos médicos que han dedicado su vida al sistema público. (19)

A su vez, los Médicos de Atención Primaria del Colegio Médico (2013)³ plantean como principales problemas de los médicos en APS: (a) Inestabilidad e Insatisfacción laboral; (b) Inequidad de trato entre distintos municipios; (c) Falta de incentivos para trabajar en la APS; y (d) Escasas posibilidades de capacitación y especialización. Destacan que hay desintegración de la red sanitaria y precariedad del trabajo médico en los centros de salud públicos, y que hay ausencia de una política integral de desarrollo para el recurso médico de la atención primaria. (17-19)

Entre las propuestas de los Médicos de Atención Primaria del Colegio Médico destaca:

- Disminuir el déficit aproximado de 1.500 médicos en la Atención Primaria.
- Mejorar los rendimientos de atención (un mínimo de 15 minutos para la atención de morbilidad).
- Trabajar en condiciones permitan otorgar una atención de calidad.
- Aumento de la capacidad resolutive.
- Destinar tiempo para Prevención y Promoción de Salud.
- Disminuir la inestabilidad laboral.
- Regular el tema de la atención de urgencias en atención primaria.
- Mejorar las remuneraciones.
- Reuniones Clínico Administrativas de Estamento.
- Participación en los Consejos de Desarrollo local. (19) Para poder solucionar los problemas de médicos en APS, los médicos de APS del Colegio Médico plantean que debiera haber: (a) Financiamiento desde el Ministerio de salud; (b) sustento legal para su implementación municipal; y (c) evaluación en su funcionamiento de parte de los gestores de red. (17,19)

A su vez, las limitaciones del recurso y desempeño médico en los centros de salud APS repercute en la atención de pacientes, y ocurre junto a una serie de otros aspectos limitantes relacionados: falta de horas médicas y de otros

profesionales; escaso tiempo para la atención de salud; falta de medicamentos y exámenes; falta de especialistas; todo ello tiene una repercusión grave en el resto del sistema público de atención.

Destaca asimismo que los planteamientos del Colegio Médico están en línea con el documento “*La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos. Documento final*”, de la Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría 17 de marzo de 2014. (14) Por su parte el Gobierno en general y el Ministerio de Salud en particular, cuentan con poco margen para lograr soluciones de mejoramiento adicionales que sea más integrales y definitivas. Ello, porque la acción financiera e institucional está bastante constreñida en el corto plazo, lo que impide cumplir con las prioridades gubernamentales y las acciones y planes que permite el marco financiero permitido por el presupuesto anual del sector (esencialmente con una inercia histórica de monto para la gran mayoría de ítems de gasto).

A pesar de las negociaciones y presiones crecientes del Colegio Médico y de otros gremios de la salud, así como la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal (CONFUSAM) la posibilidad de una respuesta efectiva de corto plazo parece trascender la capacidad de decisión del propio gobierno, y sólo se puede remitir paulatinamente a acuerdos parciales de mejoramiento. Sólo cabría esperar una mayor posibilidad de respuesta efectiva y solución paulatina, si es que aparecieran posibles soluciones provenientes de un mayor financiamiento, y cambios de leyes y marco normativo resuelto por el parlamento. Es el parlamento la entidad esencial para apoyar proyectos gubernamentales y requerimientos de la ciudadanía.

A su vez, es improbable que existan las condiciones políticas de corto plazo, para que el parlamento apruebe un mayor financiamiento e inversiones que deben provenir de la fuente estatal, a su vez dependiente esencialmente de los impuestos nacionales. La principal limitación es que las condiciones económicas actuales del país y el marco legislativo del país que en el modelo político y económico actual dificulta una mayor recaudación tributaria (salvo por crecimiento económico del país), a pesar de los claros requerimientos planteados por trabajadores del sector público, como ocurre con el gremio médico.

SUSTENTABILIDAD DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

De un modo similar a lo que ocurre en los sistemas públicos de salud en países en desarrollo, y donde la APS se realiza principalmente en esos sistemas, los centros de nivel primario en Chile se mantienen en forma permanente, con limitaciones de recursos físicos (infraestructura, equipos e insumos), así como de financiamiento y personal asistencial.

Dada la limitación financiera histórica de los centros de APS, éstos no pueden ser sustentables en forma autónoma, ya que además que no tienen ingresos de pago de los usuarios, al momento de proveer servicios. El principal financiamiento local proviene del nivel central, destacando la asignación per cápita ajustada, el Programa GES, programas de fortalecimiento de la APS y convenios. En muchos de los centros, la APS no resulta suficientemente sustentable en base al aporte regular asignado específicamente por FONASA y los fondos propios que pueda aportar cada municipio.

Como sobrevivencia estructural y funcional, se requiere contar con fondos extras municipales directos o del fondo común municipal, y realizar un desempeño menor al esperado según los requerimientos programáticos y demanda sanitaria de la población objetivo. La situación de sustentabilidad de los centros de APS es variable y es influida por la capacidad financiera de los municipios, mientras que los factores (indexadores) de ajuste financiero al nivel local resultan parciales e inadecuados. La limitada sustentabilidad de la APS finalmente se logra con limitados recursos y gran esfuerzo, destacando el acceso de la población a los centros de APS, en que muchos aportan atención continua aunque por urgencia, como sucede en aquellos que tienen SAPU, en los consultorios y postas rurales. Como acceso alternativo cuando el acceso a la APS es limitado, parte de la población opta por acudir a los servicios de urgencia primarios o incluso de niveles más complejos (como hospitales) o bien utilizar la modalidad de libre elección a través de utilizar atención privada lucrativa, mediante un copago.

Otro mecanismo de adaptación al recurso y desempeño limitado (que impide mayor eficiencia y sustentabilidad) es que la acción de la APS local se concentra en lo curativo (especialmente en la función médica) y en caso de mayor restricción de recursos, se prioriza la atención de urgencia. Ello es también interpretado como la cultura de un

modelo biomédico, aunque se trata de dos aspectos distintos.

REFERENCIAS

1. DEIS-MINSAL Establecimientos asistenciales del SNS 2012. Disponible en: <http://deis.cl>
2. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2013. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen-2013/>
3. Montero J., Téllez A. y Herrera C. (2010) Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos, Centro de Políticas Públicas y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Temas No. 5, No. 38, septiembre 2010.
4. FONASA (2016). Informe de Glosa de Atención Primaria de Salud, 2016. FONASA Ord. 2.2/No. 4636 (30.3.2016). Disponible en: http://www.senado.cl/site/presupuesto/2016/cumplimiento/Glosas%202016/tercera_subcomision/16%20Salud%202016/ORD.%204636%20FONASA%20Glosa%2004%20%20a%20C3%B1o%202016.pdf
5. Debrott D (2015) Financiamiento de la APS Municipal. Congreso de Salud Primaria Municipal Viña del Mar, 16 a 19 de junio de 2015
6. Vargas V (2011) Revisión crítica de la fórmula de financiamiento en la AP Presentación UAH, http://www.achm.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_DE_SALUD_MUNICIPAL_MACRO_ZONA_SUR_VALDIVIA/PPT12.pdf
7. Foro OPS/OMS y el Ministerio de Salud ¿La atención primaria de salud debe permanecer a cargo de los municipios? Santiago, 22 de diciembre de 2011
8. Ximena Meyer Álvarez (2011) Financiamiento de la APS, una preocupación de todos. Directora de Salud Municipalidad Chillán. Presentación XXXVI Escuela de capacitación Pucón, 2011, ACHM
9. Ximena Meyer Álvarez (2011) Financiamiento de la APS, ACHM, Valdivia, 26 de Mayo de 2011
10. Mecanismos de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal, Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal, Decreto per cápita, cálculo FONASA y ley GES. http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2012/CURSO_MARCO_JURIDICO_EN_QUE_SE_DESENVUELVE_LA_APS/PPT07.pdf
11. Casanova C. (2009), Estudio análisis de requerimiento de actualización, ajuste y aumento del aporte estatal en contexto del financiamiento de la APS municipal en Chile. Publicación ACHM 2009.
12. Montero J., Majluf N. et al (2011) "Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la

- salud municipal”. Concurso Políticas Públicas / 2011. Propuestas para Chile. Centro de Políticas Públicas UC. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
13. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional (2008). Disponible en:
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
 14. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, “La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos”, Documento final, 17 de marzo de 2014
 15. MINSAL (2010) Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Colaboración Técnica Banco Mundial - Gobierno de Chile. MINSAL, Enero de 2010, Disponible en:
http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Estudio_subse_redes_banco_mundial.pdf
 16. Michèle Guillou, Jorge Carabantes C., Verónica Bustos F. “Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile”, *Rev Med Chile* 2011; 139: 559-570
 17. Colegio Médico de Chile (2013), “Recurso Humano en APS: Formación de profesionales y modelo de salud familiar”. Presentación de Médicos de Atención Primaria, Colegio Médico de Chile en VIII Congreso de salud Municipal, Castro 25-27 de noviembre de 2013.
 18. Colegio Médico de Chile. “Recurso Humano Médico. Propuestas para potenciar la Salud Pública”. Documento de trabajo, Agosto de 2014. www.colegiomedico.cl/ Acceso el 14.7.2015
 19. Bass C., (2013) Perfil de los médicos para la APS, IV Congreso de Salud Municipal, 5 y 6 de Noviembre del 2009, Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria <http://www.colegiomedico.cl/> Acceso el 14.7.2015

5. GESTIÓN Y DESEMPEÑO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

La calidad del desempeño de la APS depende de múltiples factores, incluyendo la capacidad de gestión y recursos locales; la cobertura de la población a cargo; la diversidad de comunas; el grado de articulación de la red asistencial; y la inequidad social y sanitaria entre las comunas. La administración municipal de salud asume ventajas del gobierno local, pero es importante considerar aspectos críticos que se pueden relacionar tanto con ese tipo de gestión, como con la situación que afecta a la APSS y al SNSS en forma global.

LA GESTIÓN LOCAL

En el caso chileno, destaca que la práctica de la APS se concentra específicamente en la gestión y actividades del nivel primario de atención del SNSS, especialmente en su ámbito intra-mural. La labor extramural hacia la comunidad y otros sectores también es desempeñada en centros de ese nivel, pero de un modo más heterogéneo y poco registrado.

La gestión y el desempeño en el nivel primario de atención resultan más efectivos cuando los centros que realizan APS pueden contar con: (a) equipos asistenciales multidisciplinarios integrados y con la competencia esperada para cumplir las funciones de APS; (b) debido apoyo gerencial y administrativo local; (c) recurso básico suficiente; (d) tecnología apropiada (local, o expedito acceso a una alternativa); (e) contacto directo con la comunidad; y (e) adecuada y expedita integración con los otros niveles de la red asistencial, incluyendo la interacción de la gestión municipal y apoyo del Servicio de Salud. (1-4)

La gestión del nivel primario se ubica en uno de los tres niveles de administración del SNSS: (a) la administración ministerial central que cumple un rol normativo y rector, con las directrices, normas y programas nacionales que buscan ser cumplidos a nivel local; (b) la administración regional y subregional de los Servicios de Salud; y (c) la gestión local, tanto a nivel comunal como específico de cada centro asistencial. (2-6)

Las brechas existentes entre el desempeño logrado respecto al esperado en cada centro (según requerimientos normativos y los convenios de administración), representan falencias que apelan a revisar si es que dichas brechas obedecen esencialmente a: (a) un simple incumplimiento o ineficiencia local de lo que debiera desempeñar el centro, según su capacidad instalada concreta; (b) excesivo nivel de exigencia por parte de una autoridad central, que simultáneamente no aporta los recursos y medios, para que el nivel local pueda cumplir con lo requerido por dicha autoridad; o (c)

ineficiencia de la gestión y el desempeño que sea secundaria a falta de recursos.

El amplio rango de actividades asistenciales que se realizan en el nivel primario de atención del SNSS son aplicadas de forma homogénea a nivel nacional, bajo las indicaciones de la normativa ministerial y de los programas nacionales de salud. Ello facilita una acción similar a lo largo del país y coinciden con las acciones formuladas en Alma-Ata, destacando:

- la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y
- el suministro de medicamentos esenciales;
- la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada,
- un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico (2,3,7)

En las últimas décadas, las limitaciones del desempeño para cumplir con todas las actividades (prestaciones asistenciales) de la APS en el nivel primario han estado esencialmente relacionadas con:

- déficit de recursos (a pesar de las importantes mejoras realizadas, especialmente desde 1990);
- inconsistencias del modelo del aplicado tanto al SNSS global (mezcla y confusión de lógicas públicas y privadas);
- una descentralización que ha favorecido la inequidad; y

- la atomización y fragmentación favorecida por la administración municipal. (8-11)

La administración municipal de salud ha permitido el desarrollo de un activo y complejo sistema técnico-administrativo de gestión de APS. Ello incluye la normativa y capacitación para realizar un dinámico manejo de financiamiento, presupuesto municipal y otros recursos, gestión del personal (contratos locales), desempeño asistencial, técnico y administrativo y manejo de un sistema de información y reportes e interacción con otros niveles. Además del sector salud, la compleja gestión municipal también abarca la administración en educación y otras múltiples funciones, destacando de tipo intersectorial de desarrollo comunal, y el trabajo con participación de la comunidad. (8-11)

La capacidad de gestión local de APS depende de la capacidad de gestión municipal global. Muchas veces la gestión se delega en departamentos, oficinas o corporaciones municipales que son quienes manejan la APS. Sin embargo, los requisitos de funciones y responsabilidades de los alcaldes no exigen que, para ejercer ese cargo, dichas autoridades elegidas por la comunidad tengan que contar con la debida capacidad, experiencia y competencias que son necesarias para administrar un tema tan amplio y complejo y de tanta responsabilidad. Incluso existen municipios de comunas con población superior al medio millón de residentes. (12,13)

Aunque los alcaldes deleguen funciones de administración a oficinas y entidades internas y externas, la gestión recae finalmente bajo su directa responsabilidad técnica, financiera y administrativa: por ello, es crucial que puedan contar, con el apoyo de un efectivo equipo técnico-administrativo. (6,12)

La estimación de la dotación de personal de APS local es fijada a discreción de las entidades administradoras, en base a una serie de criterios generales que pueden ser asumidos y ponderados de diverso modo y proporción. Una adecuada estimación de dotación de personal requiere una sólida capacidad de hacer diagnósticos, análisis, fijación de requerimientos y finalmente de la dotación de personal. Sin embargo, la capacidad de conseguir personal, especialmente médicos, escapa del control y planes internos de los municipios, especialmente en aquellos lugares con pobreza, aislados o rurales. (2,12)

La planificación local debiera ser consistente con el recurso disponible y las necesidades de la población, para asegurar un desempeño razonable, factible y efectivo, conforme a las circunstancias concretas. Aunque exista déficit de recursos que redunde en limitaciones de gestión y desempeño, es importante estudiar y comunicar oportuna y transparentemente las brechas existentes en cada centro asistencial, ante las autoridades sanitarias y ante la comunidad local. (2,3)

El grado de cumplimiento parcial de los seis objetivos originales del sistema de administración municipal de APS ha sido influido por una serie de aspectos críticos relevantes. Éstos e deben ser considerados al momento de revisar logros, desafíos y propuestas de fortalecimiento (cuadro 11). (2,9,11)

a) Descentralización de las acciones de salud al nivel comunal

La autonomía de gestión de los gobiernos municipales, para ser eficiente y efectiva, requiere que los municipios cuenten con los recursos suficientes para responder a las necesidades de salud específicas de su población local, con debida flexibilidad financiera y de personal, para una acción pertinente a la realidad local. (10,11,14)

Beneficios y lecciones de municipios particulares (en general con mayor capacidad y recursos) no representan el éxito del sistema de administración municipal de salud utilizado en la mayoría de los 346 municipios de Chile.

La experiencia acumulada y publicada no permite avalar suficientemente, las ventajas y desventajas de la administración municipal sobre la gestión y desempeño de los centros de APS, en comparación con aquellos que continúan perteneciendo a los Servicios de Salud o a los servicios delegados. Sin embargo, existe evidencia de que la modalidad de gestión municipal ha contribuido a un mayor déficit financiero, fragmentación e inequidad entre las diversas comunas y redes asistenciales. En un contexto de la gran diversidad de comunas, con poblaciones de tamaño y condiciones socioeconómicas y de salud muy disímil, que en general se ha relacionado además con municipios de distinta capacidad y recursos, ha contribuido a la mantención de inequidad asistencial y de salud.

Cuadro 11. Aspectos pendientes del cumplimiento de objetivos de la gestión municipal de APS

Objetivos de la APS municipal	Aspectos aún pendientes según la situación actual
Descentralizar acciones APS al nivel municipal	APS en comunas y municipios muy diversos Heterogéneas oficinas y entidades administradoras de salud Heterogénea capacidad de gestión municipal Población objetivo imprecisa Factores de inequidad asistencial y de salud
Mejorar control y fiscalización centros alejados	Distancia geográfica superada por comunicación informática Duplicación de control y evaluación del Servicio de Salud Masivos sistemas de registros y reportes de información Falta de respuesta a brechas detectadas
Adecuar programas de salud a necesidades locales	Recurso local limitado impide mayor adecuación Comunas más pobres tienen menos recursos Heterogeneidad de necesidades internas comunales Prioridad de cobertura pasiva sobre fomento y protección en comunidad
Canalizar fondos municipales	Insuficientes fondos aportados por Servicios de Salud Municipio aporta fondos extras por administrar Mecanismos de ajustes parciales insuficientes Heterogeneidad de financiamiento en municipios
Mayor participación comunitaria	Recursos APS insuficientes para trabajo comunitario Inicio de gestión municipal no democrática Democracia no totalmente consolidada Comunidad no participante en vida pública
Mayor trabajo intersectorial	Integración lograda en aspectos específicos

Las expectativas de lograr una más efectiva gestión de la administración municipal conforme a sus objetivos, sigue pendiente. Es crucial evaluar si las limitaciones de la APS bajo esa modalidad de gestión obedecen a la estructura, recursos o desempeño de los Servicios de salud y sus redes asistenciales, y cuál ha sido el grado de ventajas y desventajas atribuibles a la gestión municipal de salud. (2,10)

b) Control y fiscalización de establecimientos alejados de las Direcciones de los Servicios de Salud.

Los mecanismos de control y fiscalización a distancia geográfica han cambiado ostensiblemente desde 1981, especialmente por el desarrollo de la informática y el flujo electrónico de información. Incluso se han desarrollados masivos e interactivos sistemas de registros y reportes de información, que superan el uso y aplicación de los resultados reportados. (SIDRA, SIRH, REM, IAPSS, SIGGES y otros manejados por MINSAL y de aplicación nacional). (14,15)

Desde la creación del sistema de administración municipal, los sistemas de informática y de información de los Servicios de Salud han logrado un extraordinario desarrollo, lo que permite contar

potencialmente con efectivo y oportuno nivel de control y fiscalización de los centros de salud alejados de las Direcciones de los Servicios de Salud. Incluso es posible contar con bases de datos detalladas sobre poblaciones objetivos de interés, recursos y actividades, de un modo virtual y de alto nivel de detalle, superando las distancias geográficas.

En el caso de la administración municipal, aunque tengan patrimonio y personería jurídica propios, se requiere de control y fiscalización por parte de las Direcciones de Servicios de Salud. La administración municipal no sólo tiende a duplicar el control y evaluación del Servicio de Salud, sino que no se traduce en respuesta oportuna y efectiva a las brechas y falencias detectadas y reportadas desde los centros de APS. Es necesario justificar dicha duplicación, en cuanto al costo beneficio del gran esfuerzo de control (esencialmente informativo) y fiscalización. Con el recurso controlador y fiscalizador duplicado, cabe considerar si ese recurso personal, tecnológico y financiero no pudiera ser concentrado en la Dirección del Servicio, y funcionar como un equipo más eficiente y concertado, a ese nivel más integrado (y no local).

Sin embargo, la cercanía física o de transportes de la gestión local con otros niveles no asegura un mayor contacto con el resto de la red ni con la población o que facilite participación comunitaria activa, por múltiples factores tanto de la población como de la oferta de servicios. El rol de las municipalidades en cuanto al recurso y tipo de funciones a desempeñar están bastante determinados por el nivel central, que además determina el monto y distribución del financiamiento para el desempeño local, con escasa injerencia en direcciones de Servicios de Salud, ya que en general no tienen recursos suficientes para ejercer autonomía regional de asignación y redistribución regional de recursos según necesidades locales extramurales. (12)

c) Adecuación de programas de salud a las necesidades sanitarias de la población.

En general, los programas básicos de las personas - esencialmente de promoción, prevención y curación básica - se basan en enfoques epidemiológicos (como cobertura universal de atención del parto, vacunas y control de población materna e infantil), que requieren educar y motivar a la población para cambios en salud y uso de la APS (promoción de la salud). Eso incluye adaptarse a aspectos culturales, étnicos y otros de la población, pero integrado en torno a la visión de salud pública global. Esta función es realizada por el personal asistencial de los centros de nivel primario, independiente de la dependencia administrativa del centro.

El concepto de necesidad de salud de la población es un tema complejo y su estimación puede sesgarse, si no hay interacción adecuada del equipo de salud y la comunidad y adecuada recolección de esa información. La percepción y opinión de la comunidad sobre su salud es muy importante, pero no el único factor para planificación, programación y acción.

La cobertura de algunas actividades SNSS, como vacunas y controles de salud materno-infantil (respecto a la población objetivo local), indican que probablemente la población accede a otras alternativas para satisfacer sus “necesidades sentidas” (como por ejemplo acudir a modalidad libre elección o atención privada), lo que es aceptable, en la medida que eso no refleje limitaciones al acceso a la atención SNSS en alguna proporción de la población objetivo.

En los casos en que es necesario utilizar el sistema de referencia de morbilidad a niveles más complejos, no se cuenta adecuadamente con información y control de la situación individual, ni tampoco otras herramientas de seguimiento que aseguren la adecuada atención del paciente, evitando listas de espera prolongada y otros problemas relacionados. La atención de pacientes de tiende a fragmentar según programas específicos (como enfermedades crónicas) y pierde integralidad. (15-17)

d) Canalización de fondos municipales para funcionamiento y estructura de los establecimientos.

Ese objetivo asume que cada municipio tendría fondos locales que podría canalizar, adicional al recibido de los Servicios de Salud. Esa capacidad de fondos es incierta, dada la gran disparidad de recursos que puede manejar cada municipio (las comunas más pobres tienen a tener municipios más pobres). Faltan adecuados mecanismos para financiar adecuadamente cada centro de APS municipal (se ha usado modalidad FAPEM, per cápita por inscrito y otros ajustes parciales). (18-20)

Desde la creación de la gestión municipal en salud, el financiamiento para operación de los establecimientos - desde el nivel central y regional - ha sido el aspecto más crítico y limitante de la estructura y desempeño de la APS municipal. No sólo la necesidad de mayor finamiento básicos y resolver sus causas han sido posibles de resolver, sino que, como consecuencia y ajuste, se mantiene una oferta de atención que es sistemáticamente menor a la requerida, pues entre otros aspectos, hay un déficit de cobertura encubierto (beneficiarios acuden a atención privada o a servicios de urgencia de otros niveles).

La alta proporción de consultas de urgencia que hubiesen requerido atención regular en centros de nivel primario de atención es un indicador indirecto de limitado acceso regular a la APS local. (13)

e) Participación comunitaria en salud.

Según Alma-Ata, la APS “...exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud”. También indica que “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de

salud". En el caso chileno y en general, la comunidad es un receptor pasivo (no participante) de las acciones de APS y no tiene ninguna injerencia relevante (formal o informal) en la planificación, gestión o control de los centros de nivel primario que desempeñan APS. (9,21,22)

La participación comunitaria es influida por las condiciones y motivación que pueda tener la población para poder participar en materias comunitarias de interés común, especialmente en torno al municipio. También se puede facilitar con los Consejos de Desarrollo Local, y las estrategias de promoción social en salud del personal asistencial enfocadas en la comunidad. Sin embargo, existen una serie de obstáculos de la población y en su actual cultura, para participar activamente y en forma mayoritaria, en los aspectos de actividad comunitaria. Destacan aspectos de desconfianza y escasa sensación de pertenencia o identificación con la comunidad, donde la participación se tiende a dar sólo en grupos pequeños y seleccionados de cada comunidad. (9,21,22)

f) Integración intersectorial.

Este tipo de integración ha sido relativamente efectiva en algunos programas específicos de integración local, como Chile Crece Contigo y en acciones relacionadas con desastres. Los Consejos de Desarrollo son útiles y es importante conocer qué herramientas y recursos existen para una acción conjunta en relación a salud (como salud mental, seguridad laboral, obesidad, transportes, educación sanitaria, deportes) que favorezcan la salud de la población local. La administración municipal de educación tiene elementos comunes con salud. Es necesario que el aspecto de integración intersectorial sea monitoreado en todos los municipios que realizan administración en salud y educación, para estimar el grado de integración intersectorial, sus falencias y las medidas tendientes a mejorarlas.

La figura 12 sintetiza los aspectos relevantes que influyen en la heterogénea capacidad de gestión y desempeño en la APS. Ello predispone a un

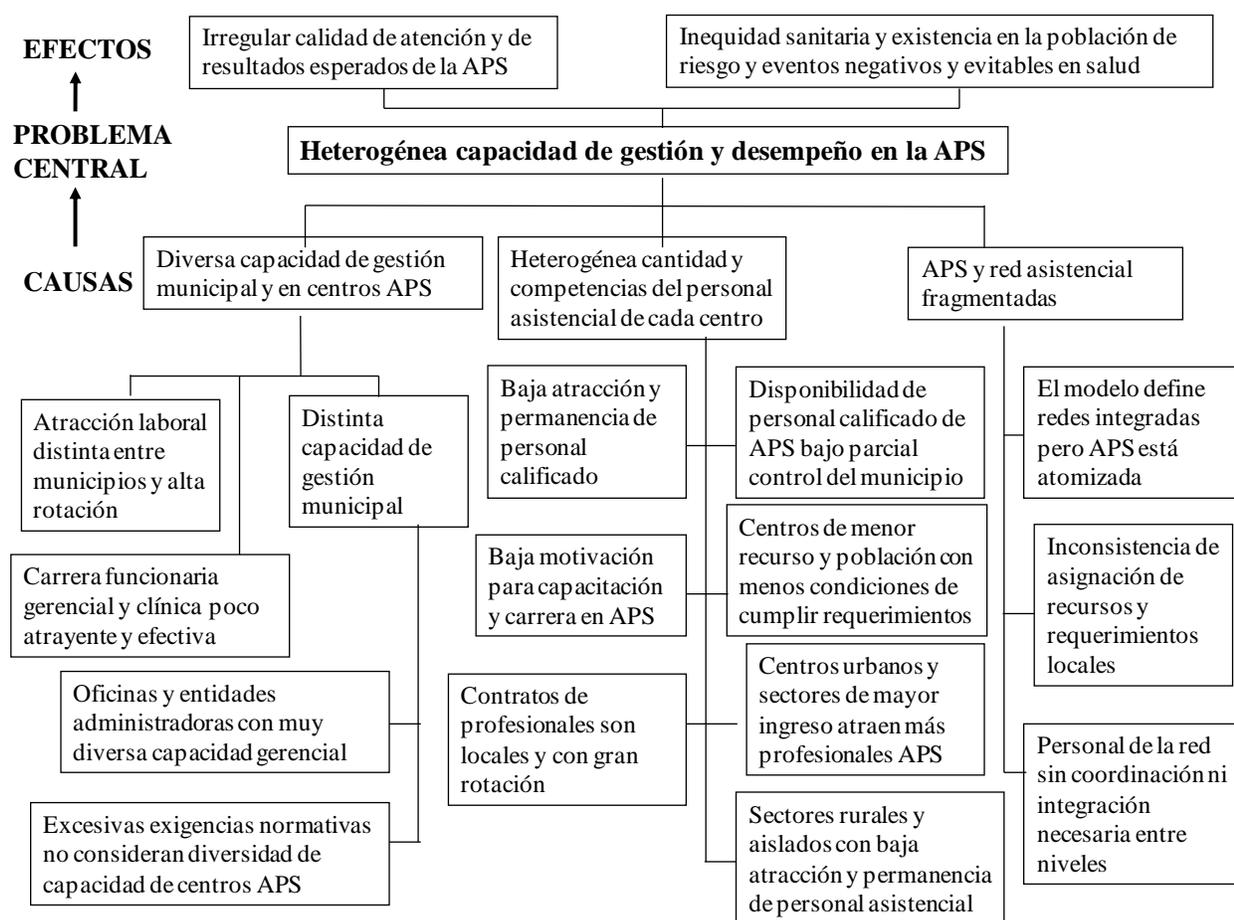
insuficiente calidad de funcionamiento y de resultados esperados, entre las diversas comunas y centros asistenciales. También contribuye a perpetuar la inequidad asistencial y de salud, con la existencia de riesgos y eventos negativos y evitables en salud, en especial en la población de comunas más pobres, aisladas y rurales, con población de mayor carga de enfermedad y donde se tiende a tener menos personal calificado y con menor estabilidad de retención funcionaria. (21,22)

Existe una gran diversidad en capacidad de gestión tanto municipal como en los centros de APS, la heterogénea cantidad y competencias del personal asistencial local para desempeñar la APS, y la atomización de la APS con fragmentación de la red asistencial.

