

Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos (Resumen)

César Gattini
OCHISAP

Diciembre de 2019

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 resolutoria relativamente simple y responsabilidad continua sobre la salud de las personas. Es además un filtro del sistema, en base a su capacidad resolutoria 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 contrapone 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.