



CENTRO DE
**POLÍTICAS
PÚBLICAS UC**

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos

JOAQUÍN MONTERO, ALVARO TÉLLEZ, CRISTIAN HERRERA
Escuela de Medicina



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos

JOAQUÍN MONTERO, ALVARO TÉLLEZ, CRISTIAN HERRERA

Escuela de Medicina

Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos

JOAQUÍN MONTERO, ALVARO TÉLLEZ, CRISTIAN HERRERA

Escuela de Medicina

Introducción

Los países del mundo se reunieron el año 1978 en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud y firmaron la declaración de Alma-Ata que explicita el rol clave que le cabe a la atención primaria para potenciar el desarrollo de los pueblos. Este importante gesto político fue refrendado posteriormente por evidencias científicas que confirman que los sistemas de salud con Atención Primaria de Salud (APS) más fuerte, muestran mejores indicadores sanitarios, menores inequidades y con un menor costo. Es decir, se genera un sistema más efectivo, eficiente e igualitario (Starfield & Shi, 2002; Macinko *et ál.*, 2003; Starfield *et ál.*, 2005).

Hoy día, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) propone reactivar los sistemas de salud mundial impulsando una agenda de cambio centrada en la APS, en las personas y las familias, estableciendo cuatro ejes ordenadores a partir de los principios de Alma-Ata:

1. Avanzar hacia la cobertura universal y la protección social en salud para alcanzar mayor equidad y justicia social.
2. Reorganizar los servicios de salud teniendo en cuenta no solo los resultados sanitarios, sino también las necesidades y expectativas de la población. Para esto, es necesario centralizar la acción en torno a las personas, otorgándoles continuidad en la atención con equipos de

cabecera que asumen toda la coordinación de la atención en medio de las redes sanitarias.

3. Desarrollar políticas públicas que busquen integrar las intervenciones de salud pública con el desarrollo de la APS, a partir del uso de metodologías basadas en evidencias y evaluaciones de impacto de las nuevas intervenciones, importantes para el seguimiento de los resultados de las nuevas medidas.
4. Propiciar nuevos liderazgos, integradores y participativos, para enfrentar los cambios en los actuales sistemas de salud.

Chile tiene una historia muy rica en cuanto a APS. La creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, pasando por la municipalización impulsada durante la década de 1980, el cambio del modelo de financiamiento por prestaciones a un modelo “per cápita” en 1995 y, la transformación de los centros de salud a centros de salud familiar con población a cargo, a partir del año 1997, constituyen hitos que han permitido avanzar en la cobertura universal y tener un sistema de salud con indicadores sanitarios al nivel de países desarrollados.

Por otra parte, la Reforma de Salud que está siendo implementada en Chile desde el año 2005, pretendía abordar los desafíos definidos al principio de la década, mediante estrategias coherentes y atingentes, según se aprecia en sus documentos originarios¹. Desgraciadamente, en su imple-

1. Mensaje de S.E. el Presidente de la República de Chile, Ricardo Lagos Escobar, con el que se inicia el Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud, 22 de mayo de 2002. (Mensaje N° 1-347).

mentación, se ha roto esta consistencia y sus iniciativas han provocado un claro desequilibrio en el sistema sanitario que ha terminado debilitando la APS. En este artículo justificaremos esta afirmación y, a partir del diagnóstico, expondremos los nuevos desafíos que se deben enfrentar para rescatar a la APS chilena.

Ausencia de la APS en las leyes de la Reforma

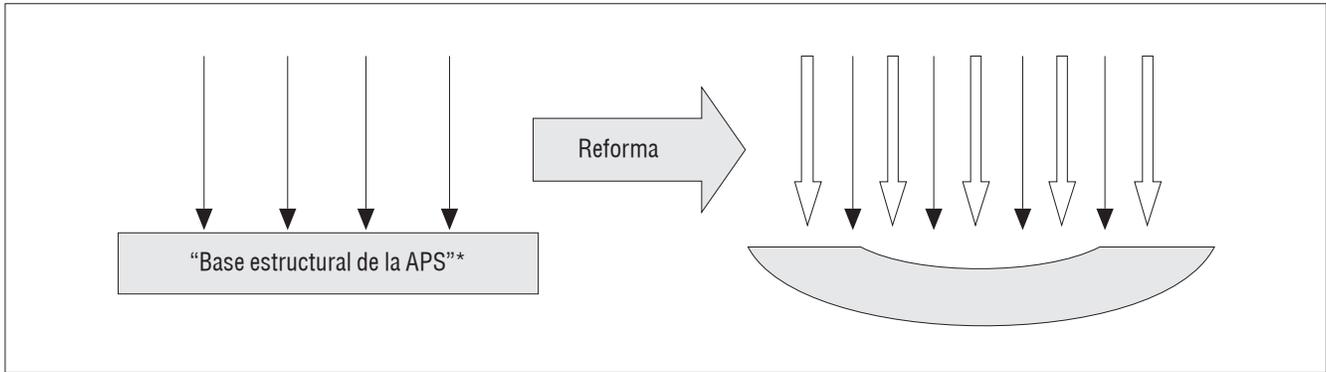
La Reforma en su espíritu original sitúa a la APS como el pilar central del sistema sanitario, sin embargo, al revisar las leyes que le dieron cuerpo, se puede verificar que éstas prácticamente no la consideran.