El marco normativo y los convenios individuales de la administración municipal convierten a los municipios en gobiernos locales con empresas tanto internas (departamentos) como relativamente externas (corporaciones) a cargo de una compleja gestión técnico-administrativa en centros con críticas limitaciones de recurso y desempeño para enfrentar necesidades de salud de una parte importante de la población.

Luego de varias décadas de gestión municipal en salud, se ha desarrollado una serie heterogénea de oficinas y entidades administradoras de salud, lo que implica una gran diversidad en capacidad de gestión de APS local. Esas entidades administrativas que ya se han consolidado, cuentan con el interés interno por mantener auto sustentación a través del tiempo (independiente de que ellas sean necesarias como alternativa a la gestión y función del Servicio de salud). Existe la necesidad interna de asegurar los numerosos empleos creados allí, como se advierte implícitamente en las taxativas defensas gremiales, como la Confederación de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM). Ello condiciona una sustentabilidad de la administración municipal de salud que contribuye a perpetuar esa modalidad y obstaculiza las posibilidades de eventual reintegro de la APS a los Servicios de Salud. (11-15)

Figura 12. Factores relevantes de la heterogénea capacidad de gestión y desempeño de la APS



Los centros asistenciales y municipios de lugares más rurales, pobres y aislados, de comunas pequeñas, tienden a tener menores recursos críticos, especialmente médicos, y menor capacidad de gestión, en circunstancias que deben enfrentar necesidades y problemas en poblaciones más vulnerables y con mayor carga de enfermedad. (9,13)

DEMANDA Y ATENCIÓN DE SALUD

Las actividades de APS que deben realizar los centros de nivel primario se orientan por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, así como por la programación y ejecución de los principales programas de salud. Sin embargo, su adecuada planificación y ejecución requiere considerar las características de la población a cargo y las necesidades sanitarias locales. Ello se facilita por los diagnósticos de salud y las prioridades detectadas. Sin embargo, no es muy factible adaptar la acción de APS local a las prioridades y necesidades detectadas, a pesar de las indicaciones normativas ministeriales. (2,3)

La demanda al nivel primario depende de una serie de factores tanto de la población, como de la capacidad de cada centro para recibir y resolver cada caso personal que explicita una demanda de atención desde la población objetivo local. Entre los factores de la población destacan:

- Estructura y dinámica de la población (envejecimiento, crecimiento, migración).
- Estructura y condiciones familiares.
- Nivel socio-económico (determinantes sociales).
- Grupos pobres con mayor vulnerabilidad social y sanitaria, y carga de enfermedad.
- Carga de morbilidad por problemas de salud evitables (especialmente en poblaciones vulnerables).
- Cultura sanitaria de los grupos de población.
- Prestigio y atracción de centros de salud local.

- Factores que favorecen u obstruyen el acceso (cultural, económico, geográfico). (23,24)

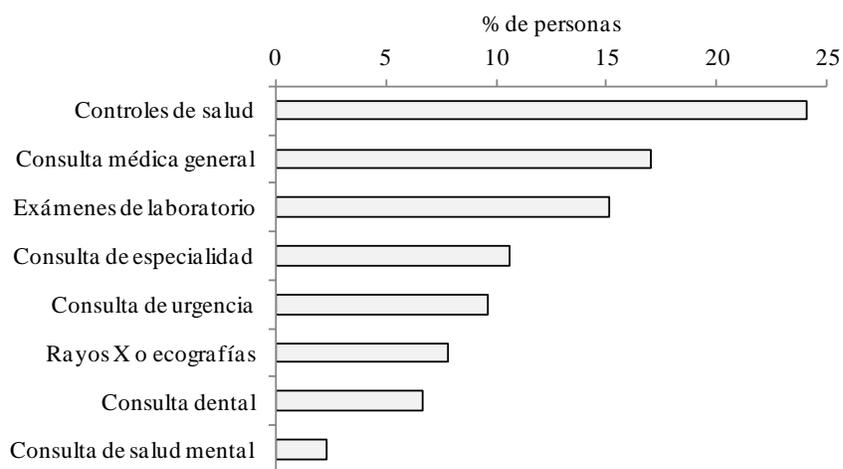
La capacidad de respuesta para resolver los problemas de salud que motivan las consultas de morbilidad, depende del recurso local como financiamiento y personal, la capacidad y competencias resolutorias que tenga el equipo asistencial local (especialmente los médicos), el aseguramiento de acceso oportuno y efectivo a la atención, y una integración efectiva y expedita de la red asistencial.

La Encuesta CASEN 2013 reporta la tasa de atención por cada cien personas, recibida en los últimos tres meses antes de la encuesta. Destaca que 24,1% reporta haber recibido controles de salud,

17,0% consulta médica general, 15,1% exámenes de laboratorio, 10,6% consulta de especialidad y 9,6% recibió consulta de urgencia (figura 13). (25)

De las personas que tuvieron enfermedad o accidente en los tres últimos meses, pero no tuvieron atención, destaca que un tercio (34,9%) no consideró necesario consultar, así que no hizo nada, otro 18,0% no consideró necesario consultar y tomó remedios caseros, 14,0% decidió tomar sus medicamentos habituales, 3,6% pidió hora, pero no la obtuvo, 3,4% pensó consultar, pero no tuvo tiempo y 3,3% prefirió consultar en una farmacia por medicamentos para su problema de salud. Cabe señalar que estas respuestas son generales sobre atención y no se remiten sólo al SNSS. (25)

Figura 13. Atención de salud recibida en los últimos tres meses, por cada cien personas. Chile 2013



Fuente: CASEN 2013

Para poder cumplir con todos los programas de salud en la APS, es necesario realizar diagnósticos (a nivel de micro áreas, incluso barrios) sobre la situación y necesidades de salud locales. Luego cabe determinar las prioridades, recursos y factibilidad de poder realizar las necesarias acciones en respuesta a las necesidades locales. Como el recurso es generalmente limitado, es muy importante planear cómo se usará, así como indicar a los otros niveles sobre las brechas existentes y la posibilidad de soluciones paulatinas. Eso también permite indicar la principal causa de porqué la APS local tiene un desempeño insuficiente y la necesidad de que el SNSS global conozca oportunamente y responda a esas deficiencias (y se informen a la población).

Los diagnósticos y análisis de situación local que muchos centros APS y municipios realizan sobre cada realidad local, permiten estimar brechas y necesidades de recurso para un desempeño más eficiente y efectivo, pero ello no se acompaña de una respuesta oportuna y efectiva desde la autoridad sanitaria (especialmente central) a lo que reportan los diagnósticos locales y regionales, lo que es contradictorio con los propios principios y modelos que formula la misma autoridad. A su vez, la demanda potencial que debiera hacer la población local tiende a adaptarse a la capacidad de oferta existente en APS, especialmente optando por otras alternativas asistenciales, como el uso de medicina privada de libre elección en caso de beneficiarios FONASA.

Los persistentes informes que indican un limitado aporte del presupuesto municipal (entre 30% y 40% del per cápita que se necesitaría), en general no se relacionan con las limitaciones existentes, considerando las brechas de atención que se realizan en relación a lo que se podría aportar en respuesta a la demanda potencial de la población local, basada a su vez en sus necesidades de atención de salud. (10,11,19,20)

En general, los programas básicos de las personas son adecuados y se basan en enfoques estimadas desde el nivel normativo, respecto a la respuesta que se necesita en cada comunidad respecto a las necesidades salud y de acción

epidemiológica, lo que permite lograr cobertura universal de atención del parto, alta cobertura de vacunas y de control de población materna e infantil. Los programas también propician educar y motivar a la población para que se realicen cambios saludables (promoción de la salud) y se motive el adecuado y oportuno acceso a la atención. Todo ello ha permitido lograr excelentes resultados, lo que puede favorecerse aún más, en la medida que las funciones de APS se puedan adaptar más a los diversos aspectos culturales, étnicos y otros existentes en la población, pero integrado en torno a la visión de salud pública global. (2,3)

Cuadro 12. Cobertura de parto (2011) y de vacunas Pentavalente y Trivírica (2013) en Servicios de Salud del SNS

Región	Cobertura del Parto %	Cobertura de vacunas		
		BCG %	Pentavalente %	Trivírica %
15 Arica y Parinacota	99.6	100.0	100.0	100.0
1 Tarapacá	99.0	100.0	93.2	89.0
2 Antofagasta	99.8	93.1	89.8	81.0
3 Atacama	99.8	100.0	100.0	98.4
4 Coquimbo	99.8	96.3	98.4	94.8
5 Valparaíso	99.8	87.6	88.1	90.6
13 Metropolitana	99.9	92.7	90.4	91.2
6 O'Higgins	99.9	93.3	94.5	92.6
7 Maule	99.8	96.2	93.7	93.3
8 Biobío	99.8	89.2	87.5	88.0
9 La Araucanía	99.8	87.6	85.4	83.8
14 Los Ríos	99.8	88.6	88.9	87.9
10 Los Lagos	99.9	85.5	82.2	82.7
11 Aysén	99.9	83.4	84.9	84.4
12 Magallanes	99.8	89.1	88.9	81.5
Total País	99.8	92.2	90.3	90.0

Fuente: DEIS MINSAL 2014.

El Plan de Salud Familiar que se cumple en el nivel primario de atención incluye 103 prestaciones, a través de los siguientes programas y actividades:

- Programa de Salud del Niño.
- Programa de Salud del Adolescente.
- Programa de Salud de la Mujer.
- Programa de Salud del Adulto.
- Programa de Salud del Adulto Mayor.

- Programa de Salud Oral.
- Actividades con Garantías Explícitas en Salud asociadas a Programas.
- Actividades generales asociadas a todos los Programas.
- Exámenes de Laboratorio básico en APS.

El cuadro 12 presenta la alta cobertura lograda por cobertura de atención hospitalaria del parto y de

las vacunas pentavalente y trivírica en las Regiones del país, alrededor de 2012. (31) Ello corresponde a la cobertura total del sistema asistencial de salud del país (sectores público y privado) y no sólo de APS del SNSS. Es posible que limitaciones de coberturas registradas en algunos Servicios, como algunos de Región Metropolitana y Valdivia, correspondan a menores vacunados en Servicios contiguos (como ocurre en coberturas sobre 100% registradas en SSM Oriente y Osorno). (26,27)

Los programas de salud de las personas efectivamente consideran todas las etapas de los servicios asistenciales, como fomento, protección o prevención y curación; la rehabilitación y cuidados paliativos están supeditados a contar con recurso profesional (como kinesiólogos), equipamiento e insumos necesarios.

Según la Encuesta CASEN 2013, las mujeres por programas preventivos requieren realizarse examen Papanicolau y mamografía cada tres años, pero sólo el 55,5% de ellas se habían realizado examen de Papanicolau y el 51,6% examen de mamografía, dentro de ese lapso. (25)

El cuadro 13 sintetiza las consultas médicas anuales por 100 habitantes que se realizan en centros de APS y de especialidades, tanto consultas electivas como de urgencia, por Servicio de Salud. Destaca que, además se producen consultas de especialidad en los centros de APS. Según dicha información, se producen 158,0 consultas anuales de APS por 100 habitantes, de las cuales 66,9 corresponden a consultas de morbilidad (electiva) y 89,1 corresponden a urgencia (2 a especialistas en centros de APS). (27)

Esas cifras implican la necesidad de que la APS necesita ajustarse aún más a la demanda de la población ya que en la actualidad, la atención médica frente a la morbilidad se realiza esencialmente por motivos de urgencia y no por una demanda electiva de atención habitual a los centros de APS. En sólo 4 de los 29 Servicios de Salud, las consultas de morbilidad electiva son mayores que las de urgencia. (27)

Probablemente influyen las consultas realizadas en los centros de APS destinados a atención de

urgencia (SAPU). La relación entre consultas de morbilidad (electiva) y urgencia en APS pudieran estar reflejando limitado acceso y disponibilidad de atención disponible para satisfacer la demanda rutinaria en los centros de APS. En las consultas de especialidad de centros complejos, también hay un predominio de atención urgencia. De las 81,5 consultas anuales de especialidad (en hospitales) por 100 habitantes, de las cuales 38,6 corresponden a morbilidad (electiva) y 42,9 corresponden a urgencia. (26,27)

El concepto de necesidad de salud y de atención de salud en la población es un tema complejo y su aplicación a estimaciones concretas no se ha desarrollado en forma comparable en Chile. Una aproximación a esas necesidades se puede basar en estimaciones epidemiológicas, protocolos, normas e indicaciones programáticas de atención de salud, interacción efectiva del equipo de salud y con la comunidad (percepción de necesidad y demanda) y adecuados estudios locales. La percepción de la comunidad sobre su salud y motivos de demanda asistencial es muy importante, pero es complementaria y no el único factor para planificación y programación en salud de las personas.

En algunas comunas, el inconsistente nivel de cobertura de algunas actividades SNSS, como vacunas y controles de salud materno-infantil (respecto a la población objetivo local), indican que probablemente la población accede a otras alternativas asistenciales para satisfacer sus “necesidades sentidas” (como por ejemplo acudir a modalidad libre elección o atención privada), lo que es aceptable, en la medida que esa baja cobertura no refleje limitaciones al acceso global a la atención en algunos grupos de la población. En los casos en que es necesario utilizar el sistema de referencia de morbilidad a niveles más complejos, no se cuenta adecuadamente con control y otras herramientas que aseguren la adecuada atención del paciente, evitando listas de espera prolongada y otros problemas relacionados. (13) La atención de pacientes de tiende a fragmentar según programas específicos (como enfermedades crónicas) y pierde integralidad.⁹

Cuadro 13. Consultas médicas anuales por 100 habitantes de APS, urgencia y especialidad en Servicios de Salud. SNSS 2012

Servicio de Salud	Consultas Hospital (Espec.)		Consultas centros APS		
	Especialidad *100 hab.	Urgencia *100 hab.	Especialidad *100 hab.	Morbilidad *100 hab.	Urgencia *100 hab.
Arica	69.0	75.4	0.9	59.1	21.3
Iquique	37.5	36.0	3.3	48.1	98.0
Antofagasta	27.0	43.1	0.4	29.6	55.9
Atacama	33.4	57.1	1.2	32.1	82.6
Coquimbo	35.3	46.5	0.8	47.3	105.8
Valparaíso SA	55.3	83.8	2.2	46.0	75.9
Viña M.-Quillota	26.9	39.0	1.0	54.7	74.5
Aconcagua	45.0	65.6	0.6	90.0	68.4
SSM Norte	57.0	33.7	1.9	81.1	112.0
SSM Occidente	47.3	37.1	2.2	87.3	119.9
SSM Central	24.2	33.5	0.7	42.1	23.8
SSM Oriente	42.7	17.9	1.4	53.6	44.0
SSM Sur	45.6	51.4	2.0	82.0	91.6
SSM Suroriente	32.3	28.5	0.2	73.0	64.6
O'Higgins	32.5	40.6	1.0	70.6	90.8
Maule	30.3	40.6	1.6	72.3	154.7
Ñuble	38.5	52.1	2.4	110.8	88.3
Concepción	49.7	60.8	1.9	76.1	85.6
Arauco	18.3	26.7	16.4	95.2	160.2
Talcahuano	59.5	52.8	5.0	67.3	93.1
Biobío	38.7	41.4	1.6	85.2	147.3
Arauc. Norte	51.7	106.6	0.5	91.8	167.7
Arauc. Sur	32.0	48.4	2.0	77.1	99.0
Valdivia	41.9	29.7	8.1	60.9	159.2
Osorno	64.9	51.8	5.2	78.7	106.8
Reloncaví	31.6	36.0	1.2	52.6	119.9
Chiloé	30.0	59.4	4.3	79.8	94.1
Aysén	51.8	88.7	9.0	95.5	105.3
Magallanes	53.3	92.8	5.3	58.5	58.1
Total SNSS	38.6	42.9	1.9	66.9	89.1

Fuente: DEIS MINSAL 2013. (33)

Los sistemas de información, monitoreo y evaluación son esenciales para la función de APS e interacción con el resto de la red asistencial. Existen masivos sistemas de registros y reportes de información: Los equipos de profesionales y centros asistenciales están rutinariamente sobrecargados por la exigencia de registrar y reportar recursos y actividades bajo su responsabilidad. En la medida que el personal destine o distraiga valioso tiempo técnico en actividades de registro que no compensarán el esfuerzo destinado a esa función,

significa una ineficiencia que debe ser evaluada, la que escapa del control del propio personal de salud. Los reportes existentes que se basan en esos esfuerzos de personal cuya función predominante es otra, no reflejan la información detallada existente, que, al ser ingresada a medios computacionales, puede ser transportada y analizada en forma masiva.

El control y fiscalización de la APS, tanto a nivel del propio municipio como por parte del Servicio de salud, tiene por finalidad esencial detectar la adecuada disposición de recursos y desempeño de

funciones conforme a la normativa vigente y a los programas que se realizan. Sin embargo, hay falta de respuesta oportuna y efectiva a las brechas detectadas

No existe información pública y rutinaria disponible sobre cómo el control y fiscalización contribuye a mejorar el recurso y desempeño de la APS. De modo indirecto, la documentación existente indica la incapacidad de respuesta efectiva a brechas detectadas en mecanismos de control y evaluación: se mantiene un gran déficit financiero, la asignación y distribución del recurso financiero es inadecuada, y se mantiene una inequidad asistencial y de salud. En caso necesario, coordina la atención de la persona en el interior del sistema de salud, con la referencia al nivel que cuente con la capacidad resolutoria para resolver dicho nivel.

La limitada actividad asistencial frente a grandes volúmenes de población (en especial en áreas urbanas), y un horario de atención restringido al mismo horario laboral de miles de trabajadores, lleva a que importante proporción de población use otras opciones alternativas: (a) acudir a atención privada bajo la modalidad de libre elección FONASA (para no perder su tiempo laboral); (b) asistencia a servicios de urgencia (en horarios que centros regulares de APS están cerrados) no sólo de APS, sino de centros de mayor complejidad; (c) postergue o desista de demanda de atención de salud necesaria y oportuna. La falta de prestación suficiente de servicios por parte de estos centros, o de acceso oportuno y adecuado a ellos, se aprecia por defecto, por la alta proporción de consultas de urgencia que hubiesen requerido atención en centros de nivel primario de atención. (23,28,29)

La limitación en el acceso a la APS del SNSS se estima en alrededor de 30 mil consultas diarias; además cabe considerar potenciales usuarios que optan por acudir a servicios de urgencia primarios o de especialidad, o a la atención privada. No se cuenta con información precisa sobre este crucial problema, ya que su estimación sólo puede ser medida en la población, mediante encuestas específicas destinadas a dicho fin. (31)

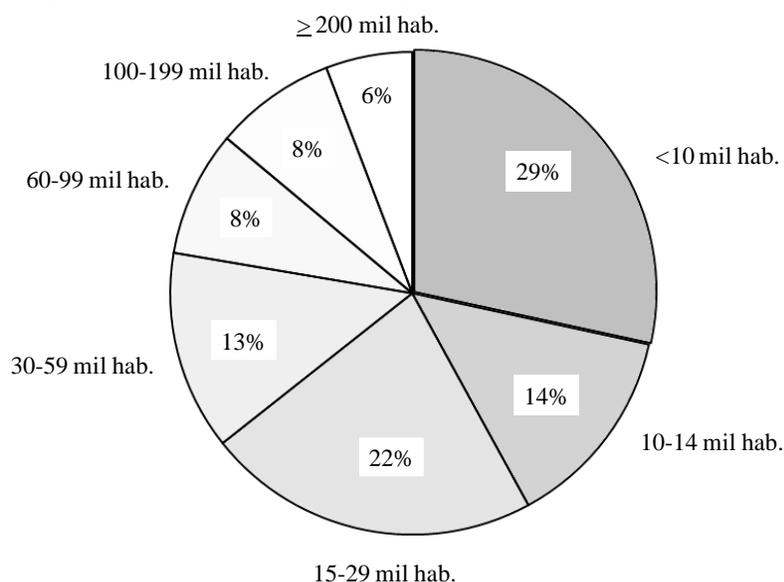
DESEMPEÑO DE APS EN COMUNAS MUY DIVERSAS

La normativa y los convenios de administración municipal de APS es relativamente estándar para todos los municipios del país, sin considerar suficientemente la serie de factores determinantes tanto sobre la salud como el sistema asistencial local de salud, lo que produce una diferencia importante entre las comunas en el contexto chileno. Para efectos de necesidad y desempeño de APS, las comunas del país son muy distintas en cuanto a: (a) tamaño de población; (b) condiciones socio-económicas y de desarrollo humano de la población; (c) vulnerabilidad social y de salud; y (d) necesidades locales de salud.

Desde 1974, la estructura político-administrativa del país determina muy distintos tipos y tamaños de comunas. Esa estructura está obsoleta dada la situación demográfica actual, que es bastante distinta a la existente cuando se determinaron las actuales comunas. Considerar a las comunas como entidades similares (para efectos de salud pública, financiamiento y gestión sanitaria local) tiene el riesgo de producir una “falacia ecológica”, si es que se asume que los municipios funcionan con similar capacidad y requerimientos de gestión, para enfrentar poblaciones y situaciones de salud muy similares, y con similar capacidad de respuesta. (13)

La gran amplitud del rango de población de las comunas es un factor determinante que influye sobre la capacidad y las responsabilidades de gestión municipal. No es lo mismo una comuna de dos o tres mil habitantes, que otra de más de medio millón. La población comunal residente varía desde menos de mil a más de medio millón de habitantes (la población de un solo municipio - Maipú - supera con creces, la existente en varias regiones del país). Ello tiene implicancias directas para la capacidad institucional de cada municipio, y el adecuado manejo y conocimiento de la población de la comuna. Según estimaciones INE 2011, casi el 30% de las comunas chilenas tenía menos de 10 habitantes, el 14% fluctuaba entre 10 y 14 mil habitantes, mientras que poco más de un quinto alcanzaba entre 15 y 29 mil habitantes, 13% alcanzaba entre 30 y 59 mil habitantes. Poco más de un tercio de las comunas tenía más de 60 mil habitantes, destacando que 8% tenía entre 100 y 199 mil habitantes, e incluso un 6% superaba esa cantidad (figura 14). (13)

Figura 14. Proporción de comunas según tamaño de población. Chile 2011



Fuente: Elaborado en base a información INE 2011. (13)

La ruralidad se concentra en las comunas más pequeñas. En general, dichas comunas no tienen similar capacidad y recursos municipales como para ejercer niveles y volumen similares a aquellos municipios de comunas con mayor tamaño y que son urbanas, las que pueden llegar a contar con sólidas y complejas corporaciones municipales. Por el contrario, en aquellas comunas cuya población residente supera los doscientos mil habitantes (destacando Puente Alto y Maipú, que superan el medio millón de habitantes), cuentan con un universo suficiente para desarrollar potencialmente redes asistenciales con niveles más complejos y hasta un hospital local, e incluso podrían constituir un Servicio de Salud. Como referencia de comparación, cabe destacar que 6 de los 29 Servicios de Salud del SNSS cubren áreas geográficas con población inferior a 200 mil habitantes. (32)

Los ajustes necesarios para un desempeño más coherente con la normativa, deben considerar la heterogeneidad comunal en cuanto a tamaño, condición socioeconómica, vulnerabilidad social y necesidades de atención de salud de cada comuna, junto a la diferente capacidad de gestión local y municipal (a su vez, en general relacionada por tamaño comunal, ruralidad, aislamiento y pobreza comunal y de recursos del municipio). El desarrollo de la organización, capacidades y recursos de los diversos municipios son influidos de gran manera por esas características tan disímiles existentes en las comunas, lo que les da gran heterogeneidad,

aspecto que requiere ser adecuadamente revisado en relación a la actual gestión municipal de la APS. (13,33)

Debido a esa gran diversidad de comunas, surge entonces la necesidad de estratificar distintos tipos de categorías comunales para adaptar más específicamente el desempeño de APS, al menos para cada tipo comunal.

Cabe también considerar que las desigualdades sanitarias y de determinantes sociales se encuentran también al interior de cada comuna (especialmente de aquellas de mayor población). Las variaciones no se distribuyen de un modo uniforme, sino que se ubican de preferencia en ciertos sectores más específicos (barrios) y grupos de población. Asumir que toda la población de una comuna comparte una determinada característica, como pobreza (por indicadores comunales) representa una falacia ecológica. Con las disparidades entre comunas y al interior de ellas, se dificulta considerar las comunas como unidades relativamente similares, donde se pueda aplicar adecuadamente una modalidad única de atención primaria que se ha definido a nivel central nacional.

El ajuste a la asignación financiera a las comunas incluye algunos ajustes globales que resultan insuficientes e inadecuados para cubrir los requerimientos locales. A su vez, la determinación de dotación de personal local – según el Estatuto de Atención Municipal – considera factores del “perfil

epidemiológico” y otros de la población que no permiten ajustarse con mayor precisión, plenitud y equidad, a los requerimientos locales específicos de las diversas comunas. (33-35)

La población de las diversas comunas también tiene una gran heterogeneidad de condiciones socioeconómicas, que representan tanto diferencias en determinantes sociales de la salud como en vulnerabilidad social y riesgo en salud. Las comunas con habitantes de menores condiciones socioeconómicas y mayor carga de enfermedad tienen mayores necesidades de atención de salud que apelan a la respuesta concreta por parte de la APS. La persistente inequidad sanitaria entre comunas indica que la acción de APS, a pesar de todo su aporte, no resulta suficiente para responder efectivamente a las necesidades locales (cuya génesis y solución dependen de otros aspectos sociales y de calidad de vida).

Cabe destacar que las comunas con población predominante de mayor nivel socioeconómico tienen mayor envejecimiento, etapa de la vida en que hay mayor necesidad de acción curativa, en niveles más complejos (como cáncer, enfermedades cardiovasculares y otras crónicas que están en fases más complejas). Esta necesidad se enmascara por el uso de tasas “ajustadas” de enfermedad y muerte que utiliza y difunde la autoridad sanitaria, lo que resulta un artificio estadístico. Las necesidades de salud locales debieran analizarse en base a tasas concretas de eventos de salud.

El cuadro 14 presenta el tamaño de población, ruralidad y condiciones socioeconómicas en deciles de comunas, ordenadas según su desarrollo socioeconómico (período 2006-2011). El Índice de Desarrollo Socio Económico (IDSE), es un indicador compuesto que integra el componente económico (ingreso per cápita y pobreza), educacional (años de escolaridad), condiciones de vivienda (buenas o aceptables) y saneamiento (alcantarillado y agua potable). (29)

La población de aquellas comunas de menores condiciones socio-económicas tiende a tener sistemáticamente menor volumen de población, mayor ruralidad, menor ingreso, mayor pobreza, menor escolaridad, y menores condiciones de vivienda y saneamiento. Entre 2009 y 2011, las comunas con población de menor desarrollo socio económico (Decil 1), tenían un ingreso per cápita

mensual de 111,6 mil pesos mensuales y una pobreza de 27,7%. En contraste, en el Decil 10 (comunidades con mayor desarrollo socioeconómico) el ingreso per cápita mensual era de 362,1 mil pesos mensuales (más de tres veces superior) y la pobreza alcanzaba sólo a 8,6% (un tercio de la existente en el decil 1). En este último grupo, destacaban tres comunas elite del sector alto de la capital (con Índice de Desarrollo Humano y de Nivel Socioeconómico sobre 0,900) cuyo ingreso per cápita era de 987,1 mil pesos mensuales y la pobreza alcanzada a sólo 1,6% (grupo útil como referencia empírica óptima para el desarrollo del país). (13)

Mientras que la totalidad de las comunas del Decil 10 eran urbanas (sólo 1,1% de ruralidad) y su tamaño promedio era de 140,0 mil habitantes, las comunas del Decil 1 tenían un tamaño de población de sólo 10,4 mil habitantes y 59,9% de ruralidad. (13)

En el cuadro 15 destaca que el decil comunal de mayor desarrollo socioeconómico registraba casi cuatro años más de esperanza de vida al nacer que el decil de menor nivel (78,6 años y 74,7 años respectivamente) y casi un tercio menos de años de vida potencial perdidos (tasa de 66,9 y 96,6 años por mil habitantes, respectivamente); y la mortalidad infantil era 30% mayor (tasa de 7,1 y 10,3 muertes por 1.000 nacidos vivos, respectivamente). (13)

La heterogeneidad del tamaño de población, ruralidad, condiciones socioeconómicas y de salud tiene implicancias directas para el recurso y la capacidad institucional de cada municipio. La obsolescencia de definición de las comunas actuales (CONARA, 1974) requiere redefinirlas (al menos desde la perspectiva de salud), categorizar su tipo (dada la gran heterogeneidad) y la división político administrativa en que se encuentran.

La importancia explícita del rol del personal de salud es crucial pero en general no debidamente reconocida, y las condiciones ofrecidas vía estatutos o logro gremiales no son suficientes para asegurar condiciones adecuadas de trabajo, con satisfacción y retención de dicho personal. La mejoría de las condiciones del personal de APS obtenidos por presión y negociación sindical nacional generan conquistas sociales pero mantienen inconsistencia respecto al carácter de contratos locales del personal asistencial, bajo la normativa de la administración municipal. (33,37)

Cuadro 14. Población y condiciones socioeconómicas en deciles de comunas ordenadas según desarrollo socioeconómico. Chile 2011

Decil comunal	Población comunal (miles) 2011	Ruralidad % 2011	Índice de Desarrollo Socioecon. 2006-2011	Ingreso per cáp. mens (miles \$) 2006-11	Pobreza % 2006-11	Escolaridad (años) 2006-11	Mat. Bueno o aceptable de vivienda (%) 2006	Alcantarillado o Fosa Sépt. % 2006
Decil 10	140.0	1.1	0.757	362.1	8.6	11.8	88.3	98.4
Decil 9	127.2	3.8	0.666	203.6	13.5	10.6	86.2	96.6
Decil 8	80.4	8.0	0.625	185.3	15.4	10.1	83.0	94.4
Decil 7	47.3	18.1	0.591	169.3	16.2	9.7	80.8	90.3
Decil 6	37.5	16.6	0.561	149.2	17.6	9.3	80.3	89.6
Decil 5	26.1	35.8	0.525	145.9	19.2	8.9	79.6	82.2
Decil 4	21.0	35.1	0.496	141.6	21.0	8.8	78.5	76.0
Decil 3	17.7	49.6	0.464	133.2	19.4	8.2	73.9	71.7
Decil 2	17.0	50.1	0.419	118.1	24.1	8.1	71.2	67.1
Decil 1	10.4	59.9	0.345	111.6	27.7	7.5	68.9	51.7

Nota: Deciles de comunas ordenadas según Índice de Desarrollo Socioeconómico. No se ha ponderado por tamaño de población comunal, para destaca que cada comuna es administrativamente una unidad similar a las otras.

Decil 10: comunas con mayor desarrollo socio-económico. Se excluyó comunas con menos de 2 mil habitantes y Chaitén.

Fuente: Elaboración propia, basada en Fuente INE (población), Encuesta de Hogares CASEN (años 2006, 2009 y 2011) y Ministerio de Salud (indicadores de salud). (13)

Cuadro 15. Indicadores de salud en deciles de comunas según desarrollo socioeconómico. Chile 2011

Decil comunal	Población comunal (miles) 2011	Índice de Desarrollo Socioecon. 2006-2011	Esperanza vida al nacer (años) 2005-2010	Tassa AVPP Años * 1000 h 2007-2011	I. Swaroop % defunc. 50+ años 2011	Mort. Inf. Muertes * 1000 NV 2009-2011
Decil 10	140.0	0.757	78.6	66.9	77.1	7.1
Decil 9	127.2	0.666	77.8	68.1	74.6	7.8
Decil 8	80.4	0.625	76.9	78.0	74.2	8.1
Decil 7	47.3	0.591	76.7	76.8	73.4	8.1
Decil 6	37.5	0.561	77.0	77.3	73.0	7.3
Decil 5	26.1	0.525	76.7	78.2	77.4	7.4
Decil 4	21.0	0.496	75.9	89.4	76.0	7.8
Decil 3	17.7	0.464	75.9	89.3	76.8	6.6
Decil 2	17.0	0.419	75.9	84.1	76.5	7.8
Decil 1	10.4	0.345	74.7	96.6	75.0	10.3

Nota: Deciles de comunas ordenadas según Índice de Desarrollo Socioeconómico. No se ha ponderado por tamaño de población comunal, para destaca que cada comuna es administrativamente una unidad similar a las otras.

Decil 10: comunas con mayor desarrollo socio-económico. Se excluyó comunas con menos de 2 mil habitantes y Chaitén.

Fuente: Elaboración propia, basada en Fuente INE (población), Encuesta de Hogares CASEN (años 2006, 2009 y 2011) y Ministerio de Salud (indicadores de salud). (13)

INTEGRACIÓN DEL NIVEL PRIMARIO EN LA RED ASISTENCIAL

En concordancia con la reglamentación vigente, el nivel primario se encuentra organizado a través de los diversos centros ambulatorios que cumplen con

dicha función en los Servicios de Salud del SNSS. Estos últimos tienen la responsabilidad sobre una red asistencial, en una población y territorio asignados. Las Direcciones de Servicios de Salud tienen la responsabilidad final de lograr el

cumplimiento esperado de APS en el nivel primario de su área geográfica asignada. Para fortalecer ese objetivo, el Ministerio de Salud ha planteado modelos de planificación y gestión en red, a distintos niveles de atención.

El SNSS – en cuanto servicio público estatal – tiene aspectos que incluyen por un lado la centralización normativa sobre el tipo y modalidad la prestación de servicios asistenciales de un modo similar para todo el SNSS, y por otro lado la descentralización regional y local de su gestión. El primer aspecto favorece por el funcionamiento integrado de las redes asistenciales, pero el segundo aspecto implica el riesgo de fragmentación de la red.

El establecimiento de convenios con los municipios no resulta suficiente para favorecer una mejor estructuración de la red global de centros, pues no se cuenta con los suficientes mecanismos y recursos que permitan asegurar que el nivel primario funcione con integración efectiva y expedita con la red asistencial. Los centros bajo administración municipal corresponden a diversas instituciones municipales en las cuales el personal es contratado local y corresponde a entidades independientes al resto de profesionales de los otros niveles de la red asistencial.

La normativa central establece que la red asistencial debe ser integrada, pero la descentralización local municipal predispone hacia una atomización de dicha red, ya que limita la integración horizontal entre centros de nivel primario (entre centros de diversas comunas) y su integración vertical con los otros niveles administrativos y asistenciales del Servicio de Salud. Esa falta de adecuada integración y coordinación, tiende a producir fragmentación, ineficiente distribución de recursos e inequidad asistencial, lo que a su vez repercute en la inequidad de salud.

Con el fin de promover una mejor y equitativa distribución de recursos, la normativa ministerial busca priorizar las acciones programáticas y distribuir los recursos según necesidades específicas de salud de la población, en cada localidad y grupo de población. Eso se refleja en la modalidad de distribuir el financiamiento y otros recursos, considerando las necesidades de cada comuna y nivel de las redes asistenciales de los 29 Servicios de Salud. (2-4,6)

En el documento normativo sobre “Orientaciones para la planificación y programación en red 2018”, el

propio Ministerio de Salud reconocía la fragmentación existente en el SNSS, que atribuía a la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, mientras que planteaba otros factores que contribuían a esas fragmentación, destacando:

- La segmentación institucional del sistema de público de salud.
- El predominio de programas focalizados en enfermedades.
- Los riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.
- La debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.
- Trabajo intersectorial escaso y sin permanencia en el tiempo. (2)

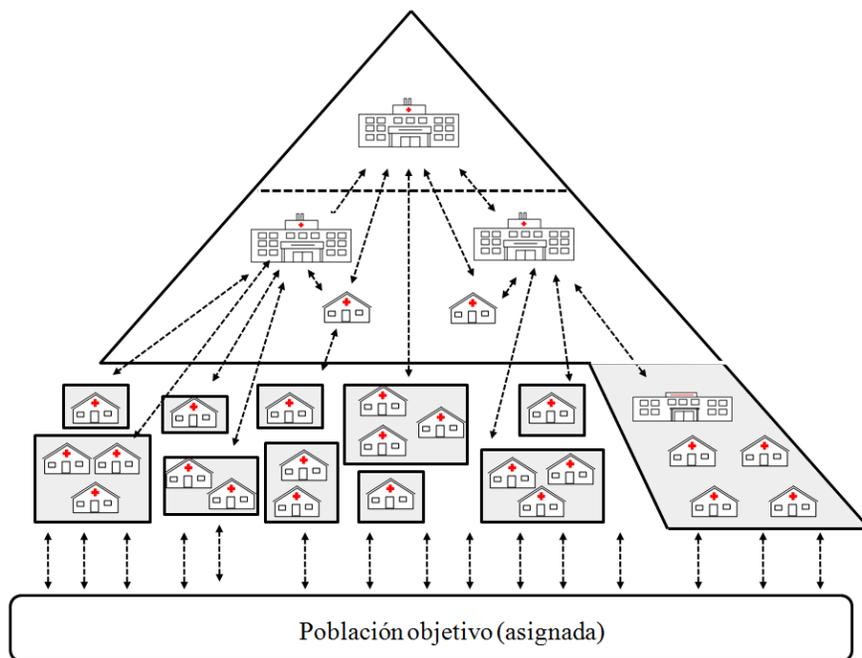
En esta línea, el enfoque programático de salud del Gobierno de Chile 2014-2018 incluía la atención y prevención de salud como una de sus cinco prioridades, aunque focalizada en fortalecer la red pública de salud. Para mejorar la atención, se planteó contar con un Plan de Inversiones 2014-2018 (a definir en los primeros 100 días de gobierno); aumentar el financiamiento per cápita comunal; aumentar la cantidad de centros de salud, incluyendo 132 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), 20 nuevos hospitales y dejar otros 20 en construcción; lograr mayor disponibilidad médica (1.000 médicos en atención primaria y formación y contrato de especialistas) y odontológica. La búsqueda de retención de profesionales incluía incentivos y mejoras de salarios. También se programa lograr un mayor equipamiento, con tecnología apropiada. (10)

Con ello, dicho programa se propuso fortalecer la atención de nivel primario, con mayores recursos y capacidad resolutoria (disminuyendo derivación a niveles más complejos), favorecer el acceso oportuno de la población a una atención de calidad, y aumentar la equidad de acceso a la atención, disminuyendo la brecha entre comunas de distinto nivel socioeconómico. (10)

La administración municipal genera una desconcentración global (y autonomía local) al adquirir personería jurídica propia, ya sea de los municipios o de entidades administradoras de salud, que cuentan con patrimonio propio y autonomía para contrato del personal, que adquiere características de empleados particulares. A su vez las condiciones normativas y jurídicas que se aplican a los municipios son similares, aunque estos últimos constituyen muy diversas entidades en cuanto a tamaño, capacidad, responsabilidad, población residente, beneficiarios de la APS y necesidades que la APS debe cubrir. (4,9,12)

En la figura 15 se sintetiza que el nivel primario constituye numerosos sistemas locales de salud (en gris) en los cuales una misma comuna puede tener uno o varios centros bajo su administración. También destaca que el 9,5% de los centros de nivel primario forman parte del Servicio de Salud (área gris formando parte de la organización triangular de niveles), además de 106 hospitales de baja complejidad que en su componente ambulatorio cumplen funciones de nivel primario. Los centros que dependen de los municipios y están bajo la gestión de una heterogénea multitud de entidades (oficinas, departamentos y corporaciones) sanitarias autónomas respecto al Servicio de Salud. (4,9,12)

Figura 15. El nivel primario en la red asistencial de un Servicio de Salud del SNSS



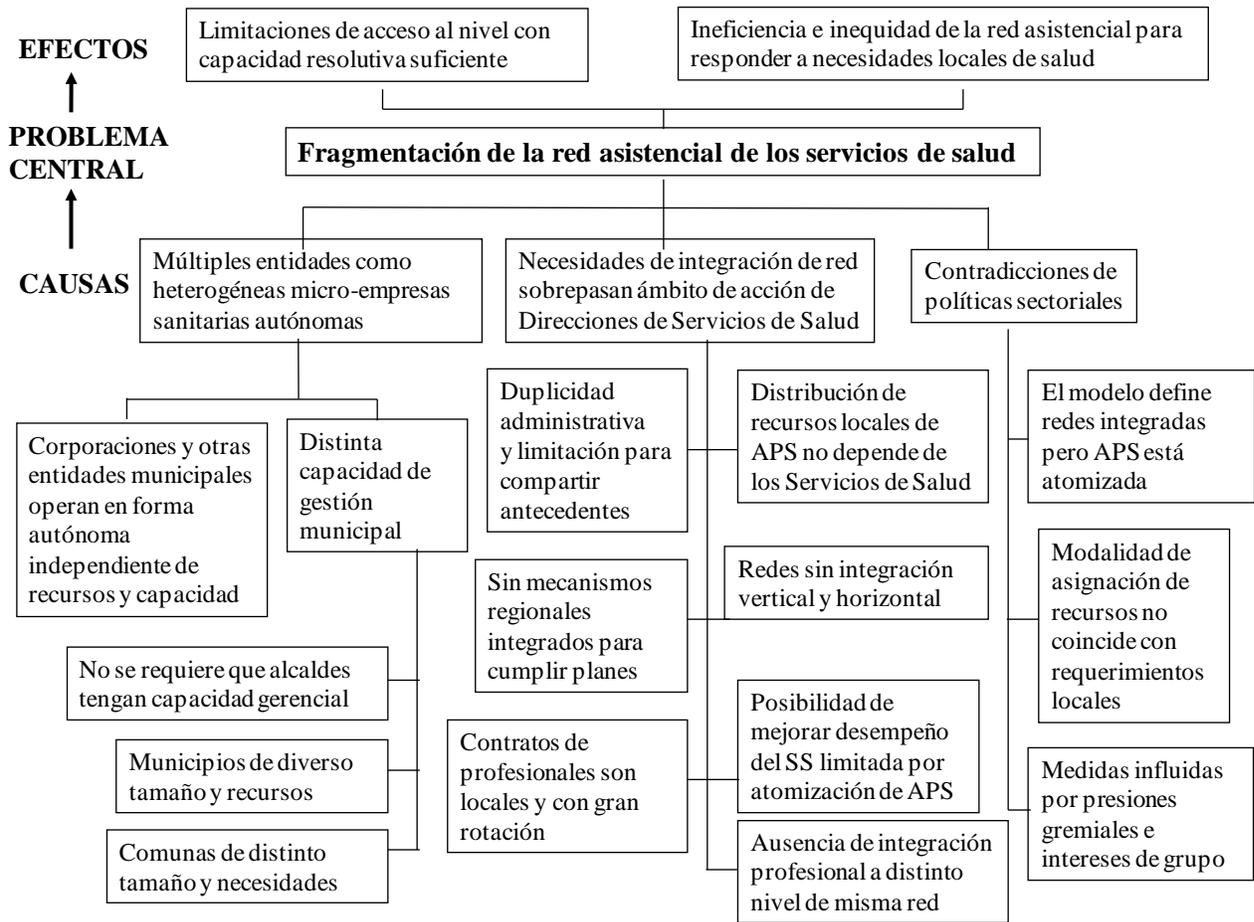
Fuente: elaboración propia

NOTA: Centros bajo patrimonio y administración de municipios

Esta situación refleja un contraste de las políticas sectoriales pues la autoridad sanitaria nacional y regional propicia la integración de redes asistenciales de servicios de salud y la planificación en red, pero en la práctica ello no se aplica de modo coherente y similar en todo el nivel primario, pues ese nivel está fragmentado y es heterogéneo, dependiendo de múltiples entidades municipales y de algunos servicios de salud, con recursos y capacidades de gestión y desempeño muy

diferentes. Además, la referencia de pacientes a otros niveles tiende a estar entrabada y enlentecida (con listas de espera variables) por limitaciones de recurso y capacidad en los niveles más complejos para recibir y resolver los problemas de salud referidos desde el nivel primario. Ello es responsabilidad de los Servicios de Salud, pero el problema subyacente no puede resolverse en el corto plazo, por falta de recursos suficientes a nivel de especialidad y hospitales.

Figura 16. Factores que contribuyen a la fragmentación de la red asistencial de los Servicios de Salud



En la figura 16 se sintetizan algunos de los aspectos relevantes y sistemáticos que influyen en la fragmentación de la red asistencial de los Servicios de Salud. Ello a su vez provoca limitaciones de acceso efectivo de la población no sólo a la APS, sino que al nivel que tenga la capacidad resolutoria suficiente para solucionar cada problema de salud que se requiera. La fragmentación también contribuye a una ineficiencia e inequidad de la red asistencial, lo que limita responder efectiva y adecuadamente a las distintas necesidades de salud que tiene cada grupo de población.

Los convenios que se establecen entre municipios y Servicios de Salud buscan por un lado extender la atención de salud al nivel global de un modo concordante con la normativa central, pero por otro su relación es más bien similar a la existente entre un comprador y un proveedor de servicios asistenciales, entre distintas empresas. A ello, la autoridad normativa tiende a exigir mejoría de la situación de salud local (como aumentar la

cobertura de exámenes Papanicolau o adherencia a programas de pacientes crónicos), en circunstancias que la mayoría de las causas limitantes de cobertura están fuera del control de la APS bajo administración municipal. Esas limitaciones son producidas principalmente por problemas de acceso económico, cultural o geográfico de la población misma. (2,24)

TRABAJO COMUNITARIO E INTER-SECTORIAL

El modelo original de APS exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar. (2,3)

La APS procura que la atención de salud esté centrada en la persona, la familia y la comunidad. Ello significa que además de la atención en cada establecimiento asistencial, se requiere realizar trabajo en contacto directo con la comunidad; entonces parte importante de su labor debiese ser extra mural o fuera de los centros asistenciales y con gran foco en la promoción y prevención de los distintos grupos de la población (cobertura activa).

Sin embargo y ante la limitación crónica de recursos (además del modelo biomédico prevalente), los centros de APS tienden a concentrar sus labores al interior de sus edificios en la parte curativa. El trabajo en la comunidad misma también se ha limitado por el gran crecimiento de población (especialmente urbana) sin el aumento correspondiente de centros, y muchos de ellos deben cubrir población de varias decenas de miles de habitantes. Ello condiciona una función de APS incompleta, en desmedro del trabajo con la comunidad, especialmente en las estrategias de fomento y prevención.

Aquellos municipios con mayor capacidad de gestión y desempeño de APS (en general en comunas de mayor desarrollo) tienen mayor factibilidad de realizar una cobertura activa de APS en la comunidad misma (cobertura activa), dado que eso requiere de más personal, tiempo, medios de transporte, lugares y estrategias para lograr la participación de la comunidad (junto a otros sectores y grupos sociales).

El grado de participación comunitaria depende de diversos factores como tamaño de población en sectores urbanos, ruralidad y aislamiento, especialmente en comunas rurales

La eventual participación de la comunidad también es influida por la cultura prevalente, la información aportada por los medios masivos de comunicación, y el grado de información, educación, empoderamiento y motivación que tengan los diversos grupos de la población para favorecer una activa participación comunitaria y la capacidad y recursos de cada centro APS, para un trabajo más activo en la comunidad. Además, existe una serie de obstáculos de la población y en su actual cultura, para participar en aspectos comunitarios. Destacan aspectos de desconfianza e incluso violencia, donde la participación se tiende a dar sólo en grupos pequeños y seleccionados de la comunidad. (2,3,29)

Cabe también que la acción de APS es más crucial para sectores populares de medios ingresos, pues la modalidad previsional permite que beneficiarios de la APS puedan optar por atención privada (opción más factible en quienes tienen mayores ingresos). Ello sitúa como participación comunitaria más necesaria en sectores de menores ingresos y mayor vulnerabilidad social, que otros sectores de mayor ingreso que pudieran ser más influyentes en la comunidad.

En el caso chileno ello prácticamente no ocurre. La comunidad local tiende a adquirir un rol pasivo receptor de la provisión de servicios de un nivel primario asistencial de salud. La participación de la comunidad en la APS requiere un enfoque activo que no está en la cultura chilena prevalente.

Ello significa que además de la atención en cada establecimiento asistencial, se requiere realizar trabajo en contacto directo con la comunidad que está bajo su responsabilidad; entonces parte importante de su labor debiese ser extra mural o fuera de los centros asistenciales y con gran foco en la promoción y prevención de los distintos grupos de la población (cobertura activa).

La participación comunitaria se puede facilitar con los Consejos de Desarrollo Local, y las estrategias de promoción de salud del personal asistencial. La participación comunitaria depende de diversos factores como tamaño de población en sectores urbanos, y ruralidad y aislamiento en comunas rurales. (2,3)

La integración intersectorial, en especial con otros sectores sociales, ocupa un importante rol del municipio, y es un objetivo de APS para todos los centros de APS (con o sin gestión municipal). Este tipo de integración ha sido relativamente efectiva en programas como Chile Crece Contigo y en acciones relacionadas con desastres. Sin embargo, eso se concentra en grupos o circunstancias específicas y no abarca integración en todos los aspectos de salud y desarrollo. (2,3)

Se cuenta con Consejos de Desarrollo, y lo importante es saber que herramientas y recursos dispone para una acción efectiva en relación a salud (como salud mental, seguridad laboral, obesidad, transportes, educación sanitaria, deportes) que permitan favorecer la salud de la población objetivo. La administración municipal de educación podría favorecer una integración intersectorial. (14,28)

Es necesario que el aspecto de integración intersectorial sea objetivamente analizado y monitoreado en todos los municipios que realizan administración en salud y educación, para estimar en qué grado existe integración intersectorial, las brechas de integración y las medidas tendientes a mejorarlas.

REFERENCIAS

1. Biblioteca del Congreso Nacional. DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999> (Acceso el 31 de julio, 2015)
2. MINSAL (2017) "Orientaciones para la Programación en Red. Año 2018". Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, Agosto 2008
3. MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional (2008). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
5. Gattini C. (1986) "Determinación operacional y evaluación del nivel primario de atención en el SNSS" Tesis de Magister de Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
6. Gattini C., Pragma M. B. y Solís V. (1993) "La red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Propuesta operacional para la integración y adecuación de la red asistencial" Informe de Investigación Operacional. Unidad de Análisis, Departamento de Planificación. Ministerio de Salud, mayo de 1993.
7. Organización Mundial de la Salud (2008). "Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978", patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: 2008. http://www.who.int/whr/2008/o8_report_es.pdf
8. Friedmann B. (1995) "Análisis institucional del sistema de salud chileno" en El sistema de salud en Chile ante la descentralización política, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.11-278.
9. Gattini C., et al. (2014) "Cumplimiento de objetivos de la administración municipal de salud". OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2015. Acceso en <http://www.ochisap.cl/>
10. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, "La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos", Documento final, 17 de marzo de 2014
11. Montero J., Téllez A. y Herrera C. (2010) Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos, Centro de Políticas Públicas y Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica Temas No. 5, No. 38, Septiembre 2010
12. Ministerio de Salud (2016). Marco Jurídico de la Atención Primaria de Salud Municipal. Serie de Cuadernos de Redes No. 25 Santiago octubre año 2008. Acceso: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/25.pdf>
13. Gattini C., Chávez C y Albers D. (2014) "Comunas de Chile según nivel socio-económico, de salud y desarrollo humano. Revisión 2013. OCHISAP 2014. Acceso: <http://www.ochisap.cl/images/ComunasChile.pdf>
14. Ministerio de Salud (2015). Sistemas Información de Red Asistencial (SIDRA). Acceso: <https://www.minsal.cl/SIDRA/>
15. MINSAL (2014). Recursos y actividades de los Servicios de Salud 2012, DEIS-MINSAL. Disponible en: <http://www.deis.cl>
16. Ley N° 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Acceso: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.htmlAutoridad>
17. Ministerio de Salud (2015) Cartera de Prestaciones de APS CIRA. 29 de mayo 2015. Acceso: http://ssmn.cl/descargas/cira_2015/CIRA29.5.15CarteraAPS.pdf
29. Goldstein E. (2018) El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. Marco para un debate sobre desmunicipalización. Asesoría Técnico parlamentaria Biblioteca del Congreso nacional. Acceso: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26811/2/BCN_Gobernanza_salud_y_demunicip_para_reposit_final.pdf
http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2012/CURSO_MARCO_JURIDICO_EN_QUE_SE_DESENVUELVE_LA_APS/PPT07.pdf
19. Ximena Meyer Álvarez (2011) Financiamiento de la APS, ACHM, Valdivia, 26 de Mayo de 2011

20. Ximena Meyer Álvarez (2011) Financiamiento de la APS, una preocupación de todos. Directora de Salud Municipalidad Chillán. Presentación XXXVI Escuela de capacitación Pucón, 2011, ACHM
21. Urriola R. (2006) "Chile: Protección social de la salud" Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J PublicHealth 20(4): 273-286, 2006
22. Gobierno de Chile (2016). Chile Crece Contigo. Presentación del Sistema. Disponible en: <http://www.crececontigo.cl/sobre-chile-crececontigo/>
23. Bozzo G. (2007) Gestión de la Demanda en un CESFAM: Una mirada desde la práctica de un médico familiar. Rev Chil Med Fam; 8 (2):110-116. Acceso: <http://revista.sochimef.org/index.php/revchimf/article/view/26/26>
24. Ministerio de Salud (2005). Síntesis Ejecutiva. Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS). (2005) Acceso: http://www.dipres.gob.cl/597/articulos-141040_r_ejecutivo_institucional.pdf
25. Ministerio de Planificación. Encuesta de Hogares CASEN (años 2006, 2009 y 2011).
26. MINSAL (2015). Indicadores Básicos de Salud, IBS, Chile 2013. DEIS-MINSAL. Disponible en: <http://www.deis.cl>
27. MINSAL (2014). Recursos y actividades de los Servicios de Salud 2012, DEIS-MINSAL. Disponible en: <http://www.deis.cl>
28. Iñiguez S. (2013). Lineamientos, avances y desafíos de la atención primaria de salud. Presentación PPT noviembre de 2013, División de Atención Primaria MINSAL.
29. Püschel K., Téllez A., Montero J. Brunner A., Peñaloza B., Rojas MP., Poblete F. y Pantoja T. Hacia un nuevo modelo de Atención primaria en salud. Evaluación del Proyecto de Salud Familiar Ancora UC. Estudios Públicos, 130, 23-52. 2013. Disponible en: http://www.cepchile.cl/dms/archivo_5336_3416/rev130_KPuschel-y-otros.pdf
30. Vargas V (2011) Revisión crítica de la fórmula de financiamiento en la AP Presentación UAH,
31. Escuela de Salud Pública U. de Chile (2014). Estudio "Propuesta para identificar la brecha de médicos en la dotación de atención primaria de Salud Municipal", Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Asociación Chilena de Municipalidades, Julio de 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/drjoseluiscontreras/presentacion-achm-2>
32. Gattini C., et al. (2014) "Perfil de los Servicios de Salud". OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014. Acceso en <http://www.ochisap.cl/>
33. Téllez A. (2006) Atención primaria: Factor clave en la reforma al sistema de de salud. Dirección de Asuntos Públicos, Pontificia Universidad Católica Año 1, No. 2, Agosto 2006
34. Cecilia Casanova Faúndez (2009), Estudio análisis de requerimiento de actualización, ajuste y Aumento del aporte estatal en contexto del financiamiento de la APS municipal en Chile Publicación ACHM 2009.
35. Debrott D (2015) Financiamiento de la APS Municipal. Congreso de Salud Primaria Municipal Viña del Mar, 16 a 19 de Junio de 2015. Acceso: http://www.achm.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_DE_SALUD_MUNICIPAL_MACRO_ZONA_SUR_VALDIVIA/PPT12.pdf
36. Bass C. (2009) Perfil de los médicos para la APS. Presentación en IV Congreso de Salud Primaria Municipal, 5-6 Noviembre de 2009

Nota 1: El cálculo de índice de desarrollo socioeconómico utiliza metodología similar al índice de desarrollo humano. Cada valor de variable comunal se pondera según su ubicación en el rango entre la comuna con mayor y la de menor valor para esa variable (entre 0 y 1). El índice relativo de cada indicador se expresa con un valor relativo entre 0 y 1, para lo cual se utiliza la siguiente fórmula general:

$$\frac{\text{Valor reportado de la comuna} - \text{Valor comunal mínimo}}{\text{Valor comunal máximo} - \text{Valor comunal mínimo}}$$

$$\frac{\text{Valor reportado de la comuna} - \text{Valor comunal mínimo}}{\text{Valor comunal máximo} - \text{Valor comunal mínimo}}$$

En la estimación del índice compuesto desarrollo socioeconómico (IDSE) se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Índice log Ingreso} + \text{Índice Pobreza} + \text{Índice Escolaridad} (* 2) + \text{Índice material Vivienda} + \text{Índice Saneamiento}}{5}$$

6

Fuente metodológica: C. Gattini (2002) (7,8)

6. CONTRIBUCIÓN DE OTROS SECTORES A LOS OBJETIVOS DE LA APS

El 29,4% de la población no está inscrita formalmente en la APS del SNSS y accede en general a la atención privada de salud (incluso los beneficiarios FONASA), donde no se utiliza la modalidad normativa de APS. La atención privada tiene diferencias con aquella del sistema público, pero realiza aportes efectivos a los objetivos de APS. El enfoque de APS como estrategia global sanitaria y de desarrollo no se aplica en Chile de un modo explícito. Sin embargo, el gobierno, los distintos actores sociales y productivos contribuyen a mejorar las condiciones de calidad de vida de la población chilena y al cumplimiento de varios de los objetivos formulados en Alma-Ata.

CONTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIVADA DE SALUD

Los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud impulsan a nivel de todos los países, el logro de la cobertura universal de salud. Pero ello no puede ser logrado solo en base al sistema público de salud, que en caso Chile sólo cubre aproximadamente al 80% de la población. Es entonces preciso considerar el esfuerzo conjunto de los sistemas público y privado, con todos sus tipos de prestadores asistenciales, incluyendo a los sistemas informales de salud, como la medicina tradicional, y al auto-cuidado en la comunidad.

Lamentablemente, no se cuenta con registros globales de información para conocer lo que hace el conjunto de sistemas, salvo casos como hospitalizaciones, inmunizaciones o las atenciones del Programa GES. En forma indirecta, se pueden estimar pagos por los sistemas de aseguramiento (como ISAPRES y FONASA) pero ello no se concentra en las personas, y no se cuenta con sistemas de información compatibles para conocer de modo periódico la situación nacional.

Los sistemas asistenciales público y privado se organizan y operan bajo distintas lógicas, cuyas diferencias deben ser entendidas en su propio contexto. El SNSS en cuanto sistema público opera bajo una lógica estatal, mientras que el sistema privado está constituido por un heterogéneo conjunto de profesionales, entidades o empresas productivas que están enfocadas en proveer servicios de calidad y satisfactorios a los clientes específicos que provenientes desde el mercado abierto, demandan sus servicios asistenciales. Una parte del sistema privado no tiene fines de lucro y su énfasis es aportar servicios a personas de determinados grupos con necesidades o vulnerabilidad en salud, pero sin población objetivo por residencia. (1-4)

La atención privada de salud, especialmente aquella de tipo clínico otorgada por médicos, en general responde a la demanda de usuarios que provienen desde el mercado abierto (independiente

de su condición de aseguramiento en salud), y no responde ante una población objetivo determinada.

Los profesionales que proveen atención sanitaria fuera del SNSS (denominado informalmente “extra-sistema”, en referencia al SNSS) no necesitan cumplir el modelo de atención integral familiar y comunitaria, ni los programas técnicos de salud del modo establecido por el Ministerio de Salud para la APS del SNSS. El cuadro 16 presenta las principales diferencias relevantes entre la APS del SNSS y la atención privada del extra-sistema (fuera del SNSS).

Los servicios provistos pueden ser ofrecidos a personas con capacidad directa de pago (sin seguro) o bien a asegurados públicos o privados, en general con sistema de copago al momento de uso. Según las condiciones tarifarias de sus servicios y tipos de seguro de cada consultante, también pueden atender a beneficiarios de FONASA (estén o no inscritos en APS). La mayoría de las personas que no están inscritas en APS (el 29,4% de la población) cuentan con seguro de FONASA (8,6% que no está inscrito) o privado de salud.

La atención privada provista es independiente de la condición individual de residencia, aseguramiento o inscripción en APS de cada consultante. Los beneficiarios FONASA pueden acceder a la atención privada mediante un copago junto a un bono financiado por FONASA. Cabe destacar que el sector privado también puede recibir pacientes referidos desde los centros asistenciales del SNSS, en conformidad al Programa GES (por atención garantizada en problemas GES que los centros públicos no pueden realizar oportunamente). (4,5)

La atención de salud privada realiza algunos aportes específicos propios de la APS, que están en línea con lo planteado en Alma-Ata: provee asistencia materno-infantil, incluyendo planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.

Cuadro 16. Diferencias relevantes entre la APS del SNSS y la atención privada del extra-sistema

APS en nivel primario del SNSS	Atención privada (extra-sistema)
<ul style="list-style-type: none"> • Provee asistencia sanitaria esencial, orientada por normas y programas ministeriales de salud • Utiliza personal asistencial y capacidad tecnológica resolutoria de menor complejidad, pero esencial para cumplir funciones de APS 	<ul style="list-style-type: none"> • Provee atención de distinto requerimiento de complejidad a la población del entorno que directamente demanda consulta. Los médicos especialistas tienden a atender temas de su especialidad y también a casos que sólo necesitan medicina general, en sus usuarios que acceden en forma espontánea y directa.
<ul style="list-style-type: none"> • Dispone de infraestructura y tecnología apropiada la capacidad resolutoria requerida 	<ul style="list-style-type: none"> • Se procura inversión rentable y el uso de la mejor tecnología que se pueda tener en cada centro específico.
<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento central y apoyo clínico desde otros niveles de la red asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogéneo universo de profesionales y entidades asistenciales, que en forma individual procuran prestar servicios productivos (con y sin fines de lucro), ser sustentables y competir en el dinámico mercado. • Las inversiones y producción de servicios en el mercado son esenciales para subsistir y expandirse.
<ul style="list-style-type: none"> • Relativamente barata y de baja inversión • Costo asequible para la comunidad y el país 	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión y desempeño adaptados a un recurso en general limitado e insuficiente 	
<ul style="list-style-type: none"> • Cubre todas las etapas de servicios asistenciales esenciales: Promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (nivel individual y colectivo). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención preferente de problemas evitables y prioritarios de salud (materno infantiles, infecciosos y otros). 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en atención curativa y preventiva individual, tanto ambulatoria como hospitalaria. • Los servicios asistenciales responden a cada evento de salud específico por el cual se demanda atención.
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal, accesible a toda la comunidad, en contacto continuo (24 horas los 7 días de la semana) y a través del ciclo vital 	<ul style="list-style-type: none"> • Aborda específicamente los problemas de salud planteados por los pacientes usuarios, sean o no prioritarios en la población. • Su acción no se enfoca en poblaciones determinadas, sino que en los clientes que solicitan atención. Sin responsabilidad formal sobre la salud de la población de su entorno.
<ul style="list-style-type: none"> • Personal y servicios asistenciales adaptados para cubrir el mosaico cultural de la comunidad y con medios aceptables para la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis de calidad humana e intercultural está puesto en el mismo proveedor, buscando la satisfacción de la calidad de la atención en el cliente, bajo una cultura de prestigio de calidad profesional competitiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Participación plena y activa de la comunidad en planificación, programación y evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay participación de la comunidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y distribución de recursos con criterios de suficiencia y equidad, aunque haya limitada disponibilidad de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada profesional o centro o entidad busca ser eficiente, aportar buena atención y competir en el mercado • No hay objetivo de equidad en población. • Parte importante de su financiamiento proviene del pago por atención de salud (en valores de mercado)
<ul style="list-style-type: none"> • Funciona como núcleo del sistema de salud y componente esencial de las redes asistenciales. Es un filtro del sistema y determina necesidades asistenciales de salud, coordinando el acceso de la persona al rango de servicios del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • En general, no hay funcionamiento en redes asistenciales integradas, salvo en algunas redes de centros de universidades, fuerzas armadas, trabajadores organizados y mutuales.
<ul style="list-style-type: none"> • Forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad • Liderazgo y colaboración en trabajo intersectorial, en torno a salud y desarrollo • Estrategia pro equidad y desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay trabajo intersectorial. • El foco está puesto en las demandas de servicios provenientes del mercado o espontáneas de la población, (esencialmente individuales). • No existe la perspectiva de tener que contribuir en forma institucionalizada, hacia la salud y el desarrollo colectivo e la población del entorno geográfico.

Fuente: Elaboración propia.

El ámbito de cobertura de la atención privada se enfoca específicamente en el consultante o máximo su familia, si es que por ejemplo se trata de un niño, adulto dependiente o bien de un caso que requiera adopción de medidas familiares, (como en salud mental o nutricional). En la atención privada, los usuarios pueden acudir a médicos generales, o bien directamente a profesionales especialistas (sin necesidad de interconsultas op sistema de referencia). (4)

A su vez, un especialista puede atender casos de medicina general y bien los médicos generales pueden atender casos de especialidad. Dado que el sistema privado no existen sistemas formales de referencia, entonces cualquier decisión de derivar casos de morbilidad queda a la discreción del médico tratante (o incluso, puede ser decidida en forma personal por el propio usuario consultante).

En general, incluso los médicos contratados en el SNSS también ejercen en forma ambulatoria privada, fuera de los lugares y horas contratadas en el SNSS. En ese doble desempeño público y privado influye tanto la limitada base salarial del SNSS respecto al costo de vida nacional, como la atracción por mejores ingresos en el ejercicio privado de la profesión y la demanda de atención por parte de sistemas de seguro público y privado.

Las comunas de país, independiente del nivel socio-económico o proporción de población inscrita en APS, registran una alta cobertura de acciones relacionadas con la APS, como vacunas programáticas, control maternal e infantil, cobertura del parto y relativo bajo nivel de morbilidad y mortalidad altamente evitable (como enfermedades transmisibles o nutricionales). Esos indicadores se refieren a atención de salud que incluyen simultáneamente lo público y privado. La atención privada no reporta información preventiva y curativa que sea similar o comparable con el sistema público de salud. (5)

Los servicios asistenciales responden a cada evento de salud específico por el cual se demanda atención. El énfasis está puesto en la atención curativa y preventiva individual, tanto ambulatoria como hospitalaria. Provee atención de distinto requerimiento de complejidad a la población del entorno que directamente demanda consulta. Los médicos especialistas tienden a atender temas de su especialidad, aunque están abiertos a atender distintos motivos de consulta directa de los clientes (sean de su especialidad o no).

El énfasis de calidad humana e intercultural está puesto en el mismo proveedor, buscando la satisfacción de la calidad de la atención en el cliente, bajo una cultura de prestigio de calidad profesional competitiva. La calidad de condiciones de cada tipo de prestador ha sido formulada por La Superintendencia de Salud, ante la cual los diversos prestadores requieren estar acreditados. También es importante la ley que regula los derechos y deberes tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Y eso compromete tanto a la atención pública como privada. (6,7)

La capacidad resolutoria y decisión de referir pacientes a otro médico o a un centro asistencial es determinada individualmente por cada médico, ya sea general o especialista. En consecuencia, cada médico decide si es preciso referir casos de morbilidad que atiene, y a qué tipo de profesional o centro asistencial derivar. Ello, finalmente decidido por cada usuario.

Por ello, los distintos proveedores asistenciales (ya sean entidades asistenciales o profesionales sanitarios independientes) en general no funcionan con modalidad de redes integradas formales en servicios de salud. Sin embargo, hay algunas entidades que logran establecer algún tipo de red, como es el caso de sistemas de Fuerzas Armadas y Orden y sistemas en universidades, trabajadores organizados y las mutuales de seguridad.

El Programa de Garantías Explícitas de Salud (GES), basado en la Ley 19.966 de 2004 sobre el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud establece una base legal para dar protección financiera, oportunidad, acceso y calidad en un conjunto de patologías priorizados de la salud común, en un plan universal de Salud. El cumplimiento de dicho Programa incluye tanto a los sistemas público y privado en el ámbito de aseguramiento y asistencial. (8)

El Programa GES tiene similitud con la APS formal en cuanto busca cobertura universal (al menos para ciertos problemas de salud), se orienta por el derecho a la salud y prioriza una serie de problemas de salud que también son los más frecuentemente abordados en la APS, en las distintas fases del desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, tiene divergencias con el espíritu y objetivos de la APS en cuanto se concentra en un grupo de enfermedades determinadas, priorizadas y financiadas en forma vertical desde un nivel

normativo y financiero central. La APS requiere dar una respuesta integral a la situación de salud existente en cada comunidad, enfatizando aspectos esenciales del desarrollo y salud (inmunizaciones, tratamiento de enfermedades endémicas. (8)

La Ley 19.966 (2005) que crea el Régimen General de Garantías de Salud contiene un componente preventivo, a través del Examen de Medicina Preventiva, de aplicación tanto en la atención pública como privada, pero no incluye una estimación de cobertura poblacional que se busque a lograr entre ambos sectores (salvo en el público). Dicho examen persigue el monitoreo y evaluación de salud a través del ciclo vital. Sin embargo, sólo incluye pesquisar algunas enfermedades o

condiciones específicas, en las cuales el nivel normativo ministerial determina que existe un beneficio en la detección temprana. (8)

En el caso chileno, destaca que la población no cubierta por la atención primaria de salud formal (del SNSS) no tiene peores condiciones sanitarias ni está excluida de atención de salud. Por el contrario, en general pertenece a grupos y comunas con mejores condiciones socio-económicas y con mayor acceso y uso de la atención privada de salud.

Tanto la atención de salud pública como la privada contribuyen a los objetivos de la APS, destacando que la atención del sistema público pública se proyecta tanto en el paciente individual como en la comunidad asignada (cuadro 17).

Cuadro 17. Contribución de la atención pública y privada de salud a la estrategia de la APS en Chile

Aspectos del modelo de APS	Ámbito de aplicación		
	SNSS (público)	Sector privado	Sistema de salud total
La asistencia se organiza y desempeña en línea con el modelo APS	Sí	No	Parcial
Participa un equipo multidisciplinario con capacidad tecnológica resolutive relativamente simple pero esencial	Sí	No	Parcial
El equipamiento es apropiado a recursos y capacidad resolutive requeridos	Sí	Sí	Sí
Hay promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos a nivel individual.	Sí	Sí	Sí
Se realiza promoción, educación y prevención a nivel colectivo.	Sí	No	Parcial
Hay continuo contacto con toda la población a cargo (cobertura de acceso universal)	Parcial	No	Parcial
Hay responsabilidad continua sobre la salud de las personas (a través del ciclo vital)	Parcial	No	Prácticamente no
Personal y servicios asistenciales adaptados para cubrir el mosaico cultural, considerando criterios en salud de la comunidad	Parcial	No	Prácticamente no
Promueve organización y participación de la comunidad en salud y APS, incluyendo control social	Parcial	No	Prácticamente no
Desempeño coherente con recursos disponibles y sustentables en el tiempo	Sí	Sí	Sí
Coordina el acceso de la persona al rango de servicios que ofrece el sistema	Sí	No	Parcial
Es un filtro del sistema y determina necesidades asistenciales de salud	Sí	Parcial	Parcial
Énfasis y prioridad en necesidades locales de salud y principales enfermedades	Parcial	No	Parcial
Liderazgo y colaboración en trabajo intersectorial, en torno a salud y desarrollo	Parcial	No	Prácticamente no
Asistencia sanitaria vista como estrategia de desarrollo y justicia social	No	No	No

Fuente: Elaboración propia

ACCIÓN INTERSECTORIAL RELACIONADA CON APS

El avance en salud y desarrollo de la población chilena, refleja el esfuerzo gubernamental, multisectorial y de desarrollo global del país desde 1978. En su formulación internacional original, la APS fue asumida como estrategia para el desarrollo

global que permitiría lograr “Salud Para Todos” en el año 2000, lo que no ha ocurrido como esperado de modo pleno, a nivel nacional ni internacional.

La experiencia internacional indica que la modalidad integral de APS es más aplicable a países y lugares de menos ingresos y son sistemas de salud con menos recursos y cobertura. En Chile, esa

misma experiencia indica que los países subdesarrollados y lugares de menos ingresos, los sistemas públicos de salud siguen en condiciones limitadas y la APS finalmente no logra cumplir con las amplias expectativas originales.

Tanto el sector salud como diversos otros sectores del quehacer nacional han contribuido de un modo importante al desarrollo social, económico y sanitario, como es el caso de agua y saneamiento, mejor suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la

familia. la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

En el cuadro 18 se destacan algunos aspectos relativos a la vigencia y aplicabilidad del modelo de APS como estrategia de desarrollo en el caso de Chile, con una acción global que compromete a todos los actores del país y la comunidad, que por tanto es de índole social e intersectorial. (9-11)

Cuadro 18. Aplicación del enfoque de APS formal como estrategia de salud y desarrollo en Chile

Aspectos del modelo de APS como estrategia de desarrollo	Aplicación en el contexto chileno
El gobierno debe formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales intersectoriales sobre APS	La autoridad sanitaria plantea Estrategias nacionales de salud decenales A nivel local, se cuenta con la labor municipal intersectorial
Es preciso ejercer voluntad política para movilizar los recursos del país	Parcial y enfocada en la parte asistencial del sistema público de salud
El país debe cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo	Parcial, hay garantía potencial de acceso a toda la población, pero falta de recursos limita que se cumpla totalmente en la población objetivo (no universal)
La política democrática podría y debería liberar recursos adicionales para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico	Parcial. Se ha aumentado de modo importante el recurso aplicado al nivel primario del SNSS, pero insuficiente y sólo con foco asistencial
Es preciso asignar una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo (incluyendo los que se en parte considerable se destinan a armamentos y conflictos militares).	Aporte importante y parcial. Fuerzas Armadas siguen recibiendo aporte importante que podría reencauzarse a desarrollo social y salud
Es preciso apoyar en el plano nacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo	El apoyo a APS es principalmente asistencial enfocado en centros públicos de salud y su acción programada local
Las entidades nacionales deben colaborar en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la Declaración de Alma-Ata.	El enfoque de APS como estrategia de desarrollo global no es utilizado

Fuente: Elaboración propia

El progreso paulatino en las condiciones de salud de la población, aunque con un nivel sistemáticamente mayor nivel en los grupos de mejores condiciones socio-económicas, refleja el cumplimiento progresivo de varios de los objetivos de la APS en su enfoque global, aunque sigue pendiente el crucial tema de la equidad sanitaria. Ese avance ha sido posible gracias a la acción nacional e intersectorial que ha permitido avanzar en los principales determinantes sociales que son posibles de obtener a través de la

APS entendida (aunque sea de modo implícito) como estrategia global del desarrollo. (9-11)

Para la realización de esa estrategia gubernamental e intersectorial que persigue el desarrollo social y sanitario del país, se cuenta con el aporte de diversos sectores del quehacer nacional, como aquellos de obras públicas que contribuyen a mejor saneamiento y agua potable, agricultura, ganadería y comercio para una mejor alimentación y nutrición, educación vivienda y otros para mejores

condiciones de bienestar y calidad de vida, así como para prevenir factores de riesgo de salud, especialmente en los sectores más vulnerables de la población.

El trabajo intersectorial local es una de las funciones relevantes de los municipios, aunque allí no se contempla explícitamente el foco en APS como función intersectorial. Los municipios cuentan con consejos locales que son multisectoriales, en especial con la participación de los sectores sociales. Sin embargo, el funcionamiento y alcance de la labor intersectorial está altamente determinada por la disponibilidad de recursos locales (que son menores en población de menores recursos y mayor vulnerabilidad).

La integración intersectorial, especialmente con otros sectores sociales, en cuya administración participa el municipio, es un objetivo procurado para el total de centros y equipos de personal asistencial en APS, independiente de quien administra la APS local.

Este tipo de integración ha sido relativamente efectiva en programas como Chile Crece Contigo y en acciones relacionadas con desastres. Sin embargo, eso se concentra en grupos o circunstancias específicas y no abarca integración en todos los aspectos de salud y desarrollo. ⁽¹²⁾

A nivel municipal local se cuenta con Consejos de Desarrollo, y lo importante es saber que herramientas y recursos dispone para una acción efectiva en relación a salud (como salud mental, seguridad laboral, obesidad, transportes, educación sanitaria, deportes) que permitan favorecer la salud de la población objetivo. La administración municipal de educación también favorece una mayor integración intersectorial en el nivel local.

Las Estrategias Nacionales de Salud decenales, en que se espera su adaptación a nivel regional y local, contienen amplias metas y estrategias específicas para que todo el país pueda avanzar en salud y desarrollo, en cada decenio ⁽¹³⁾

REFERENCIAS

1. Biblioteca del Congreso Nacional. DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999> (Acceso el 31 de julio, 2015)
2. Narbona K. y Durán G. (2009) Caracterización del Sistema de Salud Chileno. Enfoque laboral, sindical e institucional. Cuadernos de Investigación No. 11 Fundación Sol: Marzo de 2009. Disponible en www.proyectoaraucaria.cl
3. Ley No. 19.337 (2004) "Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana". Acceso: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-553_recurso_1.pdf
4. Gattini C., et al. (2014) "Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013". OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014. Acceso: <http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revisión%202013.pdf>
5. Gattini C., Chávez C y Albers D. (2014) "Comunas de Chile según nivel socio-económico, de salud y desarrollo humano. Revisión 2013. OCHISAP 2014. Acceso: <http://www.ochisap.cl/images/ComunasChile.pdf>
6. Ley N° 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Acceso: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.html>
7. DFL1 MINSAL (2005) "Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley n° 2.763, de 1979 y de las leyes n° 18.933 y n° 18.469". http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf
8. Ley No. 20.584 (2012). "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-7564_recurso_1.pdf
9. Ruiz J. (1995) "Municipio y servicios sociales. La experiencia chilena." en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.163-251.
10. Morales E., Pozo H. y Rojas S. "Municipio, desarrollo local y sectores populares". Materiales de difusión FLACSO: Marzo de 1988
11. Heyermann B. (1995) "Municipios, descentralización y salud" en La municipalización de servicios sociales en Chile, ILPES, MINSAL y OPS/OMS, Santiago de Chile: Febrero de 1995, pp.5-162.
12. Gobierno de Chile (2016). Chile Crece Contigo. Presentación del Sistema. Disponible en: <http://www.crececontigo.cl/sobre-chile-crececontigo/>

13. Ministerio de Salud (2011) Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Ministerio de Salud, 2011. Disponible en:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

7. DESAFÍOS INSTITUCIONALES EN EL NIVEL PRIMARIO Y EL SNSS

La situación y las tendencias predominantes en el modelo y la práctica de la APS en Chile permiten visualizar una serie de logros, aspectos críticos y desafíos para el corto y mediano plazo. Entre los desafíos relevantes destacan aquellos referidos a la vigencia y coherencia teórico-práctica de la APS en Chile; al marco institucional de la APS en el SNSS; y los recursos tanto físicos como financieros y del personal de salud.

VIGENCIA Y COHERENCIA TEÓRICO-PRÁCTICA ACTUAL

Chile se sigue identificando a cabalidad con la Declaración de Alma-Ata y la ratificación internacional de sus principios hasta Astaná, pero es preciso evaluar la vigencia y coherencia resultante del funcionamiento de la APS actual. La contribución aportada por la APS a la salud de la mayoría de los chilenos - especialmente a través del SNSS - avala su vigencia e importancia. Sin embargo, persiste una serie de aspectos que limitan la coherencia entre el modelo conceptual y su implementación práctica. Entre los desafíos más relevantes a considerar, destacan:

- Es crucial considerar el importante cambio en el contexto demográfico, político, económico y sanitario que ha ocurrido en Chile luego de la Declaración de Alma-Ata (1978). En la actualidad existe una situación radicalmente distinta a la esperada a nivel nacional e internacional según dicha declaración. Se han logrado importantes avances chilenos en salud de la población, pero todo ello no ha ocurrido estrictamente bajo los lineamientos estratégicos planteados en 1978 ni bajo el liderazgo explícito del sector salud, sino que el progreso ha ocurrido gracias a un amplio conjunto de múltiples factores, bajo una acción multisectorial y desarrollo productivo del país.
- En la documentación normativa, se requiere determinar y diferenciar más claro y operacional el concepto institucional de “nivel de primario de atención” (o de “atención primaria”) y el enfoque funcional de la “APS”, asumida como una acción o estrategia integral en busca de avances en salud y desarrollo (“salud para todos”).
- Se requiere ampliar la normativa ministerial más allá del SNSS y de los inscritos en APS (beneficiarios de FONASA), así como buscar los mecanismos y estrategias para procurar un trabajo nacional, concertado y explícito, en torno a la APS en el Chile actual. Es posible que para una coherencia más adecuada, es posible determinar si

el país está en condiciones para cubrir todas las estrategias y objetivos de Alma-Ata de modo universal, o bien se requiere restringir de modo explícito los principios de APS al contexto nacional. Ello incluye considerar aquellos aspectos que de facto no se cumplen a cabalidad, como el del rol activo de la comunidad frente a los sectores asistenciales públicos y privados.

- También es importante determinar qué objetivos globales y acciones específicas de APS le corresponden cumplir el nivel primario de atención del SNSS (y lo asistencial que no que no corresponda necesariamente a la APS en ese nivel).
- Coexiste el simultáneo énfasis puesto por un lado en el crucial rol del Estado frente a la salud de toda la población como un derecho y justicia social (equidad), y por otro lado se enfatiza el rol del mercado bajo una lógica neoliberal que visualiza a la salud como un bien de consumo y la competencia en las entidades aseguradoras y asistenciales para el beneficio de los clientes. Ambos enfoques tienen su complementaria coherencia doctrinaria y aplicación, pero la APS – especialmente en el trabajo asistencial – sólo se restringe al sector público y tiene un enfoque esencialmente estatal y de responsabilidad con la salud de su o población objetivo.
- Es preciso revisar la coexistencia de énfasis estatal y de mercado al interior del propio SNSS. En ese sistema público de salud coexiste un enfoque de cuasi-mercado (como un FONASA “comprador” de centros asistenciales que son “prestadores públicos”, y el requerimiento de desempeño asociado a “incentivos financieros”). El foco estatal visualiza un Estado capaz de subsidiar y financiar las insuficiencias y brechas de recursos del SNSS, y de movilizar a todos los actores del país para responder en forma universal a las necesidades relacionadas con los derechos de salud de los distintos grupos de la población, con enfoque de justicia social.
- Es importante determinar y monitorear el rol global del SNSS en su capacidad y responsabilidad

de respuesta concreta y coherente a las necesidades de salud de las personas de la población asignada y definir lo que corresponda respecto a la salud del resto de la población residente en cada localidad (la población no inscrita en APS)). Esto último debiera ser el aspecto esencial de la planificación y consecuente estimación de recursos y funciones que se requieren en cada localidad y tipo de asistencia.

- Es importante monitorear la contribución de la atención privada de salud (abierta a un mercado que incluye asegurados privados y FONASA) al cumplimiento de objetivos de la APS global, así como la contribución del trabajo intersectorial y con la comunidad a dichos objetivos.
- Es importante precisar de modo explícito, el rol de los otros actores gubernamentales (a distintos niveles), no gubernamentales, sectoriales, y organismos de la comunidad. Cabe también revisar sobre qué tan explícitos deben ser los objetivos globales de APS, cuando se busca un logro de salud a nivel nacional, en conjunto con sus determinantes y en contexto de justicia social global en el país.
- Según el enfoque de Alma-Ata, los diagnósticos y planificación más concreta y útil para la APS debieran partir del nivel local y ser integrada hacia los niveles administrativos superiores del sistema de salud (“*bottom-up*”) asumiendo a la APS como base y núcleo del sistema). Como en el SNSS hay una tendencia inversa a aplicar programas verticales y selectivos desde el nivel central, es preciso compatibilizar e integrar los distintos tipos de planificación sanitaria, desde la normativa central hasta aquella táctica y operativa local. Más allá del dilema entre centralización y descentralización, se requiere la integración en torno a una “red nacional integrada, coordinada y efectiva” de distintos niveles administrativos y actores involucrados.
- Se requiere revisar, promover y asegurar la participación activa de la comunidad en todas las localidades del país, en conformidad al modelo original de APS. Ello incluye monitorear y si el enfoque de APS está puesto en la familia y la comunidad, y sus eventuales obstáculos. También cabría revisar cuál estaría siendo el aporte de la comunidad en la “atención primaria” del SNSS.
- Se requiere no solo revisar y fortalecer la acción específica del SNSS y el sistema de salud, sino que

también se requiere revisar y fomentar la APS en su dimensión de “estrategia global” que debiera comprometer a todos los actores nacionales relevantes y a la propia comunidad.

- En los servicios asistenciales tanto públicos como privados, es importante enfatizar el enfoque de equidad asistencial frente a toda la población y el de prevención y control de eventos de salud evitables, incluyendo la aparición de morbilidad, complicaciones y mortalidad prematura en personas bajo riesgo de sufrir enfermedades crónicas. La prevención incluye evitar que determinantes sociales y vulnerabilidad social impacten en la situación de salud. Y ese enfoque no sólo se remite a los más pobres o con menor calidad de vida sino a que a toda la población.
- Ello permitiría adecuar su estructura y rol de un modo más coherente y efectivo, que pueda responder a las necesidades de salud de toda la población, y no solo a aquellos sectores de la población con menor condición socioeconómica y mayor vulnerabilidad a riesgos y eventos evitables en salud, que son el objetivo prioritario del subsidio focalizado que se aplica en Chile.

EL CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL SNSS

El contexto normativo relacionado con APS se concentra en la estructura y función del SNSS, por lo cual la modalidad chilena de APS (hasta la actualidad) depende de ese sistema público de salud. El SNSS contiene valiosos elementos para un efectivo rol en APS, pero eso requiere ser revisado a la luz de lo que preconiza la APS original en todas sus dimensiones. Entre los aspectos críticos y desafíos del contexto institucional destacan:

- Se requiere fortalecer y adecuar el marco normativo relacionado con el SNSS (leyes, reglamentos, normas, planes y programas) en todos aquellos aspectos necesarios para asegurar que se produzcan las condiciones para lograr un adecuado recurso y efectivo desempeño de la APS, tanto a nivel nacional, como regional y local. En dicha normativa, se deben asegurar los mecanismos que permitan lograr la mejor calidad, efectividad y equidad posibles, en torno al cumplimiento del rol y funciones del nivel primario en cada localidad y grupo de población, según los objetivos de la APS.
- Los planes normativos, estratégicos y operativos que involucran al nivel primario requieren contar en consecuencia, con los suficientes recursos y

mecanismos concretos, tendientes al logro esperado de dichos planes y programas. Cabe precisar qué recurso suficiente se usará para apoyar cada aspecto programático y en qué período (y las brechas, si no es posible lograr un recurso suficiente).

- Es importante revisar y monitorear el grado de cumplimiento de los objetivos de la APS, en los distintos niveles del SNSS, incluyendo la administración municipal. Eso incluye evaluar los factores que tienden a favorecer u obstaculizar el cumplimiento de esos objetivos. Estos factores están en el SNSS y también en el macro sistema político, económico, social y cultural.
- Es importante monitorear y evaluar en qué medida, la planificación, programación y desempeño de cada centro de nivel primario y municipio está realmente contribuyendo al logro de los objetivos de la APS, y según las brechas que se detecten, proponer y adoptar las medidas que contribuyan a un mejor cumplimiento de APS y sus objetivos.
- El SNSS debiera ser asumido como una sola red solidaria e integrada, en que se evita la visión de cuasi-mercado determinando roles de entidades catalogadas como “compradoras” (FONASA) o “prestadoras” (cada centro asistencial del SNSS, debiera ser más bien considerado una “sucursal” del SNSS y su red asistencial). El enfoque de equidad asistencial implica buscar sustentación y solidaridad en todas las áreas, aunque tengan muy diferentes recursos, capacidades y necesidades sanitarias (diferentes posibilidades de ser sustentables y tener condiciones básicas para la eficiencia).
- En ese contexto, también se requiere que en consecuencia, se evite o excluya la influencia de un lucro adicional a los salarios del SNSS en directivos y personal, especialmente en los casos de: (a) incentivos y sobresueldos a personal directivo y asistencial (como pago por trabajo extra en especialistas para reducir las listas de espera, a un nivel bastante superior al correspondiente a “horas extraordinarias”); (b) pagos que el nivel central asume como un estímulo para mejorar la eficiencia y cumplimiento de metas sanitarias (aunque luego el personal lo asume como una conquista social salarial que busca no perder); y (c) aplicación de incentivos económicos para buscar mayor eficiencia de los centros asistenciales vía incentivos, en desmedro de la equidad en aquellos

con menores recursos y consecuente menor capacidad de desempeño.

- Las redes asistenciales de cada Servicio de Salud requieren contar con una clara determinación de sus niveles de complejidad y centros asistenciales. Es preciso entonces mantener un monitoreo efectivo del recurso y desempeño del nivel primario por tipo de centro y población asignada. Ello contribuiría a evaluar la situación existente (observada) en cada comuna y centro, comparada con la situación esperada según el marco normativo y planes nacionales y sub-nacionales. El monitoreo y evaluación de brechas permitiría orientar el necesario fortalecimiento del SNSS en sus diversos niveles y funciones.
- Es importante monitorear y evaluar las causas de la fragmentación y desarticulación de las redes asistenciales de los Servicios de Salud, con sus consecuencias en los centros del nivel primario y la función de APS. Cabe revisar la influencia que puede tener la administración municipal en las limitaciones para una integración más efectiva de la red asistencial.
- Se requiere realizar una evaluación que incluya distintos enfoques, intereses y alternativas con propuestas consecuentes sobre la modalidad de administración municipal. La revisión expuesta en este documento propone que la actual gestión municipal se concentre principalmente en el trabajo con la comunidad y con el conjunto de sectores, pero que el rol de “atención primaria” se concentre en los centros asistenciales de nivel primario de la red asistencial de los Servicios de Salud.
- Es importante estudiar la posibilidad de resolver aquellos factores que desde el contexto externo al SNSS, siguen limitando el desempeño y aporte suficiente de la APS. Ello incluye revisar el grado de apoyo político, legislativo y financiero (cuyas decisiones se concentran principalmente en el Parlamento) y el grado de participación de los distintos grupos de la comunidad en el país.
- Las estimaciones de factibilidad de poder adecuar y fortalecer la APS debieran incluir criterios de equidad y subsidiariedad que incluyan a toda la población (o al menos de todos los que necesiten apoyo subsidiario), y no sólo enfocados en las comunas o municipios más pobres, con menores recursos asistenciales y mayores necesidades de salud.

- Dado que la mayor parte de obstáculos al mejoramiento del nivel primario y APS se encuentran en factores determinantes existentes fuera del ámbito de la APS misma, de los municipios o de los Servicios de Salud, se requiere entonces plantear incluso una eventual reforma del sistema de salud (no solo del SNSS), que incluya su entorno macro político, económico y social. Como ello tiene escasa factibilidad en el corto plazo, es importante mantener un monitoreo de las brechas entre lo requerido y lo existente, y a su vez rendir cuentas y mantener adecuadamente informada a la ciudadanía sobre lo que se necesita mejorar y lo que eventualmente se podría fortalecer y adecuar.
- La factibilidad política y económica de mejorar la APS es esencial, pero dada la sólida estructura institucional del SNSS que se mantiene relativamente similar desde 1979, es muy posible que no se puedan lograr cambios sustanciales en el corto o incluso mediano plazo, dada la dificultad de lograr mayores recursos como financiamiento y personal asistencial para el SNSS y la APS.
- La búsqueda de una solución definitiva y global de la APS en su contexto de redes asistenciales y con la comunidad, así como el lograr suficiente recurso asistencial, requiere considerar una acción más radical y global que comprometa al Estado y a la sociedad en su totalidad (lo que excede con creces el simple ámbito de acción de la autoridad sanitaria, los municipios y el gobierno de turno).
- Se requiere revisar y determinar mejor, las bases normativas que aseguren mayor capacidad y ámbito efectivo de acción a las Direcciones de Servicios de Salud (individuales y al conjunto de ellas, con coordinación nacional cooperativa) y su interacción con municipios y centros de nivel primario de atención.
- Se requiere revisar el rol del Ministerio de Salud, entidad que opera simultáneamente como ente normativo, rector, financista y gerente rutinario de todo el SNSS. Esta situación gerencial vertical opera especialmente desde la formulación de la Ley de Autoridad Sanitaria y la creación de una Subsecretaría de Redes Asistenciales en 2004, transformando al SNSS en un Sistema Ministerial de Salud.
- Asimismo, se requiere revisar el rol de FONASA en su doble dimensión, que no debe ser confundida, como ocurre en la práctica: (a) como seguro público (que no se financia sólo con el aporte de sus afiliados, sino que recibe importante financiamiento desde el Estado) y (b) como fondo interno a cargo del financiamiento del SNSS. En especial, es necesario evaluar y redefinir los criterios, mecanismos y modo de asignación y distribución que son utilizados en FONASA, para cumplir adecuadamente con el debido financiamiento que se necesita a través de todo el SNSS.
- Es esencial que FONASA, en cuanto fondo financiero del SNSS, tenga el dinamismo y capacidad de respuesta para financiar adecuadamente lo que es específicamente requerido a nivel local y comunal, centrado en las necesidades de salud de la población y el desempeño local, y no solo en grandes estimaciones establecidas a nivel central. El manejo de fondos de a cargo de FONASA con distribución a los Servicios de Salud, municipios y centros de nivel primario, requiere ser revisado en cuanto a los criterios normativos y de planificación sobre qué tipo de centro APS se necesita en cada centro o comuna, y planificar su consecuente adecuación o innovación.
- También es importante revisar la capacidad de FONASA para recolectar suficientes fondos como para cumplir con lo necesario para hacer funcionar adecuadamente al SNSS. Ello incluye revisar qué tan correctas y suficientes son sus estimaciones de ingresos y egresos anuales del fondo de FONASA.
- Se requiere resolver el dilema pendiente sobre la modalidad de administración municipal de salud, en torno a sus objetivos, ventajas y desventajas. Ello incluye evaluar el cumplimiento de sus objetivos originales y abordar las causas que impiden mejorar y consolidar la APS global (municipal y no municipal), con especial foco en resolver la atomización inequidad y limitaciones críticas del recurso y desempeño.
- Ello incluye revisar y resolver las desventajas adicionales relacionadas con la administración municipal de salud. Se requiere concordancia entre la normativa ministerial y aquella de los municipios, pues la modalidad de convenios no asegura mayor integración y coordinación de la de las redes asistenciales.

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS

La cobertura del nivel primario del SNSS a nivel nacional representa un enorme despliegue de

establecimientos y recursos físicos involucrados existentes en los centros asistenciales. Sin embargo, la gran cobertura de población y creciente demanda asistencial, junto al limitado aporte histórico de recursos al SNSS representa una serie de desafíos para lograr una mayor disponibilidad y distribución de infraestructura, equipamiento, tecnología e insumos en cada centro asistencial. Entre los desafíos destaca que:

- Es preciso tener un conocimiento actualizado del grado de adecuación o brechas del recurso de infraestructura, equipamiento e insumos con cada centro, para poder enfrentar la demanda asistencial y cumplir con los programas de salud y las necesidades prioritarias de la población objetivo de cada centro. Se requiere conocer en forma actualizada, la necesidad de aumentar la infraestructura para adecuar y actualizar la red de establecimientos asistenciales que se requiere actualmente en cada Servicio de Salud, incluyendo aquellos centros de nivel primario que se necesitan. Estos últimos, aunque han aumentado de modo importante, son insuficientes para cubrir el importante aumento en el tamaño de población asignada y la consecuente mayor demanda que ha ocurrido desde 1978. Eso requiere determinar en cada Servicio, el tamaño de población local, la ubicación geográfica, conexión geográfica entre establecimientos y la integración de dicha red. En muchos casos, correspondería cambiar de tipo de establecimiento (como por ejemplo, el cambio de un determinado CESFAM –construido hace varias décadas atrás para cubrir hasta 15 mil habitantes de población asignada - por un hospital general de 40 camas para cubrir más de 60 mil personas).
- Se requeriría mantener adecuados sistemas de monitoreo y evaluación que contribuyan a resguardar la adecuación de su infraestructura y recursos necesarios de las redes asistenciales. Ello incluye revisar la calidad del estado y grado de obsolescencia de la infraestructura de cada establecimiento asistencial (independiente de la dependencia del patrimonio, sea del Servicio o municipio) y responder a la necesidad de reestructurar, renovar o aumentar los actuales centros asistenciales. En el corto plazo y ante la obsolescencia de centros respecto a la población actual y sus demandas, se requiere revisar las soluciones parciales que se han realizado a centros de nivel primario que han incorporado personal y funciones asistenciales de especialidad, lo que excede su objetivo esencial. como es el caso del

aumento de complejidad asistencial de un centro de nivel primario a través de la incorporación de especialistas a tiempo parcial o total y la implementación de SAPU o servicios de alta resolución que escapan de las funciones de un nivel primario, o bien la creación de “sectores” de cobertura poblacional específica dentro de un mismo CESFAM que cubre un excesivo volumen de población.

- La adecuación y fortalecimiento de la estructura de los centros del nivel primario requiere considerar el suficiente recurso (como transportes, personal y otros) necesarios para poder realizar la labor extramural de un modo efectivo, en el trabajo activo con la comunidad y otros sectores. Eso no solo implica recursos también importantes, sino que tiende a ser postergada cuando hay limitaciones de recurso y entonces se prioriza la labor intra-mural, curativa y urgencia.
- Se requiere revisar la situación de infraestructura de los 106 hospitales de baja complejidad que también cumplen funciones ambulatorias de APS, y revisar su integración con las otras funciones hospitalarias. Este tipo de centros cumplen un crucial rol, en especial en lugares con mayor ruralidad y aislados.
- Se requiere contar con la suficiente y apropiada tecnología de apoyo asistencial, como laboratorio, imagenología, informática y otras, según los requerimientos programáticos y asistenciales de cada centro.
- Los requerimientos que el programa GES plantea a cada centro de nivel primario para enfrentar a la demanda por patologías incluidas en dicho plan, implican que es necesario evaluar la necesidad de tecnología asistencial, y en consecuencia planificar e implementar el tipo y cantidad de equipos que sean necesarios.
- El equipamiento, programas y la conectividad informática constituyen un valioso y necesario recurso local. Sin embargo, ello pudiera requerir contar con un importante financiamiento adicional al tradicionalmente presupuestado, junto a personal capacitado, a la dedicación de tiempo y esfuerzos de todo tipo de personal (administrativo y asistencial) para contribuir a la recolección y producción de información, y un flujo de información para lograr una integración virtual con otros centros y niveles.

- Todo ello implica mantener una estimación actualizada del total de requerimientos locales y las posibilidades y planes para aportar adecuadamente el recurso necesario. Se requiere mantener un sistema de monitoreo y información actualizada sobre el equipamiento de apoyo diagnóstico y terapéutico existente y el que se requiere disponer en cada centro, junto a los mecanismos que aseguren planificar y distribuir a cada centro asistencial, de un modo estandarizado y equitativo. Ese monitoreo requiere incluir el funcionamiento y condiciones de ese tipo de equipos, y asegurar su mantenimiento o reposición, según necesidad.
- Corresponde velar por la disponibilidad de los medicamentos contemplados en el arsenal farmacológico de APS y el resguardo de los stocks de seguridad, en especial en lugares rurales y aislados. Se requiere revisar y monitorear la determinación del arsenal farmacológico que realizan los diversos Servicios de Salud y su aplicación a la APS en cada centro asistencial. ES importante asegurar la disponibilidad y distribución gratuita de medicamentos de dicho arsenal, a los beneficiarios, monitorear y asegurar que habrá acceso universal de las personas atendidas en APS, a los medicamentos que necesitan.
- Es importante monitorear los medicamentos incluidos en el programa GES, ya que representan un incremento en dicho arsenal y una mayor provisión de medicamentos respecto a lo tradicionalmente provisto en la atención no GES.

EL FINANCIAMIENTO

La disponibilidad y distribución del financiamiento para el nivel primario en cada centro y comuna enfrenta una serie de desafíos entre los cuales destacan:

- Es necesario procurar mecanismos normativos adecuados para asegurar un financiamiento más suficiente y oportuno, de modo de prevenir y cerrar brechas financieras (dentro de lo posible y paulatino, informado de modo transparente a la ciudadanía). Ello incluye monitorear la existencia, causas y consecuencias del déficit en el financiamiento programado en cada Servicio de Salud, municipio y establecimiento de nivel primario, así como de las emergencias o crisis asistenciales que impliquen un mayor gasto.
- Se requiere refinar aún más los parámetros o factores utilizados para ajustar la distribución per cápita a cada centro de nivel primario, incluyendo factores de vulnerabilidad y necesidades sanitarias de la población cubierta. Las necesidades financieras locales son muy diversas y no pueden ser resueltas por capacidad de autofinanciamiento local. Se requiere estudiar las prioridades y factibilidad de lo que se requiere distribuir a cada tipo de centro y municipio. Para una determinación operacional más integral sobre lo que es necesario y factible, se requiere de la participación de todos los actores involucrados con la APS, con debida, transparente y objetiva información a la comunidad.
- Para asegurar ese cumplimiento, se requiere un efectivo y útil monitoreo y evaluación en los distintos niveles (incluyendo al nivel central del Ministerio de Salud y de FONASA). Se requiere fortalecer el monitoreo, la evaluación y el apoyo consecuente cada centro asistencial, para asegurar una oportuna gestión y desempeño asistencial. La producción y reporte periódicos de excesivos indicadores establecidos y exigidos por la autoridad sanitaria a nivel central no constituyen un instrumento efectivo de gestión local y requiere de una revisión como instrumentos para la gestión y acción.
- La planificación y programación de salud anual de cada centro asistencial y comuna, así como la proyección de futura oferta de prestaciones, debiera ser el instrumento esencial para conocer el presupuesto anual necesario para cumplir dichos planes. Incluye la estimación de las limitaciones y brechas financieras que impiden cumplir con el debido financiamiento local.
- En aquellos centros que a través de los años han buscado adaptarse a un presupuesto notoriamente menor a lo requerido (con recursos y desempeño más limitado), es relevante investigar las consecuencias resultantes de esa falta de financiamiento sobre el desempeño, y en consecuencia estimar el mayor financiamiento necesario para lograr el adecuado y efectivo desempeño que corresponda.
- En el contexto de una lógica de servicio público, debe evaluar y buscar una mayor adecuación en la determinación y distribución financiera adecuada, dado que en el enfoque económico actual del SNSS, FONASA se ha constituido en “compradora” de servicios asistenciales y los centros asistenciales son

percibidos como “prestadores” públicos. Si el SNSS es un sistema integrado y coordinado, FONASA debiera ser revisado en su dimensión de “fondo” interno de asignación de finanzas en la red asistencial del SNSS. Las limitaciones de información y de control de la gestión y desempeño a diversos niveles, impide conocer adecuadamente la eficiencia y resultados de cada establecimiento y centro productivo, y no aporta mayor panorama para que el financiamiento tenga condiciones de favorecer la calidad, eficiencia, efectividad y equidad respecto a cada centro asistencial y al SNSS en conjunto, en sus distintos niveles.

- Se requiere mejorar el modo de estimación, asignación y distribución del financiamiento desde los niveles centrales del ministerio de salud y FONASA a cada comuna y centro asistencial. Se requiere buscar los mecanismos para una mejor estimación de la asignación y distribución específica del financiamiento a los municipios. Ello implica la necesidad de mejorar la capacidad de planificación y gestión financiera en el Ministerio de Salud y FONASA, incluyendo un sistema más adecuado y efectivo de control financiero a diversos niveles, y sus implicancias en el recurso y desempeño de cada centro asistencial.
- Se requiere monitorear todas las fuentes y flujos de financiamiento, a distinto nivel del SNSS, así como el heterogéneo grado de limitaciones en el financiamiento de los diversos centros y comunas, y de las causas que impiden contar con suficiente financiamiento. La extensa información producida sobre financiamiento debiera ser un valioso insumo como instrumento de mejor gestión y desempeño de la función de APS. Es importante que los Servicios de Salud y municipios conozcan y mantengan un efectivo monitoreo sobre el financiamiento a diversos niveles, y que en la detección de brechas y sus causas, se actúe en consecuencia (según las causas sea internas o externas al establecimiento), para asegurar el debido funcionamiento de cada centro. Cabe recordar que los centros que realizan APS no son autofinanciables por ingresos propios que provengan de la población local al momento de uso. Las estimaciones de lo que específicamente se necesita financiar adecuadamente en cada centro, no sólo puede depender de estimaciones basadas en la aplicación de fórmulas globales generadas en un nivel central (en que además a veces se aplican ajustes originados por negociaciones y presiones gremiales y sindicatos de la salud).
- El control y monitoreo del financiamiento debiese considerar lo que sucede a nivel de pequeñas áreas y a partir de ese detalle diverso, confluir en un consolidado nacional simultáneo (“bottom-up”), pero que al mismo tiempo pueda reflejar los diversos tipos de situaciones y requerimientos. Es importante estimar las necesidades asistenciales en cada comuna (incluso barrios), conforme a evaluación de necesidades sanitarias (tanto epidemiológicas como percibidas por la población y orientadas por las normas técnicas) y no por comparación con referentes de macro nivel, como la comparación del financiamiento provisto en otros países (seleccionados arbitrariamente).
- Se requiere un monitoreo efectivo, oportuno y transparente (informado a la ciudadanía) sobre las cuatro fuentes principales de financiamiento del SNSS: el aporte mediante el sistema per cápita ajustado, el Programa de Reforzamiento de la APS, el programa GES, y el uso de fondos municipales. A su vez, es importante monitorear las brechas de financiamiento en cada centro asistenciales, y sus causas (presupuesto asignado, eficiencia en el gasto, demanda distinta a la esperada, etc.). Se requiere adoptar los mecanismos que aseguren un mínimo suficiente de recursos en cada centro asistencial, independiente del patrimonio y recurso adicional provisto localmente por los municipios.
- Es importante que el Ministerio de Salud y FONASA tengan mecanismos de adaptación y oportuna respuesta para detectar y resolver oportunamente los problemas financieros que surjan, en torno a responder a las necesidades básicas financieras de la red asistencial y la preservación de la eficiencia y efectividad asistencial. Se necesita una asignación y distribución de financiamiento con mayor precisión y equidad en cuanto a la estimación detallada de brechas entre el financiamiento aportado y necesitado en cada centro asistencial específico, analizando sus causas principales y factibilidad de un financiamiento más suficiente.
- Es necesario revisar la causa y necesidad de que los municipios deban aportar financiamiento con recursos propios extras para el desempeño del nivel primario, pues el administrador municipal en general pierde fondos por administrar, pues debe suplir el deficitario financiamiento recibido con fondos propios o bien dejar de cumplir algunas funciones cruciales. En ese sentido, también se requiere prevenir y resolver aquellos aspectos de

inequidad sanitaria relacionados con el menor recurso manejado en municipios de comunas más pobres.

- La histórica limitación de financiamiento y la evidente y persistente inequidad de recursos, acciones y situación de salud entre las diversas comunas, es más crucial en aquellas comunas que tienen municipios de menores recursos y su población es más pobre y necesitada de salud. La asignación per cápita toma algunos factores sobre necesidad diferencial (como aquella relacionada con pobreza y la proporción de adultos mayores) y con ello contribuye a una distribución más equitativa de fondos, pero ello requiere ser más refinado, en términos de necesidades y equidad.
 - Se requiere una revisión y modernización de la asignación financiera, más dinámica que la asignación presupuestaria basada esencialmente en la tendencia histórica del presupuesto a distintos niveles y no del gasto real final que se realiza anualmente en cada centro. El financiamiento - en términos de recurso pertinente para la gestión y acción de la APS municipal - debiera estar concentrado en financiar lo que cada centro puede y debiera hacer, según el recurso que efectivamente tiene, y como dicho financiamiento permite actuar específicamente ante las necesidades de salud de la población objetivo. De acuerdo al enfoque internacional de APS, eso se facilitaría con una planificación financiera consolidada nacional a partir de las planificaciones locales (bottom-up) y con la participación activa de la comunidad en ese proceso.
 - También se requiere revisar la interacción de compraventa de servicios entre el SNSS y sector privado, que influye en el financiamiento de los Servicios de Salud y de cada centro de APS. Esa situación incluye por ejemplo la revisión de compra de servicios externos utilizada en el Programa GES que, si bien ha representado aportes específicos, no se ha acompañado del suficiente financiamiento y recurso necesario para que cada centro asistencial del SNSS pueda cumplir con las exigencias legales de obligado cumplimiento del programa GES en la acción de su propio centro, respecto a las necesidades del Programa GES en la población asignada.
 - El programa GES requiere ser revisado en cuanto al recurso financiero que aporta y los gastos que demandas en cada centro de nivel primario. Asimismo, el financiamiento de los programas no
- GES deben ser resguardados para no quedar en desmedro del financiamiento que debe usarse para financia el Programa GES.
- Se requiere revisar y monitorear las causas de referencia de pacientes del SNSS al sistema privado, debido a la falta de capacidad de respuesta oportuna de los centros del SNSS, especialmente en el Programa GES. Dada la necesidad de comprar servicios privados más caros, es posible que los centros del SNSS mantengan e incluso acrecienten su déficit financiero y pospongan más a posibilidad de financiamiento y otros recursos para mejorar su capacidad resolutive.
 - Es importante monitorear y mantener a la ciudadanía informada sobre las necesidades y factibilidad de poder contar con la construcción, ampliación o renovación de cada centro, y cuando haya que cambiar el tipo y complejidad asistencial de muchos de los centros. La modalidad de concesiones privadas - ya sea para inversiones o aporte de servicios externos - debe resguardar de que ese tipo de modalidad vaya en detrimento de los intereses y situación del SNSS. La estimación de las inversiones que se necesitan, deben considerar simultáneamente las necesidades de responder a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población local.
 - Las propuestas y programas gubernamentales que ofrecen construir o renovar centros asistenciales se reactivan en general parte de ofertas programáticas de campañas de elecciones. Es importante que ese tipo de ofertas se apoyen de modo explícito en diagnósticos sobre lo que se puede hacer y que luego haya una efectiva y transparente rendición de cuentas sobre lo que se hizo y lo que quedaría pendiente para períodos posteriores.
 - Es crucial analizar el financiamiento estatal no presupuestado originalmente pero que debe ser aportado extra por el Estado cada año, considerando que servicios asistenciales del nivel primario dependen esencialmente de fondos del nivel central, y que no tienen posibilidad de autofinanciamiento. También cabe resguardar la brecha sistemática entre presupuestos que se otorgan a cada Servicio de salud y centro, y los fondos finales que terminan siendo aportados cada año. Es importante dilucidar si dicha brecha se debe a ineficiencia del centro o a factores imprevistos, o bien se debe a una insuficiente asignación presupuestaria histórica.

- El enfoque de equidad debiera trascender el apoyo financiero de “eficiencia” predominante, y adaptarse al apoyo adicional que requieren aquellas comunas más pobres (ya aproximado de modo parcial con un per cápita corregido, aplicado al desempeño rutinario), así como monitorear y determinar el subsidio que requieren esos sectores y en lo posible englobar al máximo de comunas que lo necesiten, considerando a cada una con sus diversos grados de financiamiento, desempeño, resultados, y necesidades financieras.
- También se requiere la revisión de las necesidades financieras de municipios, en especial aquellos más pobres, que deben solventar con recursos municipales propios, los gastos efectúan para asistencia en salud y que no son solventados de modo suficiente por los Servicios de Salud.

EL PERSONAL DE SALUD

A la luz de la reglamentación vigente en el SNSS y la necesidad de cumplir con los planes y programas del nivel primario, es crucial fortalecer la disponibilidad, competencias y distribución del personal de salud. Según factibilidad, se requiere el fortalecimiento paulatino de los diferentes aspectos de recursos, condiciones laborales y desempeño del personal de salud, entre los cuales destacan:

- Se requiere favorecer la formación nacional de pregrado que aporte competencias y promueva que los profesionales de la salud se desempeñen en APS, especialmente médicos, aunque sea en los años de inicio en sus carreras.
- El trabajo en APS requiere tener mayor prestigio y agrado de trabajo, favoreciendo una cultura y expectativa profesional que sitúe el desempeño en APS en condiciones laborales y profesionales de mayor reconocimiento del personal asistencial y la comunidad. Ello significa buscar fortalecer la importancia y rol del nivel primario de atención en los Servicios de Salud, que atraiga y permita carrera funcionaria de su personal y favorezca la retención del personal más calificado.
- La especialización en medicina familiar es un aporte importante pero solo parcial en este sentido. Se requiere revisar su necesidad y posibilidades de inclusión más universal en los centros de nivel primario, incluyendo aquellos de sectores más aislados y rurales. También se requiere revisar la pertinencia respecto a la atención privada de salud, donde no se aplica un modelo de salud familiar y comunitaria.
- Se requiere buscar mecanismos e incentivos que promuevan el trabajo profesional en lugares pobres, rurales y aislados. La oferta de posterior carrera funcionaria con especialización es un importante incentivo de atracción para médicos jóvenes en ese tipo de lugares.
- Se requiere establecer una carrera funcionaria sólida y atractiva, seguida de la expectativa de eventual especialización para desempeño en otros niveles, y aportar más atribuciones y competencias profesionales (incluyendo capacitación continua). Los mecanismos y estrategias que favorezcan una mayor incorporación de personal a la APS en distintos lugares requieren de diversos incentivos profesionales y laborales, no sólo de incentivos económicos.
- Se requiere revisar el modo de incorporación de médicos extranjeros, para asegurar una adecuada gestión de ingreso (no desarticulada) y asegurar una calidad básica de su desempeño clínico profesional. El uso del Examen Único Nacional de Conocimientos en Medicina (EUNACOM) resulta ser una solución positiva pero sólo parcial para asegurar incorporación de médicos chilenos y extranjeros a la APS, pues el requerimiento de médicos para APS supera con creces al número de quienes logran aprobar dicho examen de medicina general.
- También cabe revisar la capacitación continua de médicos extranjeros, incluyendo la preparación adecuadas de aquellos que no logran aprobar dicho examen y se mantienen en el SNSS (por necesidades de esta entidad), junto a aquellos que aprobándolo, tienen un bajo nivel de conocimiento y competencias.
- La posibilidad de que el personal asistencial de APS tenga contrato como funcionarios de los Servicios de Salud aporta una serie de beneficios y atractivos. Les aporta un sentido de pertenencia e integración muy superior al que establecen los contratos locales en municipios muy disímiles. También favorece la equidad sanitaria geográfica en cada Servicio de Salud, porque hay facilidad de movilidad hacia otros centros del Servicio, según incentivos y necesidades de personal.
- Es preciso determinar las ventajas y desventajas de que exista personal asistencial con contrato municipal local (entremezclado con cambios parciales relacionados con conquistas gremiales sociales realizadas en forma centralizada nacional,

en que pasan a ser funcionarios estatales). Se requiere revisar la posibilidad de que el personal asistencial, especialmente médicos, pertenezcan formalmente a la red de cada Servicio de Salud.

- Se requiere buscar los mecanismos y estrategias para la incorporación de más profesionales, especialmente médicos, que permitan cumplir los planes y programas de cada centro de nivel primario y responder de modo coherente a las necesidades sanitarias de la población. La factibilidad de solucionar ello en el corto plazo es casi imposible, dado que las condiciones del sistema sanitario favorecen la búsqueda de trabajar en niveles de especialidad y en el sector privado, en

desmedro de un trabajo asalariado y fragmentado en la APS.

- Dada esa baja factibilidad, un cambio más ostensible sólo sería posible bajo una reforma sanitaria que recupere debidamente al sistema asistencial público de salud, a su vez sólo posible de lograr en un contexto de reforma más global del sistema económico y político (que resguarde provisión de servicios sociales y sanitarios en quienes no pueden acceder al sistema privado lucrativo de salud).

El cuadro 19 sintetiza algunos aspectos relevantes de la adecuación organizacional y estructural que se requiere para favorecer el fortalecimiento y la consolidación de la APS en Chile.

Cuadro 19. Desafíos relevantes para una mayor adecuación institucional en el nivel primario del SNSS

- a) Prioridades de adecuación institucional para favorecer la estrategia de APS:
- Revisar la vigencia y adecuación de la Declaración de Alma-Ata y sus principales conceptos, componentes y enfoques internacionalmente actualmente aplicados a la APS y el contexto chileno actual.
 - Buscar mejor coherencia de principios, marco normativo y desempeño, con diálogo y apoyo efectivo desde el nivel central hasta los niveles locales, de un modo interactivo y no vertical.
 - Aplicar una lógica coherente al SNSS, en cuanto sistema público y servicio social, de ámbito estatal, sin perjuicio de determinar también al aporte privado a la APS, con su propia lógica y funciones.
 - Determinar poblaciones objetivo de cada centro y localidad, considerando las necesidades demográficas y epidemiológicas actuales, que con dificultad coinciden con la capacidad de estructura y desempeño de cada centro asistencial (en general, contruidos en otras épocas y con distintas demandas de la población).
 - Fortalecer disponibilidad y distribución de recursos y desempeño
 - Aplicación de criterios de calidad, suficiencia y equidad
 - Revisión de aplicabilidad de objetivos de APS en Servicios de Salud
 - Incluir criterios de la comunidad y equipos de nivel primario de atención, como núcleos del Servicio de Salud
 - Determinar la factibilidad institucional, política y económica de aportar los suficientes recursos a cada localidad y de lograr cumplir con los principios de APS respecto a cada población objetivo local.
- b) Revisión de la administración municipal de salud bajo la perspectiva de APS,
- Revisar y eventualmente resolver el dilema de la modalidad de administración municipal de salud, a la luz de la experiencia ocurrida y de sus objetivos originales,
 - Revisar aspectos de asistenciales del nivel primario que forman estrecha parte de una red integrada de los Servicios de Salud que podrían reintegrarse a dichos Servicios, y aspectos extra-murales de participación comunitaria y trabajo intersectorial en que podrían colaborar los municipios.
- c) Estudiar y proponer una eventual reforma global del sistema de salud, en línea con una reforma global del Estado (que incluya ámbitos políticos y económicos), que considere los aspectos relevantes propiciados en Alma-Ata.
- d) Aspectos relevantes del fortalecimiento de recurso asistencial requerido. Se requiere contar con:
- Adecuados mecanismos de planificación, gestión, control y evaluación, según los recursos que sean esenciales, costeables y sustentables
 - Aporte de recurso “básico” suficiente (prioritario y factible) para cumplir los requerimientos de cada municipio y centro, de modo que permita cumplir un desempeño adecuado conforme a sus planes, programas y a las necesidades sanitarias de la población.
 - Mecanismos de distribución adecuada de recursos según requerimientos asistenciales locales específicos, evitando empobrecimiento secundario de otras fuentes no APS (ya sea de fondos municipales y de programas nacionales de otro tipo).
 - Distribución de recursos con criterios de eficiencia, equidad y criterios prioritarios de costo/beneficio
 - Uso de lógica de sistema público en el SNSS, y no en contexto de cuasi-mercado y de comprador a proveedor internos o de sistemas de incentivos para eficiencia.
 - Monitoreo de la disponibilidad y requerimiento del recurso asistencial, en todos los centros de APS, seguido de adopción de consecuentes y oportunas correcciones, respecto al recurso planeado y necesario.

8. DESAFÍOS DEL DESEMPEÑO DE LA APS EN EL NIVEL PRIMARIO DEL SNSS

Las características predominantes de la gestión y desempeño de los equipos de personal y los establecimientos que realizan acciones de APS, con sus aportes y aspectos cruciales, permiten plantear algunos desafíos relevantes, entre los cuales destacan aquellos destinados a fortalecer la gestión y desempeño del nivel primario; la capacidad resolutoria y el sistema de referencia; la promoción y prevención; la integración de la APS a las redes asistenciales; la participación comunitaria y el trabajo intersectorial local; el monitoreo y evaluación del desempeño; y el desempeño bajo la administración municipal.

LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE SALUD

Entre los principales desafíos que cabe considerar para una más adecuada administración municipal de la APS, destacan los siguientes aspectos:

- Es necesario evaluar el logro de los objetivos originales de la modalidad de administración municipal, con el grado de cumplimiento de la función de APS, causas de incumplimiento y variaciones en el grado de cumplimiento a través de todos los centros de nivel primario y municipios. Ello significa revisar si el desempeño e impacto de objetivos logrado en los centros de nivel primario bajo administración municipal es superior a aquellos dependientes de los Servicios de Salud.
- La revisión de la APS municipal debiera evaluar también la capacidad de gestión de los alcaldes y su equipo técnico-administrativo, en los distintos tipos de municipios (no sólo aquellos de mayores recursos), del concejo municipal y el aporte de los consejos de desarrollo local respecto a la APS, así como el eventual grado de participación de la sociedad civil organizada.

Respecto a los objetivos específicos de la administración municipal en salud, cabe considerar las ventajas y desventajas de los centros bajo administración municipal respecto a los centros que tienen otra administración, ya sea de Servicios de Salud o servicios delegados. Entre estos los aspectos más específicos de evaluar, destacan:

- Si es que la gestión municipal permite atender mejor a las características y diversidades de cada comuna, en materias de salud. Si la gestión, control y fiscalización local de los establecimientos rurales y aislados es mejor, incluyendo el manejo del financiamiento y recurso humano.
- Si los programas de salud están más adaptados a las necesidades de salud de la población local en el caso municipal.

- Si la canalización de fondos municipales para la operación de los centros no empobrece a dichos municipios (especialmente a aquellos más pobres), y cuántos de ellos necesitan aportes compensatorios adicionales desde otras fuentes (como el Fondo Común Municipal).
- Si la participación comunitaria en salud es mayor y más efectiva bajo la gestión municipal que la que aportan los Servicios de Salud.
- Si con el liderazgo del municipio, hay mayor y más efectiva integración intersectorial con sectores como educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc.
- Se requiere revisar si la totalidad de las funciones de APS deben mantenerse descentralizadas en una gestión municipal autónoma, o en su defecto, mantener sólo aquellas que son más favorecidas con el rol municipal. Lo último puede incluir aquellas acciones requieren cobertura activa con la comunidad, especialmente aquellas relacionadas con la promoción y prevención, así como el trabajo en contacto activos con la comunidad e intersectorial (aspectos de cobertura activa de la APS, fuera del establecimiento asistencial).
- Se requiere resolver las causas y brechas de la heterogénea y desigual capacidad municipal para el manejo de la APS. Ello incluye revisar cuál es la capacidad gerencial que se exige a las autoridades edilicias (quienes son los últimos responsables de la gestión municipal).
- Se requiere resolver la inequidad asistencial en aquellos aspectos en que es favorecida por la modalidad de gestión de cada municipio (por cuanto cada municipalidad es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que es autónoma), la que no es posible resolver en la medida que se mantenga la atomización desigual de entidades municipales que administran la APS.

- Los tipos de convenios para la administración municipal son estándares, pero como existe una gran diversidad de municipios, es importante revisar la posibilidad de establecer distintas categorías de convenios, que consideren el tamaño comunal, ruralidad, condición socio-económica predominante de la población, nivel y suficiencia de recursos municipales, relación con el resto de la red asistencial y otros factores relacionados.
- Es entonces importante revisar las ventajas y desventajas de la modalidad de administración municipal respecto a la integración funcional con el resto de niveles de la red asistencial de salud. Se podría redefinir cuáles de las funciones de APS pueden ser asumidas por la gestión municipal, (como la cobertura activa de la comunidad en promoción y prevención), y qué funciones debieran corresponder a las redes integradas de servicios de salud (en especial las funciones curativas e consultas electivas y de urgencia, con sistemas de referencia a otros niveles de la red).
- En el complemento entre el desempeño del nivel primario de salud enfocado al interior de los establecimientos y el necesario foco en la participación y trabajo en la comunidad, cabe revisar y determinar aquellas funciones que pueden ser más apropiadamente delegadas a la responsabilidad y mejor manejo por parte del municipio, y en contraste, aquellas funciones y desempeño del nivel primario que mejor pueden ser manejadas por la Dirección del Servicio de Salud y su red asistencial integrada. Ambas modalidades de gestión no son alternativas de acción excluyentes, sino que puede haber trabajo en conjunto (cuadro 20).

Cuadro 20. Entidad preferente de desempeño de APS y nivel primario de atención en el SNSS

Recursos y funciones de APS en nivel primario de atención	Entidad preferente de desempeño	
	Servicio de Salud	Municipio
Gestión administrativa y clínica del centro asistencial	(1) Servicio de Salud	---
Nivel con personal y capacidad tecnológica resolutoria de menor complejidad, pero esencial	(1) Servicio de Salud	---
Acciones de fomento, protección o prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (nivel individual y colectivo).	(1) Servicio de Salud	(2) Municipio
Cobertura directa de la población asignada a cargo	(1) Servicio de Salud	---
Continuo contacto con toda la población a cargo (asegurando acceso universal)	(1) Servicio de Salud	---
Responsabilidad continua sobre la salud de las personas (función permanente, y a través del ciclo vital)	(1) Servicio de Salud	---
Personal capacitado y servicios asistenciales adaptados para cubrir mosaico cultural en comunidad	(1) Servicio de Salud	---
Participación de la comunidad en apoyo a APS y servicio de salud incluyendo control social	(2) Servicio de Salud	(1) Municipio
Desempeño asistencial según recursos disponibles y sustentable en el tiempo, con personal y equipamiento apropiado a recursos	(1) Servicio de Salud	---
Coordinación del acceso de la persona al rango asistencial de servicios que ofrece el sistema	(1) Servicio de Salud	---
Filtro del sistema y determina necesidades asistenciales de salud	(1) Servicio de Salud	---

Fuente: Elaboración propia

- Bajo ese enfoque, parece más propio que el municipio contribuya en aquellos aspectos de promoción y prevención que esencialmente requieren trabajo directo realizado con la comunidad (como cuidado del ambiente, fomento de vida y condiciones saludables) participación comunitaria en salud y desarrollo colectivo (en la visión amplia de APS), y el trabajo intersectorial local en torno al progreso global, incluyendo salud, educación y otros. El resto parece ser más adecuado que sea manejado por los Servicios de Salud. Ello no obsta para que el liderazgo y trabajo con la comunidad que debe tener el equipo asistencial de los centros de nivel primario incluyan un trabajo conjunto y de colaboración con el municipio y las diversas organizaciones formales e informales existentes en la comunidad local.

- Se requiere revisar la necesidad de que los municipios tengan que utilizar recursos propios para administrar la atención de salud municipal. Ello tiende a resultar crítico en los municipios de menores recursos, y refleja un insuficiente aporte financiero por parte de los Servicios de Salud (a su vez, aporte desde FONASA) y requiere monitoreo y evaluación efectivas. El gasto rutinario en la operación de la APS es continuo y en muchos de sus ítems es impostergable (como salarios, medicamentos y otros insumos esenciales, transporte).

LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

Entre los principales desafíos que cabe considerar para una mejor gestión y desempeño de los centros de APS, destacan los siguientes aspectos:

- El logro de un adecuado desempeño de los centros de APS requiere contar con un doble nivel de condiciones: (a) que el SNSS y los municipios provean las condiciones básicas de organización, recursos y otras que permitan un funcionamiento eficiente y eficaz de los centros de APS; y (b) cuando existen esas condiciones, se requiere entonces que los responsables de gestión y atención de la APS cumplan rutinariamente con el desempeño adecuado y competente de sus funciones.
- Esas condiciones son esenciales para poder asegurar el acceso efectivo de la población y responder oportuna y efectivamente a las diversas demandas asistenciales. El equipo asistencial local requiere ser multidisciplinario, con competencias adecuadas para cumplir los planes y programas locales, y poder trabajar efectivamente en contacto directo con las familias y la comunidad. Además, se requiere integración y coordinación del nivel primario con el resto de la red asistencial, lo que incluye un efectivo sistema de referencia de pacientes.
- El fortalecimiento de la gestión y desempeño de la APS requiere contar con las adecuadas condiciones normativas, de organización y recursos aportados por el SNSS global, que aseguren al máximo, las condiciones básicas de calidad y eficiencia del desempeño de la APS. Se requiere aportar debidas directrices y apoyo del SNSS global a los procesos de planificación local y ejecución de actividades hacia el logro programado de objetivos, incluyendo el fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación.
- Se requiere resolver la brecha entre el recurso requerido (según estimaciones analíticas para planificación y las necesidades asistenciales locales) y el recurso disponible en las redes asistenciales de los Servicios de Salud. Ello se facilita cuando los centros que desempeñan APS forman parte integral y patrimonial de la red asistencial de los Servicios de Salud.
- Se requiere fortalecer la capacidad de gestión tanto municipal como en cada uno de los centros que desempeñan APS. Los responsables de la gerencia administrativa y clínica en los centros y equipos asistenciales de APS, requieren ser apoyados con capacitación profesional y continua, con carrera funcionaria, para tener competencias en sus funciones gerenciales.
- Cada uno de los centros y municipios necesitan fortalecer la capacidad resolutoria de morbilidad en APS, junto a una expedita y oportuna integración a la red asistencial y coordinación con los otros niveles.
- Se debe resguardar las condiciones para que la APS cumpla sus diversas funciones, con énfasis en asegurar la promoción y prevención, participación comunitaria y trabajo intersectorial. La capacidad de gestión de los centros de APS depende de la capacidad de desempeño que se ha establecido en cada uno de ellos, a su vez dependiente de la gestión municipal global. Se requiere fomentar la capacitación continua de los diversos tipos de gerentes administrativos y clínicos de las unidades en los centros de APS. de alcaldes.
- Se requieren mecanismos que aseguren adecuada carrera funcionaria en capacidad y competencias tanto para desempeñar la APS como para su gestión. Ello incluye incentivos para ejercer gestión en APS y apoyo permanente de los departamentos relacionados con APS, tanto en el municipio mismo, como en los Servicios de salud.
- Se requiere que quienes asumen cargos edilicios, tengan capacidades o al menos se capaciten adecuadamente, para ejercer adecuadamente la gerencia máxima de áreas tan complejas como salud y educación. Debiera ser un tema a publicitar y tener en consideración al momento de elección de alcaldes. La capacidad de gestión municipal de APS depende de la capacidad de gestión municipal global. Sin embargo, muchas veces la gestión se delega en departamentos,

oficinas o corporaciones municipales que son quienes manejan directamente la APS.

- Se requiere entonces fomentar el fortalecimiento de todas las entidades municipales, para que haya una gestión básica adecuada de APS, y se evite inequidades asistenciales relacionadas con heterogénea capacidad de gestión.
- Se requieren mecanismos que aseguren relativa estabilidad gerencial, cuando hay cambios de alcaldes y gerentes encargados con áreas de salud que sustentan ideologías políticas diversas, lo que puede poner en riesgo la capacidad y experiencia local adquirida.
- El monitoreo de desempeño de APS desde los Servicios de Salud debiera incluir análisis de limitaciones que puedan ser atribuibles a problemas en capacidad municipal de gestión. Se requiere implementar mecanismos de capacitación continua para mejorar capacidad gerencial relacionada con la APS. La evaluación de desempeño de APS también requiere considerar la diversidad de centros asistenciales, las características y necesidades asistenciales de los diversos grupos de la población. En lo posible, sería útil determinar categorías de comunas o centros asistenciales donde el cumplimiento de normas y programas de APS pudiesen ser más específicas).
- Datos y resultados sobre experiencias reportadas sólo a nivel nacional o regional (agregados) no son útiles para evaluar concretamente el desempeño de cada nivel primario local, y representan una falacia ecológica (sesgo en que se tiende a asumir que los grupos de población y comunas de una región o todo el país comparten similares características demográficas, sanitarias y asistenciales).
- Visiones y medidas globales que no consideran debidamente la diversidad de requerimientos regulares en los centros asistenciales de APS continúan siendo una de las causas de la inequidad asistencial (como se refleja en una estimación inadecuada del financiamiento per cápita, con ajustes insuficientes).
- Es necesario revisar los motivos de que el importante aumento de recurso relacionado con APS, no se haya podido traducir en una mayor solución de los aspectos críticos del desempeño de la APS en particular, y el SNSS en general. Se requiere mayor coherencia entre los principios y

características normativas de la APS bajo la perspectiva de la autoridad sanitaria central, y la capacidad y condiciones concretas que tienen los centros de APS para cumplir sus funciones.

- Se debe procurar y monitorear la mayor coherencia posible entre los modelos planes y requerimientos normativos teóricos que se generan en el nivel ministerial central, los sobrecargados programas de salud y cartera de prestaciones, y lo que los diversos centros de APS pueden desempeñar en la práctica local. El uso de un sistema central de incentivos para el desempeño, y luego evaluar según cumplimiento de metas específicas, no parece ser adecuado o suficiente para asegurar una gestión y desempeño adecuado en cada centro. Se requiere entonces una efectiva revisión y monitoreo sobre la adecuación de esas metas y la modalidad de incentivos.
- El modelo de eficiencia voluntarista en la calidad y eficiencia del desempeño (en que se asume que los gerentes locales reaccionan bajo simples estímulos de incentivos y desincentivos financieros) debe ser revisada pues no es coherente con un sistema público de salud que debiera funcionar bajo una lógica estatal y centrada en la población (no en cuasi-mercado aplicado a un sistema público).
- Dado que ya se cuenta con sólidas y reiteradas propuestas de reforzamiento y adecuación del sistema público de salud, que mantienen una gran vigencia histórica (al menos desde 1989), se requiere entonces investigar de modo exhaustivo, sobre aquellas limitaciones de factibilidad que han impedido su cumplimiento. La sustentabilidad y la obtención de recursos que permitan el adecuado desempeño del sistema de salud dependen de múltiples factores externos, que requieren ser revisados en el contexto global del país, incluyendo sus ámbitos políticos, económicos, sanitarios y sociales.
- Para una mayor objetividad de análisis y propuestas, ese tipo de evaluación no sólo debiera seguir siendo realizada desde un nivel central de la autoridad sanitaria y financiera (en forma auto-evaluativa global y vertical), sino que además requiere ser enfocada con objetividad evaluativa externa y bajo una perspectiva de salud pública, enfocada en las necesidades de salud de la población y las particularidades del complejo sistema de salud chileno (en sus sectores público

y privado). Es necesario revisar, redefinir y refinar propuestas de adecuación y consolidación de la APS en el caso chileno actual, en torno a los planteamientos asumidos por el Estado Chileno, en línea con la Declaración de Ama-Ata (Anexo 2).

- Ese enfoque objetivo y orientado en la salud de población es imprescindible, por cuanto los anuncios y reportes corporativos periódicos (de la autoridad sanitaria o financiera) si bien aportan una importante información básica oficial, están bajo un alto riesgo de sesgos o enfoque parcial debido a que prima la visión y justificación institucional o de grupo en los autores de reportes. Ello también puede ocurrir en reportes de municipios, gremios y otras entidades relacionadas directa o indirectamente con influyentes grupos económicos y políticos (como centros de estudio y medios de comunicación), que están bajo la dependencia o auspicio de sectores de incontrarrestable poder económico o político.
- La situación existente sobre la APS (principios, logros, aspectos críticos, desafíos y propuestas de acción), requiere también ser adecuadamente informada de modo transparente a los diversos actores del quehacer nacional y a la comunidad en general, con un enfoque objetivo y propositivo. El modelo global de APS incluye el derecho y deber de la comunidad de participar activamente, para lo cual la información y comunicación resultan esenciales. Es esencial entonces que la población pueda contribuir y ejercer un efectivo y positivo control social y apoyar aquellas medidas de fortalecimiento que resulten más prioritarias y factibles. El mejoramiento de la APS se favorecerá en la medida en que la comunidad pueda estar más informada, educada, empoderada y motivada respecto, en este tema esencial de la APS.
- Dada la crucial importancia que tienen la promoción y prevención, se requiere que existan las suficientes condiciones de personal y recursos para poder realizar estas funciones en la comunidad, a través de una cobertura activa. Ello significa tener que contar con más horas de personal, transporte, lugares que se puedan conseguir para esos efectos.
- La promoción de salud requiere de fortalecer la educación sanitaria, tanto a nivel individual o grupal en centros asistenciales, como en la comunidad. Asimismo, se requiere de utilizar de

medios virtuales de difusión. La promoción y prevención se favorecen por el trabajo intersectorial. El sector educación es importante para trabajo conjunto, en especial en las escuelas.

CAPACIDAD RESOLUTIVA Y REFERENCIA DE MORBILIDAD

Entre los principales desafíos que cabe considerar para una mejor gestión y desempeño de los centros de APS, destacan los siguientes aspectos:

- Se requiere determinar con mayor precisión la capacidad resolutive que se espera de los equipos asistenciales del nivel primario, especialmente de los médicos y el correspondiente apoyo diagnóstico y terapéutico. Existen protocolos, guías y normas al respecto, pero la capacidad resolutive esperada requiere tener indicaciones más integrales y exhaustivas para la globalidad de APS.
- Se requiere especificar en mayor grado, la capacidad resolutive esperada para cada uno de los tipos de centros de nivel primario que desempeñan APS. Las estimaciones de apoyo institucional que necesita cada centro para tener adecuada capacidad resolutive, requieren considerar tanto las indicaciones normativas como las necesidades locales de salud (es preciso tener un sistema de monitoreo de las necesidades de salud).
- Se requiere que los Servicios de salud y municipios provean las condiciones de organización, recurso y competencias para que cada centro pueda cumplir con la capacidad resolutive esperada. La función de respuesta de la APS a las necesidades de atención – en lo que respecta a demanda por motivos de enfermedad – requiere que cada centro asistencial cuente con las debidas condiciones de estructura y desempeño en el nivel primario, con las necesarias competencias del personal asistencial. Con esta base, se espera que haya una capacidad resolutive apropiada y suficiente para cada centro.
- Le corresponde al nivel primario resolver lo que está bajo su competencia local, filtrar la demanda atendida, y determinar lo que supera su competencia esperada, y por tanto requiere ser derivado y resuelto en otros niveles. La derivación se ordena a través del sistema de referencia de morbilidad, que incluye en retorno, la contra-referencia de pacientes derivados a niveles más complejos.

- Una aproximación más simple para estimar capacidad resolutive local, es considerar la proporción de consultas cuyo motivo de enfermedad indica solicitar interconsulta a otros niveles, asumiendo que la capacidad sería la proporción de pacientes que no recibieron indicación de interconsulta. Esta aproximación – basada sólo en proporción de atención de pacientes que no recibieron solicitud de interconsulta – asume que los casos de morbilidad que no reciben interconsulta o derivación fue resuelta, y esa presunción no tiene evidencia de respaldo.
- En su defecto, se requiere una manera más precisa de estimar la capacidad resolutive local. Para ello es importante determinar qué tipo y gravedad de causas de consultas pueden ser resueltas por el equipo profesional de nivel primario, según las normas, protocolos y guías normativas y técnicas ministeriales. Con esa referencia, se podría evaluar los casos que se están resolviendo (lo observado), respecto a lo que corresponde resolver según la
- Bajo este concepto más delimitado de capacidad resolutive, ésta podría medirse sobre aquellas enfermedades relevantes o trazas que podrían ser resueltas a nivel primario, pero por razones de normas son referidas a otros niveles. El programa GES cuenta con protocolos que son útiles para determinar si una determinada consulta o paciente debiera ser atendido en nivel primario o sí debiera ser referido para ser atendido en otros niveles más complejos.
- La demanda a los profesionales asistenciales de los centros de nivel primario puede provenir: (a) en forma espontánea desde la población (por una causa específica espontánea de consulta); (b) ser repetida (origen sistemático en pacientes crónicos bajo control programático); (c) ser referida luego de una atención inicial en SAPU; o (d) ser referida desde profesionales no médicos desde el mismo centro o bien desde auxiliares en postas rurales. La referencia a otros niveles más complejos puede ocurrir hacia otros establecimientos o bien el mismo establecimiento, cuando allí se cuenta con profesionales con mayor complejidad (especialistas) o mayor competencia.
- Aunque la expectativa local es que sea el médico quien enfrente la demanda de morbilidad, también ocurre que se puede asignar a profesionales no médicos (como matronas) locales o bien a auxiliares en los puestos rurales (donde no hay médico permanente, sino que auxiliar residente). La atención de especialista en centros de nivel primario debiera ser considerada como una expansión del centro hacia la inclusión de niveles más complejos (con excepción de especialistas en salud familiar).
- Dado que el nivel primario es la puerta de entrada al sistema, por allí debieran ingresar pacientes que no necesitan del nivel primario como respuesta asistencial, sino que sólo lo necesitan para ser filtrados y generar una interconsulta al nivel que es requerido; ello ocurre por ejemplo en el caso de quienes requieren control y atención periódica oftalmológica por requerimiento de lentes.
- Al revisar la capacidad resolutive, se debe también considerar que la población estimada objetivo o a cargo de un determinado centro de APS no está cautiva en dicho centro ni es la única opción asistencial que cada habitante tiene (independiente de condición previsional o de beneficiario), pues está la oferta de atención privada, incluyendo acceso directo a especialistas. Incluso los mismos médicos de un centro de nivel primario pueden tener consulta privada abierta al mercado (fuera de hora y del establecimiento), para atender a pacientes inscritos en APS (modalidad de libre elección) y otros.
- En los niveles más complejos y especialmente en algunas especialidades que tienen poco recurso y que involucran acciones más complejas (como hospitalización o intervenciones quirúrgicas) se mantienen largas listas de espera para concretar la interconsulta derivada desde el nivel primario. En el período intertanto, los pacientes continúan siendo tratados en ese nivel, en circunstancias que no tienen la suficiente capacidad resolutive definitiva.
- El Programa GES resuelve parcialmente el tema de largas esperas en derivaciones de pacientes, pero es un mecanismo que no sólo no utiliza la atención interna de la red (ni aporta recursos para que haya capacidad efectiva y oportuna de atención), sino que además genera cambios distorsionando el sistema de derivaciones (cambia prioridades) y encarece la atención global (ya que se debe pagar atención privada externa, que es más cara).

- Al revisar la capacidad resolutive, ésta se estima en general en base a quienes ya han accedido formalmente a la red asistencial a través del nivel primario. Sólo con encuestas poblacionales, se podría establecer la proporción de habitantes de la población objetivo, especialmente aquellos inscritos en APS: (a) que reciben rechazo directo o indirecto a su demanda de atención, o bien postergación indebida; (b) que no sienten atracción por el centro local debido a experiencias anteriores o por bajo prestigio del centro; y (c) quienes prefieren acudir a la atención privada en vez de usar un centro de nivel primario, por diversos motivos.

INTEGRACIÓN DEL NIVEL PRIMARIO EN LA RED ASISTENCIAL

Entre los principales desafíos que cabe considerar para una mejor integración de la APS en las redes asistenciales, destacan que, conforme al modelo asistencial de una red integrada de servicios de salud, destacan los siguientes aspectos de calidad y condiciones para la eficiencia en APS:

- Es importante que haya coherencia entre planes y programas de salud a nivel regional, municipal y de cada centro asistencial. Asimismo, es preciso que los convenios de administración entre los Servicios de Salud y municipios tengan por máximo interés responder a las necesidades de los usuarios en distintos grupos y sectores, lo que se requiere solidaridad e integración de la red asistencial, en torno a eficiencia global y equidad asistencial y de salud.
- La Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) contribuye a dicha integración, junto a los modelos, orientaciones, normas y planificación en red que se realiza en el nivel regional y local de los Servicios de Salud. Para que esos esfuerzos sean efectivos, se requiere contar con la suficiente asignación de recurso, así como con calidad y equidad de distribución.
- Se requieren estimaciones más precisas de la población global (residente), beneficiaria (inscritos en APS) y usuaria de la cada centro de nivel primario, y de la organización de los modos de acceso a APS, a los servicios de urgencia y a los niveles más complejos, tanto ambulatorios como hospitalarios.
- Resulta esencial que la prestación de servicios especializados ocurra en el nivel y lugar más apropiado de resolución, ya sea ambulatorio u hospitalario, y del modo más oportuno y efectivo posible. Ello se facilita cuando el nivel primario tiene adecuada resolutive y sistema de referencia de morbilidad, con un efectivo apoyo de los niveles más complejos.
- Que el nivel primario tenga además el apoyo suficiente desde otros niveles, para poder ejercer la capacidad resolutive que le corresponde ejercer (como el caso de capacitación provista por niveles más complejos) y apoyar el seguimiento de pacientes que son devueltos desde niveles más complejos, para seguir bajo atención de APS.
- La red asistencial de cada Servicio de Salud requiere tener efectiva integración y coordinación para todo el rango de servicios asistenciales, especialmente para el requerimiento asistencial más complejo. En los procesos de expansión de la red de centros, así como de planificación o fortalecimiento de la APS, es importante considerar con anticipación, que se dispondrá de las condiciones básicas y adecuadas de organización, estructura y recursos. El, lo que es indispensable para asegurar que el sistema renovado tendrá la suficiente calidad, pertinente a los procesos y funciones que se deben realizar, como pre-requisito que permitirá la eficiencia en el desempeño y provisión de intervenciones asistenciales.
- En términos de equidad y eficiencia, cada centro asistencial de APS requiere tener expedita, oportuna y coordinada integración horizontal (en forma complementaria y solidaria entre centros) y vertical a la red asistencial (con niveles asistenciales y administrativos más complejos). Ello favorece el acceso de pacientes que lo necesitan, del acceso que corresponda al nivel o servicio clínico asistencial donde puede tener respuesta efectiva a los problemas o enfermedades particulares de salud.
- La integración también requiere que el personal asistencial de APS, especialmente médicos, tengan expedita comunicación con el resto de médicos y otros profesionales de niveles más complejos en la red asistencial. Ello debiera incluir apoyo de especialistas al nivel local, y etapas de capacitación de médicos del nivel primario en los niveles de especialidad de los Servicios de salud (para mejorar capacidades y competencias locales).

- Se requiere reforzar y adecuar la organización del SNSS en sus diversos niveles, en aquellas condiciones estructurales y funcionales para el buen desempeño de las redes asistenciales y la APS, según los objetivos y funciones del SNSS y necesidades de la población. Cabe recordar que la responsabilidad de cada Servicio de Salud se define en torno a la red asistencial del área geográfica que le ha sido asignada. Allí, se debe dar particular atención al nivel primario y su rol respecto al resto de la red asistencial.
- El financiamiento anual y rutinario de los distintos Servicios, comunas y centros debiera tener suficiente solidez y coherencia respecto a las necesidades de estructura y funcionamiento de todos los puntos de la red asistencial y en todos los lugares del país donde se distribuye el SNSS.
- Cabe evaluar la función de APS que cumplen los hospitales de baja complejidad en cuanto a sus acciones de APS. Por su utilidad y experiencia positiva, cabe considerar la posibilidad de una mayor proliferación de este tipo de valiosos centros, en aquellas comunas de mediano volumen de población que lo ameriten (según necesidades de mayor demanda por crecimiento de la población) y universalizar el rol de APS en todos los hospitales de baja complejidad en el SNSS.
- El nivel primario no puede funcionar aislado del resto de la red asistencial pues es sólo un componente o sub-sistema de los Servicios de Salud. Para ello, es preciso evitar una gestión de mando vertical (esencialmente unidireccional) sobre el nivel primario, a través de asegurar un manejo y coordinación efectiva que facilite el apoyo el recurso y desempeño de cada centro asistencial, según factibilidad y necesidad local.
- La red asistencial de cada Servicio de Salud debe ser implementada, administrada y evaluada en términos de adecuación e integración global entre niveles, con disponibilidad y distribución global de recursos y desempeño (que asegure adecuado sistema de referencia y contra-referencia de morbilidad). Es en ese contexto global, que la APS debe ser evaluada en su aporte específico y su complemento con los otros niveles.
- Se requiere evaluar como el programa GES impacta en el recurso y funciones de las APS, así como el recurso que necesita y que ocupa en su ejecución. Cabe precaver que dicho programa se aplique en forma consecuente con el debido fortalecimiento que corresponde aplicar a los centros de APS, que permita que exista la necesaria capacidad y competencias del equipo asistencial de APS, en vez de derivar pacientes y fondos a otros proveedores fuera del SNSS (empobreciendo aún más al SNSS e impidiendo que APS pueda asumir la capacidad que necesita para responder a la mayor demanda generada por el Programa GES).
- Se requiere resolver y solucionar las situaciones institucionales que predisponen a la mantención o aumento de la inequidad sanitaria. Ello incluye revisar el sistema de asignación y distribución financiera, las estrategias y mecanismos para asegurar la cantidad, calidad y distribución de personal asistencial calificado, y la modalidad de descentralización que se ha realizado en el país. Ello incluye revisar la heterogeneidad de entidades administradoras autónomas a nivel local y la disparidad en la capacidad municipal.
- La distribución de establecimientos, personal y otros recursos debe ser evaluada en relación a las poblaciones que cubren y las necesidades o limitaciones existentes en recursos y desempeño.
- La necesidad de comprar servicios privados y envío de pacientes a atención privada desde la APS requiere ser evaluada en cuanto a su causa, reflejo de carencias asistenciales, y posibles alternativas de solución para una mayor autosuficiencia del SNSS (salvo excepciones de eficiencia o costo/beneficio de servicios específicos externos).

MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA APS

Entre los principales desafíos que cabe considerar para una mayor adecuación y efectividad el monitoreo y evaluación de la APS, destacan los siguientes aspectos:

- Para su adecuado funcionamiento, los procesos de monitoreo y evaluación requieren apoyarse en apropiados e integrados sistemas de información. Estos últimos incluyen un conjunto de recursos y procesos organizados formalmente para aportar información relacionada con salud y el sistema de salud. En general, se apoyan en distintos sistemas de plataforma informática, con distinto grado de automatización.

- Los sistemas de información requieren estar configurados en red y permitir su uso a distintos niveles asistenciales y de decisión. El personal asistencial destina una parte valiosa de su tiempo en aportar información detallada que se incorpora en sistemas de información, y consumen importante recurso financiero e informático. Por ello, su planificación, gestión, ejecución y uso requieren de una eficiente y efectiva aplicación.
- Los sistemas de monitoreo y evaluación resultan instrumentos al servicio de la resolución de problemas y apoyo a las políticas y toma de decisiones. Permiten apoyar oportunamente la solución de falencias y brechas detectadas para contribuir al buen cumplimiento programático.
- El monitoreo y evaluación ayuda a fortalecer la capacidad de los responsables de políticas y decisiones, y de su grupo asesor, para realizar el monitoreo efectivo y útil. También permite apoyar la rendición de estados de avances frente a las agencias o autoridades que han encomendado o financiado los procesos de acción que se realizan; y proveer información para una mayor abogacía de lo que se está haciendo, especialmente respecto a los grupos más vulnerables.
- Ello significa que, si se detecta y reporta sistemáticamente la existencia de aspectos críticos o deficiencias que requieren solución interna y externa para cumplir con desempeño y objetivos lo requerido a APS, entonces debiera existir un mecanismo efectivo de la respuesta adecuada, oportuna y efectivamente. Ello es necesario para que lo programado en APS se cumpla en cada etapa de ejecución.
- De otro modo, estos sistemas con base informativa y de seguimiento se convierten en instrumentos inútiles. Cabe destacar que el funcionamiento de estos sistemas es complejo, costoso e involucra tiempo crucial del todo el personal, incluyendo al personal asistencial cuyo tiempo es muy valioso. La inversión de tiempo, financiamiento y esfuerzos en estos sistemas, se justifica en la medida que produzca beneficios a través de información y conocimiento que apoye la toma de decisiones adecuadas y oportunas en materias relacionadas con salud.
- Se requiere fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación en APS. Es necesario revisar las causas que impiden que la evidencia e información sobre APS sean utilizadas para orientar, con debida oportunidad y efectividad, las políticas y decisiones que favorezcan el mejoramiento y consolidación de la APS.
- Los sistemas de información se han transformado en un poderoso y esencial instrumento de gestión, pero en general implican una gran sobrecarga al personal local que les limita aún más, el uso del limitado tiempo a realizar otras labores, especialmente las asistenciales. Se requiere integrar y reformar los sistemas de información en torno a convertirlos en lo que debieran ser: instrumentos de gestión y acción, donde más del 95% de su aporte y uso debiera ser usado en el propio centro y nivel que recolecta y produce dicha información.
- Ello significa que la producción de información debiera estar esencialmente enfocada en la gestión y acción local, junto a los otros niveles de acción y decisión que específicamente utilizan información para la acción, y no un titánico sistema de datos, indicadores y uso de reportes que no se traducen en la adopción de políticas, decisiones y acción en consecuencia.
- En consecuencia, se requiere mantener efectivos sistema de monitoreo y evaluación de los sistemas de información, a distintos niveles, para adecuarlos a lo que realmente se necesita. Y ello debe traducirse en debida planificación, gestión, ejecución y uso requieren de una eficiente y efectiva aplicación, especialmente cuando se incluyen nuevos sistemas informáticos.
- Los centros asistenciales, municipios y servicios de salud deben registrar en forma rutinaria y luego reportar una detallada y excesiva información sobre el recurso y desempeño asistencial, lo que finalmente no se convierte en información e informes relevantes para la toma de decisiones y mejoría de la APS. Una revisión adecuada del tema de APS bajo administración municipal podría a su vez sentar las bases metodológicas para realizar adecuado monitoreo y evaluación, que sean útiles para planificación, correcciones y toma de decisiones.
- La revisión del tema e investigaciones debieran ser “operacionales”, en cuanto abordar el tema de un modo sistémico, considerando los recursos, procesos, servicios, resultados e impacto atribuible, en especial sobre las necesidades asistenciales de salud y la salud de grupos y áreas específicas. Todo ello, en torno al cumplimiento

de objetivos de la APS y los Servicios de Salud.

- Los fondos y recursos disponibles para investigar y evaluar el tema, especialmente los financiados por la autoridad sanitaria, debieran estar enfocados en resolución de problemas, políticas, planes y toma de decisiones esenciales. La literatura disponible no permite estimar que se esté investigando lo más relevante y que eso se traduzca en mejoramiento y mayor efectividad de gestión y acción de la APS global. Sin embargo, cabe destacar que parte importante de esos reportes están en el área de “literatura gris” (no publicada en medios formales indexados) y por tanto se requiere que ellos tengan mayor difusión técnica y pública.
- El monitoreo y evaluación de la APS, a distintos niveles de decisión y acción, constituye un esencial instrumento de seguimiento informativo y requiere ser enfatizado desde un enfoque operacional de salud pública, esencialmente orientado a responder a las necesidades sanitarias de la población y a la toma de decisiones relacionadas con un cumplimiento más efectivo y completo de la APS.
- Para ser útil, el seguimiento informativo de la APS, especialmente a través del monitoreo y evaluaciones periódicas, requiere contar de un enfoque integral, multidisciplinario, objetivo e independiente, considerando incluso las diversas perspectivas ideológicas y de grupos de interés, como los alcaldes, gremios y representantes de entidades privadas.

APORTE COMPLEMENTARIO DE LA ATENCIÓN PRIVADA DE SALUD

- Dado que la cobertura asistencial y beneficios esperados de la APS exceden con creces lo que provee y cubre la APS formal en Chile (ya que solo 70,5% está inscrito en APS), es importante mantener un conocimiento integrado del aporte conjunto de los sistemas público y privado en torno a las actividades y objetivos específicos de la APS. Ello cobra importancia por cuanto en el sistema sanitario chileno, los asegurados públicos pueden acudir a proveedores privados de atención y viceversa.
- En consecuencia, los modelos e indicaciones normativas que elabora el Ministerio de Salud pero que solo tienen obligatoriedad de aplicación en el sistema público, pudieran constituir recomendaciones de uso en la atención privada de salud. En caso de no haber gran consistencia en algunas actividades de programas de salud entre sistema público muy privado, cobraría importancia poder conocer la diferencia.
- Cabe destacar que en general, el sistema privado tiende a atender personas con mejores condiciones de salud y calidad de vida, y con acceso a mejores condiciones asistenciales (más pronto acceso, mayor tiempo de consulta, más cantidad y oportunidad de exámenes de laboratorio, etc.).
- También cabe destacar que hay algunos aspectos específicos similares, como en actividades del Programa Nacional de Inmunizaciones, de aplicación universal en el país, o el programa GES, cuya acción se rige por protocolos y el sector privado puede atender pacientes del sistema público.
- Se requiere implementar un sistema de monitoreo integrado sobre el aporte complementario de la atención privada de salud al rol y objetivos nacionales esperados de la APS- En especial en temas relevantes como cobertura de inmunizaciones (a nivel comunal y otros), atención materno infantil y de enfermedades transmisibles, se requiere conocer qué sectores aportan a lograr las altas coberturas locales y nacionales logradas (y no sólo las acciones del SNSS).
- También cabe destacar que el sistema privado es muy heterogéneo respecto a la capacidad y competencias de quienes proveen atención, especialmente entre médicos. La atención de casos que podrían acudir y ser resueltos en atención APS en el sistema público, pueden ser atendidos por médicos generales de experiencia inicial o bien especialistas complejos que reciben esos casos de su demanda espontánea en el mercado abierto.
- Por ello, cobra importancia que la información sobre programas ministeriales de salud, uso de listado de medicamentos genéricos y otros indicados para la APS del sistema público, también puedan ser difundidos a los proveedores privados, al menos como orientación técnica de atención (muchas veces los médicos especialistas han olvidado o tienen cierta obsolescencia de temas tratados en APS como hipertensión

arterial, diabetes mellitus y otros muy frecuentes y de tratamiento y control relativamente simple).

El cuadro 21 sintetiza los aspectos relevantes del fortalecimiento de la gestión y desempeño de la APS en el caso chileno.

Cuadro 21. Desafíos relevantes en la gestión y el desempeño de la APS en el nivel primario de atención

Aspectos relevantes para una procurar una mejor gestión y desempeño de la APS

- Evaluar la actual aplicabilidad, coherencia, vigencia y utilidad del modelo de APS aplicado en Chile desde el período 1978-1981, y plantear consecuentes propuestas prioritarias y factibles.
- Lograr las condiciones institucionales que favorezcan la calidad de estructura y desempeño del nivel primario de atención y Servicios de salud.
- Establecer adecuados mecanismos de planificación, distribución y gestión de recursos y actividades de la APS, que sean consistentes con los requerimientos asistenciales, necesidades locales de atención de salud y factibilidad de mejoramiento
- Fortalecer y adecuar la organización, estructura y funciones del SNSS, con determinación operacional de funciones que competen a los distintos niveles de atención y tipos de centros asistenciales.
- Fortalecer e integrar las redes asistenciales de los Servicios de Salud, tanto entre los diversos centros de APS (horizontal) como entre los niveles de la red asistencial.
- Fortalecer los convenios de administración municipal de salud y la capacidad de direcciones de Servicios de Salud y Municipios.
- Resolver el dilema pendiente de la administración municipal de salud, respecto a su reintegro a los Servicios de Salud, o bien delegar funciones comunitarias e intersectoriales en los municipios e integrar el resto de funciones asistenciales a los Servicios de Salud.

9. DESAFÍOS DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y ACCIÓN GLOBAL EN SALUD

Las características actuales de la APS en Chile, con su contexto y tendencias institucionales, permiten considerar las perspectivas más relevantes sobre el eventual cumplimiento de los objetivos globales que se han planteado para la APS, a nivel nacional e internacional. Entre los temas relevantes relacionados con los objetivos de la APS, destacan: el rol gubernamental y social amplio, frente a la estrategia global de la SAPS, el trabajo comunitario e intersectorial, y el aporte de otros sectores del quehacer nacional.

TRABAJO COMUNITARIO E INTERSECTORIAL LOCAL

Entre los principales desafíos que cabe considerar para fortalecer el trabajo comunitario e intersectorial, destacan:

- El principio de que la acción de APS incluye el trabajo activo con toda la comunidad - la que incluso debiera participar en la planificación de la APS - no ocurre en el caso chileno. Los aislados ejemplos exitosos publicados, no constituyen necesariamente la situación global de la APS en Chile, lo que implica la necesidad de un sistema de monitoreo y evaluación de APS. Es necesario investigar adecuadamente, la eventual aplicabilidad que tiene en la organización social y cultura chilena, el enfoque original de APS respecto a la autorresponsabilidad de las personas y la participación de la comunidad en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud
- Ello incluye si se va a utilizar recursos locales, regionales y nacionales para fortalecer la participación de la comunidad y el trabajo intersectorial en torno a la estrategia de APS, y estimar si eso aplicaría a todas las comunas, o solo a algunas de ellas. El tipo y grado de participación comunitaria en cada comuna, requiere ser planificada y programada tomando en debida consideración, diversos factores como tamaño de población, cultura de participación, condiciones socio-económicas, vulnerabilidad social y riesgo sanitario, ruralidad y aislamiento.
- Un adecuado debate y revisión de la APS – especialmente como trabajo extramural del nivel primario – requiere incluir una efectiva participación por parte de una sociedad que pueda ejercer un control social sobre este tema (como planteado en Alma-Ata), requiere que la comunidad esté más informada y empoderada al respecto (y no desinformada y marginada). El conocimiento y control social por parte de la

ciudadanía facilita procurar una solución que sea adecuada y posible, en beneficio de todos quienes necesitan de la APS. En general, la participación comunitaria del país es el aspecto menos desarrollado, a pesar de su relevancia, y eso repercute en la base de planificación, funcionamiento y control social que se pudiera realizar sobre la APS.

- Se requiere revisar la necesidad de que los municipios tengan que utilizar recursos propios para administrar la atención de salud municipal en su dimensión de trabajo con la comunidad (que requiere de diversos recursos para la labor extramural). Ello tiende a resultar crítico en los municipios de menores recursos, que tienden a priorizar lo curativo y urgencia, por falta de recursos..
- Es importante contribuir a la información, educación y control social de la ciudadanía sobre la gestión y acción en la APS y su contexto municipal y en un contexto más global, como parte integrante del SNSS y sus fuentes de recursos y apoyo al desempeño, que a su vez depende del rol del Estado (principalmente gobierno y parlamento). Ello contribuye a asegurar transparencia y a que el SNSS, a través de su red asistencial, esté centrados en responder a los intereses, derechos y necesidades de la ciudadanía.
- La información ciudadana efectiva y oportuna es crucial para evitar la marginación de la población, evitando desinformación innecesaria, en favor de intereses económicos, gremiales y políticos. Ello es crucial para ejercer un necesario control social sobre lo que hace el Estado y sus autoridades a distinto nivel, incluyendo los temas relacionados con salud.
- Una comunidad más activa (más allá de votar por autoridades en una elección periódica) es esencial para consolidar la democracia y procurar un progreso más equitativo, transformarse en un

actor relevante de en lo que respecta al gobierno local (quehacer municipal) y el sistema público de salud. Ello contribuye a su vez, a preservar y mejorar la salud de todos los sectores de la población.

- Se requiere determinar y explicitar con más énfasis, el rol formal e informal de APS como una estrategia de avance en equidad en salud, calidad de vida y desarrollo, con participación gubernamental, intersectorial y la comunidad. Todo ello, bajo el liderazgo del sector salud pero en activa red intersectorial.
- En caso de que en el SNSS se apoye de un modo explícito y más concreto el trabajo comunitario e intersectorial que debe realizar el personal de APS en cada centro asistencial (sujeto a reportes de información y monitoreo local), entonces cabe aportar los recursos y capacitación suficientes para desempeñar de modo efectivo esas funciones. La actividad comunitaria exige recursos financieros, de movilización, personal y otros de los cuales no se dispone suficientemente en los centros de APS (por lo cual terminan concentrándose en el trabajo al interior del establecimiento).
- Para mejor provecho en torno a los objetivos globales de la estrategia de APS, es importante mantener abogacía y liderazgo, por parte del personal de salud, para lograr la realización de acciones que tiendan a mejorar los determinantes sociales de la salud y la salud misma.
- La labor extra mural o fuera de los centros asistenciales (cobertura activa) requiere tener un foco social adicional respecto al trabajo con las familias, probablemente con apoyo municipal. El foco en las familias como unidad básica de acción no es claro, o más bien un tema difícil de abordar en la práctica, por la gran heterogeneidad de las características familiares en la comunidad.
- Aquellos municipios que tengan mayor capacidad, interés y condiciones para contribuir a una función más completa de APS incluyendo trabajo activo con la comunidad, podrían ser pioneros nacionales en el tema (y ejemplo para el resto de comunas). Se espera que tengan más condiciones para aportar personal, tiempo, medios de transporte, lugares y estrategias para lograr la participación de la comunidad, junto a otros sectores y grupos sociales, algunos de los cuales ya forman parte de los grupos que lidera el

municipio, especialmente aquellos del ámbito social.

- Es importante considerar estrategias de comunicación social y educación sanitaria adaptada a la cultura local prevalente. Entre los mecanismos a utilizar destacan la información aportada por los medios masivos de comunicación, y las estrategias de cómo difundir y llegar con información, educación, empoderamiento y motivación a los diversos grupos de la población, para favorecer una activa participación comunitaria.
- Cabe considerar que la participación comunitaria de la APS parece ser particularmente necesaria en sectores de menores ingresos y mayor vulnerabilidad social. Cabe recordar que la comunidad local en Chile tiende a adquirir un rol relativamente pasivo como receptor o beneficiario de una provisión paternalista de servicios. Por ello se requieren estrategias especiales, que consideren aspectos culturales, para lograr una efectiva participación de la comunidad en la APS, enfatizando el foco en la promoción y prevención de los distintos grupos de la población.
- La integración intersectorial, en especial con otros sectores sociales, ocupa un importante rol del municipio. Aunque este tipo de integración ha probado ser relativamente efectiva en programas como Chile Crece Contigo y en acciones relacionadas con desastres, ello requiere ser más amplio en términos de salud y desarrollo.
- Es importante utilizar y aprovechar la existencia y funciones de los Consejos de Desarrollo locales, que incluyen un foco de desarrollo social. Los Consejos de Desarrollo son útiles y es importante conocer qué herramientas y recursos existen para una acción conjunta en relación a salud (como salud mental, seguridad laboral, obesidad, transportes, educación sanitaria, deportes) que favorezcan la salud de la población local. La administración municipal de educación tiene elementos comunes con salud.
- Es importante procurar que se apliquen las estrategias, mecanismos, herramientas y recursos para promover una acción efectiva en relación a salud o sus determinantes (como salud mental, seguridad laboral, obesidad, transportes, educación sanitaria, deportes) que permitan favorecer la salud de la población objetivo. La administración municipal de educación y de

apoyo social podría favorecer una efectiva integración intersectorial.

- Es necesario que el aspecto de integración intersectorial sea objetivamente analizado y monitoreado en todos los municipios que realizan administración en salud y educación, para estimar en qué grado existe integración intersectorial, las brechas de integración y las medidas tendientes a mejorarlas. Este tipo de integración ha sido relativamente efectiva en algunos programas específicos de integración local, como Chile Crece Contigo y en acciones relacionadas con desastres. Sin embargo, eso se concentra en grupos o circunstancias específicas y no abarca integración en todos los aspectos de salud y desarrollo.
- Las causas e intentos de fortalecer la acción comunitaria e intersectorial no dependen principalmente de esfuerzos unilaterales de los interesados o responsables de la APS a nivel local, sino de múltiples factores políticos, sociales y culturales de la propia comunidad. Es probable que una eventual interacción y participación más activa de la comunidad en salud y otras áreas sociales y de interés local, pueda ser lograda en el largo plazo y requiera de cambios culturales y motivación más complejos que los que actualmente existen.
- El trabajo con el sector educación a nivel local resulta crucial, por cuanto allí se puede ayudar a la educación sanitaria, la promoción y prevención en salud. También es útil porque allí se cuenta con poblaciones relativamente cautivas (niños y adolescentes), lo que facilita la educación sanitaria con énfasis en promoción, prevención y vida saludable en esos grupos.
- En las escuelas bajo administración municipal se cuenta con beneficios de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que incluye aporte alimentario y también registra factores de riesgo y alguna morbilidad escolar.

ACCIÓN GLOBAL EN APS Y SALUD

Entre los principales desafíos que cabe considerar para un más efectivo rol gubernamental y de los distintos actores sociales en torno a la estrategia global de APS y sus objetivos, destacan:

- Respecto a la necesidad de contar con APS como una estrategia crucial para mejor salud y desarrollo, destaca que en Chile ya se han producido notorios avances globales debido a

múltiples factores que incluyen el aporte específico de la APS. En ese contexto, es posible estimar que la APS entendida en su sentido más amplio y original como asistencia esencial de salud y como conjunto integrado de acciones gubernamentales, de políticas públicas y sociales, e intersectoriales de mejor calidad de vida, han contribuido en conjunto al logro de los objetivos de la APS como estrategia que favorezca el progreso en salud y desarrollo.

- El mayor progreso en salud y desarrollo se encuentra en aquellas comunas y grupos de población con mejores condiciones socioeconómicas. Esos grupos cuentan con condiciones saludables y mejor calidad de vida, con aseguramiento privado de salud y mejor acceso a la atención privada de salud.
- También se ha producido un notorio progreso en salud y desarrollo en comunas y grupos de población con menores condiciones socioeconómicas y mayor vulnerabilidad en salud, los que han reducido de forma drástica aquellos eventos evitables que favorecen una carga de morbilidad evitable (como las enfermedades transmisibles, lo materno infantil, nutrición y otros). Los grupos de menores condiciones tienen al menos acceso al aseguramiento y atención pública de salud. Esos grupos son los que más se han beneficiado del mejoramiento de condiciones de salud y otras que les permiten mejor calidad de vida y salud (como asistencia sanitaria, nutrición, viviendas, educación, agua y saneamiento, etc.) El mejoramiento de salud de esos grupos han contribuido a mayor promedio de indicadores, así como reducción de la desigualdad sanitaria.
- En los distintos períodos políticos e históricos, se han producido políticas públicas y sociales que han favorecido sumar la acción específica del sistema de salud hacia un logro más amplio. Ello incluye el rol subsidiario que en general ha focalizado de preferencia en aquellos grupos de menores ingresos y más vulnerables, a través de subsidios monetarios y de otros tipos que se relacionan de un modo u otro con la APS (como apoyo a vivienda saludable, educación, inmunizaciones, etc.)
- El desafío actual de acción en APS y el sistema de salud es más exigente que el que existía en 1978, pues ahora cabe mantener el progreso en salud logrado por la reducción de enfermedades evitables (como enfermedades transmisibles o

problemas materno-infantiles) y lo relacionado con el envejecimiento (por mayor esperanza de vida al nacer y menor mortalidad prematura).

- El desafío global que el sistema de salud en su conjunto está comenzando a planear, es cómo abordar el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles y otras, y el rol que cabe a la APS.
- La situación existente sobre la APS (principios, logros, aspectos críticos, desafíos y propuestas de acción), requiere ser adecuadamente comunicada a los diversos actores del quehacer nacional y a la comunidad en general, con un enfoque objetivo y propositivo. El modelo global de APS incluye el derecho y deber de la comunidad de participar activamente. Es esencial entonces que la población pueda contribuir y ejercer un efectivo y positivo control social y apoyar aquellas medidas de fortalecimiento que resulten más prioritarias y factibles. El mejoramiento de la APS se favorecerá en la medida en que la comunidad pueda estar más informada, educada, empoderada y motivada respecto, en este tema esencial de la APS.
- El modelo original de APS, que se mantiene vigente hasta la actualidad, plantea el compromiso de los gobiernos para actuar con acciones nacionales en torno a un ambicioso objetivo esperado de la APS, en el contexto de salud para todos y la justicia social. Es importante revisar ese enfoque global en la actualidad chilena.
- Dada la estrecha relación entre salud y desarrollo, es importante explicitar los objetivos integrales de la APS, especialmente en el logro de mejor y más equitativa salud, con un enfoque de justicia social. Es importante que ese enfoque aporte una visión complementaria o superpuesta con otras acciones de otros sectores intersectoriales. Cobra importancia promover y enfatizar la salud en todas las políticas, especialmente en aquellas del ámbito social.
- También es importante procurar que aunque no se considere explícitamente a la APS y sus objetivos, la acción gubernamental a distintos niveles nacionales pueda seguir apoyando el avance económico, de empleo, educación, vivienda, transportes, saneamiento, seguridad y otros que contribuyen a una mejor salud.

EXPECTATIVAS Y COMPROMISOS ACTUALES DE LA APS

La reciente Declaración de Astaná aporta una serie de expectativas y compromisos internacionales que los diversos países, incluyendo Chile, han asumido respecto al futuro de la APS y lo que se sigue esperando de esta estrategia. Esa Declaración contiene una visión y un marco útil de que permite revisar y analizar el actual grado de vigencia o consistencia entre la teoría y práctica de la APS en Chile, en cuanto a su enfoque global. Sigue cobrando importancia la afirmación de O. Ramírez (2018) que plantea que “*Han pasado 40 años desde aquella visión de Alma Ata, y la tensión entre el idealismo de aquella declaración y el pragmatismo de los implementadores aún convive*”.

Es crucial y urgente determinar en forma operacional el enfoque de APS aplicado a Chile (no sólo al SNSS) y traducirlo en las debidas políticas y planes nacionales y sub-nacionales, sobre las acciones específicas que es necesario asumir en forma global, con todos los actores relevantes del país, para procurar el cumplimiento de los objetivos globales de la APS asumida como una estrategia orientada a mayor salud y desarrollo.

En esa Declaración también se incluye la búsqueda de cobertura universal de salud, en especial con apoyo de financiación. Es importante que ese tema sea debatido en su alcance y factibilidad en Chile, con los mecanismos y estrategias nacionales que se podrían adoptar para contribuir en una mayor cobertura tanto de población como de servicios a prestar. En organismos como OMS se sigue dando prioritaria importancia al financiamiento como un mecanismo para asegurar la cobertura universal en salud. Siendo eso un aspecto esencial, sin embargo no resulta suficiente. Por ello, deben fortalecerse los mecanismos que pueden facilitar no sólo el acceso al sistema de salud (factores geográficos, culturales y otros) sino que el acceso a una salud más plena de todos los grupos y áreas del país.

La adopción simultánea de los Objetivos de Desarrollo Sustentable también requieren ser revisados y debatidos a nivel nacional, en cuanto a lo que se necesita y lo que es posible hacer, al menos para mejorar los objetivos perseguidos en esa iniciativa internacional. A partir de las experiencias ocurridas con el planteamiento de Salud para Todos en el año 2000 (lo que no se cumplió), los Objetivos del Milenio 1990 a 2015 (que tuvieron cumplimiento parcial) y de las propias Declaraciones de Alma-Ata y las que le siguieron, es crucial que esas iniciativas sean

puestas en contexto y integradas con todas las otras que directa o indirectamente se relacionan con ellas, a nivel global nacional.

En el cuadro 22 se destacan algunos desafíos relevantes para procurar lograr una acción global más efectiva en torno a los objetivos de la APS.

Cuadro 22. Desafíos relevantes para una acción chilena global en torno a los objetivos de la APS

Aspectos relevantes para una procurar una mejor cumplimiento de los objetivos de la APS

- Determinar el rol formal e informal de APS como una estrategia de avance en equidad en salud, calidad de vida y desarrollo, con participación gubernamental, intersectorial y la comunidad. Todo ello, bajo el liderazgo del sector salud pero en activa red intersectorial.
- Fortalecer el rol extra-mural del la APS, fuera de las entidades asistenciales y administrativas internas del sistema de salud. Ello requiere recursos, acciones y estrategias para trabajo con otros sectores y la comunidad, pero que en general no están disponibles de modo suficiente en la actualidad, especialmente en las comunas y grupos de menores condiciones económicas.
- Integrar y monitorear la contribución que hace el sector privado previsional y asistencial (con y sin fines de lucro), al cumplimiento de objetivos de la estrategia de APS.
- Fortalecer la comunicación social de APS como una estrategia de desarrollo, con mecanismos más efectivos de difusión a diversas audiencias (mercadotecnia social).
- Evaluar y fortalecer la participación comunitaria, en el específico contexto político y cultural de las distintas áreas y grupos de la población.
- Además del énfasis de equidad y subsidios concentrados en la población más pobre y vulnerable, se requiere incluir además a los grupos socio-económicos no pobres, de acuerdo a sus necesidades sanitarias. Si no se puede cumplir con cobertura universal de objetivos de la APS (como preconizan los organismos internacionales), se requiere entonces responder a las necesidades de la población con criterios de prioridad y factibilidad.
- Se requiere la abogacía por el énfasis de la salud en todas las políticas, y el progreso intersectorial en aquellas condiciones para una mejor calidad de vida, las que a su vez son determinantes sociales de la salud.

ANEXO 1. DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

- I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
- II La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
- III El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.
- IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
- V Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de

las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

- VI La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
 4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
 5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
 6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
 7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.
- VIII Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.
 - IX Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
 - X Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.
- La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y

financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo

y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2008). “Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978”, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: 2008.
http://www.who.int/whr/2008/o8_report_es.pdf

Anexo 2. Elementos de la Declaración de Alma-Ata (1978) y de la APS en Chile

Elementos de la Declaración de Alma-Ata (1978)	Elementos adoptados en el caso chileno
La salud es un derecho humano fundamental.	Principio presente en diversos elementos normativos, leyes, políticas y programas.
La salud es un objetivo social.	Principio también presente pero parcial, pues mientras está explícita a nivel gubernamental, en el sector privado se asume como objeto de consumo.
El logro en salud exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.	Se han obtenidos notorios logros en salud y desarrollo por el aporte de todos los sectores. Los gobiernos funcionan con trabajo intersectorial, especialmente en área productiva y social.
La grave inequidad sanitaria es inaceptable y motivo de preocupación común.	Hay conciencia y acciones relevantes hacia la equidad (especialmente en subsidio residual), pero las condiciones sanitarias, económicas y sociales mantienen la inequidad sanitaria, a pesar de progreso en salud.
El desarrollo económico y social es fundamental para logro máximo de salud para todos.	Existe dualidad de búsqueda de progreso vía económica versus justicia social (modelo neoliberal prevalente, con gobiernos que enfatizan la justicia social).
La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.	Gran cobertura de la promoción y protección de la salud, a todo nivel geográfico y grupos de población.
El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.	No hay participación ciudadana en planificación y desempeño de APS. Aún está pendiente consolidar la democracia plena con una comunidad activa.
Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.	Los sucesivos gobiernos dan debida importancia a este tema, en forma activa, aunque las medidas resultan parcialmente insuficientes, especialmente en quienes dependen del sistema público de salud.
Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos (1978), era que todos los pueblos del mundo alcanzaran en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.	Los diversos gobiernos han contribuido a un notorio avance en salud y con importante contribución del personal asistencial de salud en todo el país.
La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.	La APS tuvo un importante rol en los grupos más vulnerables, con mayor concentración de eventos evitables de salud, y que no ha sido universal. Pero no se logró salud para todos en el 2000
La APS es un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades,	La APS ha estado circunscrita a limitaciones del sistema público de salud, independiente de progreso económico y no hay adaptación particular a las características de los diversos grupos del país.
La APS se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;	La APS se ha basado bastante en la información técnica y científica más relevante (aplicada a normas técnicas y programas nacionales de salud) así como a la experiencia ya lograda en APS en el país.
La APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;	La APS cuenta con buena orientación programática, pero insuficiencia de recursos tienen a concentrar acciones curativas intra-murales, en desmedro de la promoción y prevención y trabajo con comunidad.
La APS comprende al menos:	La APS en el SNSS ha contribuido a lograr:
<ul style="list-style-type: none"> • la educación sobre los principales problemas de 	<ul style="list-style-type: none"> • gran cobertura de educación en salud, individual y

<p>salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, • un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; • la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; • la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; • la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; • el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y • el suministro de medicamentos esenciales 	<p>colectiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> • subsidios en suministro de alimentos y apoyo a una nutrición apropiada (grupos vulnerables), • gran cobertura de abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; • gran cobertura de asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; • gran cobertura de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; • efectivo control en la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; • tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y • gran cobertura de suministro de medicamentos esenciales (limitada por factores de acceso a salud)
<p>La APS entrena la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;</p>	<p>Existe trabajo intersectorial en torno al aspecto social y sanitario en todos los niveles, aunque tienen a concentrarse en los grupos más vulnerables y con problemas de salud.</p>
<p>La APS exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud</p>	<p>En general, la comunidad es un receptor pasivo (no participante) de las acciones de APS ni de la planificación, gestión o control de los centros que desempeñan APS.</p>
<p>La APS saca el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;</p>	<p>En general, el recurso utilizado en APS (que sólo cubre dos tercios de la población nacional) es aportado por el fisco desde el nivel nacional y se complementa con recursos municipales (escasos en municipios pobres).</p>
<p>La APS debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;</p>	<p>Existe buen sistema administrativo de referencia, pero insuficiencia de recurso especialista en niveles complejos entraba el sistema de referencia y contra-referencia de enfermos. Solución parcial con derivación de enfermos al sector privado (lo que empobrece más al público)</p>
<p>La APS se basa en el plano local y de referencia y consulta de casos, en personal de salud según proceda (médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad), así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten.</p>	<p>La APS es desempeñada casi exclusivamente por personal asistencial formal perteneciente al SNSS. En general, no participan otras personas de la comunidad, como aquellas que se desempeñan en la medicina tradicional.</p>
<p>Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores.</p>	<p>El sistema de salud es fragmentado (público/privado) y la APS sólo se considera parte funcional del nivel primario de atención de los Servicios de salud del SNSS. Existen políticas, planes y estrategias nacionales que tienen objetivos no centrados en APS como esencia.</p>
<p>Es preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.</p>	<p>El estado y nivel político está supeditado al poder económico, en un modelo neoliberal prevalente. Chile tiene un grado de desarrollo socio económico por el cual en general no recibe cooperación de recursos externos.</p>

Fuente: Elaboración propia, basado en Declaración de Alma-Ata y revisión de la experiencia de APS en Chile

Anexo 3. Ámbitos y componentes cubiertos por la acreditación de calidad en centros de atención ambulatoria en Chile

Ámbitos	Componentes
<p><u>Respeto a la dignidad del paciente:</u> El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.</p>	El prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno.
	Los pacientes son informados sobre las características de los procedimientos a los que serán sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución.
	Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho al consentimiento, la seguridad y la confidencialidad.
	El prestador institucional cautela que las actividades docentes de pregrado que se realizan en ella no afecten la seguridad ni las condiciones de trato de los pacientes
	El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.
<p><u>Gestión de la calidad:</u> El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.</p>	El prestador institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejoría continua de la calidad.
	Existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes relacionados con la seguridad de los pacientes
<p><u>Gestión clínica:</u> El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.</p>	El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.
	El prestador institucional cuenta con programas para vigilar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociados a la atención de los pacientes.
	El prestador institucional aplica medidas de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias (IIH) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL.
<p><u>Acceso, oportunidad y continuidad de la atención:</u> El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.</p>	La atención se realiza según criterios de acceso y oportunidad relacionados con la gravedad y el nivel de riesgo de los pacientes.
	El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes para la seguridad de los pacientes.
<p><u>Competencias del recurso humano:</u> La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.</p>	Los técnicos y profesionales de salud del prestador institucional están habilitados.
	El prestador institucional realiza actividades para asegurar que el personal que ingresa a la institución adquiera conocimientos generales y específicos acerca del funcionamiento y normas locales, con énfasis en materias que afectan la seguridad de los pacientes.
	El prestador institucional programa y prioriza la capacitación del personal que participa en atención directa de pacientes, en materias relevantes para su seguridad.
	El prestador institucional desarrolla acciones programadas de salud en su personal.
<p><u>Registros:</u> El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro</p>	El prestador institucional utiliza un sistema formal de ficha clínica.

de datos clínicos y administrativos de los pacientes.	
<u>Seguridad del equipamiento:</u> El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.	Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de éstos.
	Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.
<u>Seguridad de las instalaciones:</u> Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios	El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.
	El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.
	Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de plan de contingencia por interrupción de servicios básicos.
<u>Servicios de apoyo:</u> El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.	Los exámenes de Laboratorio Clínico se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.
	El prestador institucional asegura que los servicios y los productos entregados por Farmacia sean de la calidad requerida para la seguridad de los pacientes.
	Los procesos de esterilización y desinfección de materiales y elementos clínicos se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.
	El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad.
	Los procedimientos de Diálisis se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes
	Los procedimientos de Radioterapia se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.
	Los servicios de Anatomía Patológica aportan resultados confiables y oportunos.
	El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de quimioterapia.
	Los procedimientos de imagenología se efectúan en condiciones que garantizan la seguridad de los pacientes.
	El prestador institucional provee condiciones que garantizan la seguridad de los procedimientos de Kinesioterapia y Rehabilitación Kinésica.
	El prestador institucional provee condiciones que garantizan la calidad de los componentes sanguíneos
	El prestador institucional provee condiciones de seguridad en el proceso de donación de sangre.

Fuente: “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales. Atención Abierta”, Superintendencia de Salud. Chile. Ministerio de Salud, 2009.
 Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf

Anexo 4. Compromisos del “Documento de posición respecto de valor social de la atención primaria de salud” (2017). Congreso de Atención Primaria de Salud, Chile

Desde el proceso participativo iniciado en noviembre de 2016, nos comprometemos a impulsar la revisión del estado actual del sistema de salud, su financiamiento y organización, para hacer reformas que mejoren la calidad y la satisfacción de la población. Estas deben considerar:

1. Incorporar el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad en la carta de derechos sociales de una nueva constitución.
2. Fortalecer un sistema de salud basado en la Atención Primaria con el debido respaldo normativo de un modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria, con pertinencia territorial y de género.
3. Avanzar hacia un aseguramiento único y universal, para resguardar que personas con igual necesidad reciban igual atención.
4. Mejorar la articulación de la red asistencial, especialmente la coordinación, cooperación y comunicación entre niveles de atención, eliminando la fragmentación.
5. Promover e instalar la participación vinculante de nuestros Consejos de desarrollo Social y/o Comunidad organizada.
6. Reconocer el respeto como un valor central en nuestras relaciones personales y estructurales; espontáneas e institucionales, que se traduce en un buen trato recíproco.
7. Generar un proceso amplio, participativo y transparente para realizar la necesaria revisión de la Reforma de Salud.
8. Fortalecer la promoción y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, asumido como una responsabilidad del estado a nivel nacional y local.
9. Mejorar los modelos de administración u gestión en salud a nivel nacional, regional y comunal, para generar una atención oportuna y de calidad.
10. Aumentar progresivamente el financiamiento justo de la Atención primaria, mejorando la supervisión y evaluación sobre el uso de los recursos y la capacidad de respuesta integral.
11. Formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud, incluida la formación de pregrado, a través de perfiles de Desempeño, que incorpore el enfoque de salud integral, transdisciplinario, con eje en la Atención Primaria, el enfoque de derechos, y la humanización, buen trato y calidad de la atención y el cierre de brechas de recursos existentes.
12. Generar los incentivos, pecuniarios y no pecuniarios, necesarios y financiados, para atraer y mantener los equipos en los Centros de Salud.
13. Profundizar acciones hacia los grupos más vulnerables y vulnerados de la sociedad que permitan su pleno ejercicio de derechos en salud y calidad de vida, evitando la estigmatización,
14. Avanzar en el cierre de la brecha de infraestructura, acorde al Modelo de atención y a una política territorial, asumiendo no solo la necesaria construcción de nuevos centros de salud rurales y urbanos, sino que generando mejoras en los actuales establecimientos.
15. Mejorar la capacidad resolutoria de nuestros centros de salud, en consonancia con el Modelo de atención de salud familiar y comunitaria.
16. Fortalecer el sistema público de salud, para evitar el traspaso de recursos públicos a prestadores privados.

1. Congreso realizado en Santiago de Chile, 24 y 25 de abril de 2017, con la participación del Ministerio de Salud y un conjunto de actores sociales del país. El documento recoge opiniones de más de 10 mil personas que participaron en 387 conversatorios realizados a través del país.

17. Ampliar los espacios de participación y
18. discusión en torno al valor social de la Atención Primaria, basados en la co-construcción de la salud en el territorio.
19. Aumentar el control social por parte de la sociedad civil sobre las acciones que la Atención Primaria realiza en el territorio, para asegurar un adecuado uso de los recursos públicos.
20. Integrar el autocuidado y cuidados de la familia y comunidades como eje fundamental para lograr una mejor calidad de vida, acercando en trabajo de los equipos de salud al territorio.
21. Mejorar la comunicación e información a los usuarios respecto de los servicios ofrecidos y el funcionamiento de las redes de atención.
22. Innovar las metodologías de educación en salud hacia usuarios y usuarias, internos y externos.
23. Avanzar hacia un registro clínico electrónico integrado, de administración pública.
24. Generar un documento que indique la operacionalización de algunas estrategias prioritarias de corto y mediano plazo.

Junto con lo anterior, quienes suscribimos este documento, nos comprometemos a portar, según nuestras capacidades, en los distintos espacios de participación existentes a la construcción de un sistema de salud con más justicia social, valoración de la diversidad, con calidad y respeto por cada uno de los actores que en ellas participan. Asimismo, revisar avances del cumplimiento de las ideas, propuestas y sueños enunciados en esta Declaración.

Anexo 5. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018

Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno, los ministros y los representantes de Estados y Gobiernos, (1) que participamos en la Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, reunidos en Astaná los días 25 y 26 de octubre de 2018, reafirmando los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos, hacemos la siguiente Declaración.

Aspiramos a:

Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos;

Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.

I Afirmamos vehementemente nuestro compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinciones de ningún tipo. En la conmemoración del cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, reafirmamos nuestro compromiso con todos sus valores y principios, en particular la justicia y la solidaridad, y subrayamos la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, y su dependencia mutua.

II Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de

la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Acogemos con agrado la celebración en 2019 de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, a la que contribuirá la presente Declaración. Cada uno de nosotros seguiremos nuestro camino para lograr la CSU para que todas las personas tengan acceso equitativo a la atención de salud eficaz y de calidad que necesitan, velando por que el uso de dichos servicios no les exponga a dificultades financieras.

III Somos conscientes de que, pese a los considerables progresos logrados en los últimos 40 años, en todas las regiones del mundo sigue habiendo personas con necesidades sanitarias desatendidas. Mantenerse en buena salud es un reto para muchas personas, en particular las pobres y las que se encuentran en situaciones vulnerables. Estimamos que es inaceptable desde un punto de vista ético, político, social y económico que persistan las disparidades en los resultados sanitarios y la inequidad en la salud.

Seguiremos combatiendo la creciente carga de enfermedades no transmisibles, que provocan mala salud y muertes prematuras debido al consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, los modos de vida y comportamientos poco saludables, y la insuficiente actividad física y las dietas malsanas. A menos que actuemos de inmediato, continuará la pérdida de vidas prematuramente a causa de las guerras, la violencia, las epidemias, los desastres naturales, los efectos del cambio climático y los fenómenos meteorológicos extremos en la salud y otros factores medioambientales. No debemos perder oportunidades de poner fin a los brotes epidémicos y amenazas sanitarias mundiales como la resistencia a los antimicrobianos que traspasan las fronteras de los países.

Los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la atención paliativa, deben ser accesibles a todos. Debemos sacar a

millones de personas de la pobreza, especialmente la pobreza extrema provocada por los gastos directos desproporcionados en la salud. Ya no podemos infravalorar durante más tiempo la importancia crucial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ni tolerar una atención fragmentada, poco segura o de calidad deficiente. Debemos solucionar la escasez de trabajadores de la salud y su distribución desigual. Debemos tomar medidas con respecto a los costos crecientes de la atención sanitaria y los medicamentos y vacunas. No podemos permitirnos despilfarros en los gastos de la atención de salud debido a la ineficiencia.

Nos comprometemos a:

IV - Tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores

Reafirmamos la función y responsabilidad primaria de los gobiernos a todos los niveles en la promoción y protección del derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr.

Promoveremos la acción multisectorial y la CSU, recabando la colaboración de las partes interesadas pertinentes y empoderando a las comunidades locales para fortalecer la atención primaria de la salud. Abordaremos los determinantes económicos, sociales y medioambientales de la salud y nos propondremos reducir los factores de riesgo integrando un enfoque que incorpore la salud en todas las políticas. Lograremos la participación de más partes interesadas en el logro de la salud para todos, a fin de no dejar a nadie atrás, a la vez que abordaremos y gestionaremos los conflictos de intereses, fomentaremos la transparencia y estableceremos una gobernanza participativa. Nos esforzaremos por evitar o mitigar conflictos que socaven los sistemas de salud y hagan retroceder los logros sanitarios. Debemos servirnos de enfoques coherentes e incluyentes para extender la atención primaria de la salud como pilar de la CSU en las emergencias, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de servicios de salud esenciales, en consonancia con los principios humanitarios. Proporcionaremos y asignaremos debidamente recursos humanos y de otro tipo para fortalecer la atención primaria de la salud. Aplaudiremos el liderazgo y ejemplo de los gobiernos que han demostrado apoyar firmemente la atención primaria de la salud.

V - Establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible

La atención primaria de la salud se aplicará con arreglo a la legislación, contexto y prioridades nacionales.

Fortaleceremos los sistemas de salud mediante inversiones en la atención primaria de la salud. Reforzaremos la capacidad y las infraestructuras de la atención primaria —el primer contacto con los servicios de salud— dando prioridad a las funciones esenciales de salud pública. Daremos preferencia a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y trataremos de atender las necesidades sanitarias de todas las personas a lo largo del curso de la vida mediante servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y atención paliativa. La atención primaria de la salud ofrecerá una amplia variedad de servicios y cuidados, en particular, entre otros, vacunación; cribados; prevención, control y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles; atención y servicios que promuevan, mantengan y mejoren la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; la salud mental y la salud sexual y reproductiva (2). Asimismo, la atención primaria de la salud será accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, estará disponible y prestará servicios integrados y continuos centrados en la persona y que tienen en cuenta las cuestiones de género. Nos esforzaremos por evitar la fragmentación y garantizar un sistema funcional de derivación entre la atención primaria y otros niveles de atención. Nos beneficiaremos de una atención primaria de la salud sostenible que mejore la resiliencia de los sistemas de salud para prevenir y detectar las enfermedades infecciosas y los brotes y responder a ellos.

VI - Empoderar a las personas y las comunidades

Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud. Promoveremos la educación sobre la salud y trabajaremos para satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud. Ayudaremos a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios. Protegeremos y promoveremos la

solidaridad, la ética y los derechos humanos. Aumentaremos el empoderamiento de la comunidad y contribuiremos a la rendición de cuentas de los sectores público y privado para que un mayor número de personas vivan vidas más sanas en entornos propicios y favorables a la salud.

VII - Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales

Hacemos un llamamiento a todas las partes interesadas —profesionales de la salud, instituciones académicas, pacientes, la sociedad civil, asociados locales e internacionales, organismos y fondos, el sector privado, organizaciones confesionales y otras entidades— para que se alineen con las políticas, estrategias y planes

nacionales en todos los sectores, en particular a través de enfoques centrados en las personas y sensibles a las cuestiones de género, y para que emprendan iniciativas conjuntas con el fin de instaurar una atención primaria de la salud más fuerte y sostenible en pro de la cobertura sanitaria universal. El apoyo de las partes interesadas puede ayudar a los países a destinar suficientes recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información a la atención primaria de la salud. Al aplicar la presente Declaración, los países y las partes interesadas trabajarán juntos con un espíritu de colaboración y cooperación eficaz para el desarrollo, compartiendo conocimientos y buenas prácticas y respetando plenamente la soberanía nacional y los derechos humanos.

(1) Así como los representantes de organizaciones de integración económica regional.

(2) Al sumarse al consenso, la delegación de los Estados Unidos desea llamar la atención sobre el resultado del objetivo 8.25 del Programa de Acción del Informe de la Conferencia

Anexo 6. Conclusiones de la Comisión de Alto Nivel de OPS sobre “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata” (1)

A 40 años de la Declaración de Alma-Ata, emblemática en la Región de las Américas podemos afirmar que, a pesar de los avances realizados, no se ha alcanzado la meta de salud para todos en el año 2000.

A pesar de las mejoras en las condiciones y la cobertura de salud de la población, los avances en la equidad en salud son limitados.

En la actualidad, el contexto regional y global nos enfrenta a nuevos desafíos epidemiológicos, ambientales, sociales, económicos y políticos.

A partir del análisis de este nuevo escenario, este documento ofrece a la Directora de la OPS recomendaciones para orientar el quehacer de la Organización en el liderazgo de procesos regionales cuyo fin sea hacer efectivo el derecho a la salud como derecho humano fundamental, además de apoyar a los países en este quehacer.

Estas propuestas son el resultado de un proceso de producción colectiva de los miembros de la Comisión con la colaboración de un amplio número de expertos y actores comprometidos con el derecho a la salud.

Este informe explicita una concepción de la APS asumida como un “camino necesario y sostenible para lograr la salud universal como derecho de todas y todos con calidad, equidad y justicia social”. Se parte de la premisa de que hacer efectivo el goce del derecho a la salud es una responsabilidad ineludible del Estado, y se construyen tres ejes de análisis que dan sentido y coherencia al conjunto de recomendaciones realizadas.

El primer eje es el de los modelos de atención basados en las personas y las comunidades, con intervenciones intersectoriales.

Este eje expresa la capacidad de las políticas del Estado para responder a las necesidades y a la diversidad de la población.

Las recomendaciones se refieren a las características que deben tener los modelos de atención para ser sensibles a la diversidad de necesidades de la población en cuanto a sus capacidades, identidades culturales, étnicas, orientación sexual e identidad de género, edades, condiciones sociales y económicas.

El enfoque estratégico y la visión de la APS definen las necesidades en salud de las poblaciones y las comunidades, tanto específicas como diferenciadas, como punto de partida de los procesos de transformación de los sistemas de salud. No existe una receta única ni un abordaje técnico único que sea replicable. Cada país debe crear y conducir modelos de atención que respondan a las necesidades de la población en cada contexto.

El segundo eje incluye los procesos políticos e institucionales que crean los factores motorizadores de los procesos de cambio en los sistemas de salud y del fortalecimiento de los sistemas de protección social. Las recomendaciones de este eje señalan qué procesos y qué actores deberían participar en las transformaciones necesarias. Estos procesos tienen que superar las limitaciones asociadas a la duración y la complejidad de economía política, que explican algunas dificultades para lograr avances significativos.

La inestabilidad política de los gobiernos que lideran estos procesos de cambio es una limitación que debería abordarse a través de la abogacía con el fin de consolidar las políticas orientadas a garantizar el derecho a la salud como políticas de Estado. Aunque gran parte de las reformas de los sistemas de salud han incluido nuevas normas regulatorias, aún deben desarrollarse las capacidades del Estado para fiscalizar su cumplimiento, en especial por parte del sector privado, lo que representa otra limitación.

De igual forma, el alcance de las políticas nacionales se ve limitado por un contexto global en el que la incidencia de los actores y las organizaciones privadas crece y tiene múltiples dimensiones. Por esta razón, las políticas de cambio deberían fortalecerse armonizándolas con los procesos y con las instancias supranacionales (multilaterales, de integración regional y subregional o mecanismos de cooperación sur-sur). En este sentido, la OPS/OMS debe continuar liderando una agenda regional que garantice la coherencia técnica y que contribuya a afrontar los retos políticos actuales y futuros.

El tercer eje aborda los recursos fundamentales, que son humanos, económicos y de tecnologías de salud, e incluye los arreglos institucionales que definen la

disponibilidad de los recursos, es decir, las condiciones necesarias para facilitar los procesos de transformación mencionados. Sin recursos humanos, tecnológicos y financieros suficientes las políticas de transformación de los sistemas de salud y de protección social son expresiones sin respaldo. Asimismo, la asignación de estos recursos es la manifestación concreta de la voluntad política y las capacidades del Estado para garantizar el goce

efectivo del derecho a la salud como derecho fundamental.

Por último, tiene una importancia crucial crear y fortalecer mecanismos de rendición de cuentas y transparencia nacionales y supranacionales que permitan una participación social efectiva y la búsqueda de soluciones y de innovaciones para hacer efectivo el derecho a la salud.

-
- (i) **Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel [Internet]. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

Observatorio Chileno de Salud Pública
2019