El mensaje presidencial de Ricardo Lagos Escobar al proponer al Congreso Nacional el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), describe el rol fundamental de la APS en este sistema. Planteaba que el desafío de la reforma es desarrollar un modelo de atención que enfatice la promoción y la prevención, y que se centre en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud, con una atención primaria altamente resolutoria, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria “de cabecera”, con una cantidad definida de familias a cargo, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad². Como vemos, en dicho mensaje, se describe en buena parte lo que el mismo Ministerio de Salud (MINSAL) denominó como el “Modelo con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud” (MINSAL, 2005), el cual implica una relación estable entre los profesionales de la salud y los usuarios, que favorezca el conocimiento, la confianza mutua y una relación horizontal, que incentive a las personas, familias y comunidades a adquirir mejores competencias y a hacerse más responsables de su propio cuidado.

La Reforma consideraba cinco leyes, cuatro de las cuales están vigentes, aprobadas con un amplio acuerdo político: Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), Autoridad Sanitaria, Regulación de las Isapres y Aumento de Impuestos) y, una quinta, que aún está en tramitación en el Parlamento (Derechos y Deberes de los Pacientes). Junto con el consenso político, la Reforma –y en particular el AUGE– han tenido persistentemente una buena recepción por parte de la ciudadanía, especialmente por la percepción de protección frente a enfermedades graves.

La Reforma no consideró, sin embargo, los problemas que afectaban crónicamente a la APS. Producto del sistema de garantías, se recargan las exigencias fuertemente sobre la APS, la que se hace cargo del 80% de las actividades generadas por dicho plan, sin solucionar los graves problemas estructurales que se arrastraban por años al interior de la atención primaria. A esto se suma el agravante que las nuevas exigencias que cada condición AUGE impone a la APS, al ser programas verticales, son exigibles al 100% por ley y en forma uniforme a lo largo del territorio nacional, no obstante la gran diversidad de necesidades y prioridades que presentan las comunas y regiones por la variabilidad geográfica y epidemiológica. Esto, distorsiona profundamente la construcción de un modelo de atención centrado en las necesidades reales de la población local de un territorio con características y limitaciones propias, restringiendo seriamente la perspectiva horizontal propia de la APS (Figura 1). Si bien las intervenciones verticales en APS siempre han existido y, en su justa medida, son necesarias, el Informe de la OMS sobre la salud mundial del 2008 denomina este fenómeno como fragmentación del sistema (OMS, 2008), en el cual plantea que los programas verticales pueden ser transitoriamente beneficiosos para algunos, pero resultan perjudiciales en el largo plazo para todos los beneficiarios cuando son excesivos.

2. Ibid.

Figura 1 | **Modelo del efecto de la Reforma de Salud sobre la Atención Primaria de Salud en Chile**

- ▶: Simboliza los planes y programas verticales, tanto promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación que la APS lleva a cabo.
- ▼: Simboliza los planes y programas verticales que se sumaron a la APS luego de la Reforma, los cuales han sido en su gran mayoría curativos y exigibles por ley como garantías.
- * Vemos que la “Base estructural horizontal” de la APS, que entendemos como la fortaleza y capacidad de gestión local, desarrollo del modelo de atención y manejo de recursos humanos, **no tuvo mayor cambio, salvo el aumento de los centros de salud** que se ve comprimida por la mayor presión de programas verticales luego de la Reforma.

La ausencia de la mirada de APS en la Reforma se puede ver también en el absoluto predominio de intervenciones individuales curativas por sobre intervenciones preventivas y promocionales; así como también, la ausencia de la APS en la Ley de Autoridad Sanitaria que no considera la gestión organizacional de la APS ni una mayor potenciación del desarrollo local.

La Reforma –en algunos aspectos y a pesar de lo planteado en su espíritu original–, podría ser vista entonces como el “antimodelo” de lo universalmente aceptado como APS, por estar más centrado en la enfermedad que en la salud, “medicalizando” el sistema, postponiendo el desarrollo local y la promoción, relegando la prevención a las acciones curativas expresadas en canastas de servicios a ser exigidas para condiciones médicas específicas.

Financiamiento

El mecanismo de financiamiento de la canasta de servicios definida en su momento, como canasta básica, es insuficiente. Por ende, los municipios deben financiar ese déficit con sus propios recursos. Si no son capaces de generar esos recursos, ese déficit se expresará en menos servicios básicos o listas de espera, acentuando la inequidad; porque en general los más pobres se concentran en los municipios con menos recursos (Vargas y Poblete, 2006). La Reforma no se hace cargo de esta carencia ni de sus consecuencias. Si bien los

recursos para la APS han aumentado, así también se han incrementado las actividades derivadas del cumplimiento de las prestaciones clínicas de las patologías GES³ (Garantías Explícitas de Salud).

Con el traspaso de la APS a los municipios durante el gobierno militar, se implementó de manera conjunta un mecanismo de financiamiento que reemplazaba la asignación de recursos centralizada, que realizaba el Ministerio de Salud, por un mecanismo de asignación de recursos basados en el pago por las prestaciones efectuadas. Esta modalidad tenía la desventaja que estimulaba un exceso de actividades curativas en desmedro de las acciones preventivas, no necesariamente centrada en la obtención de resultados sanitarios (Duarte, 1995).

A partir del año 1994, se puso en marcha un nuevo sistema pasando de la asignación de recursos por atención prestada, a una asignación per cápita, que consiste en el traspaso de un prepago por persona que se atiende en cada establecimiento, a la entidad que lo administra. En un concepto ideal se financiará por población a cargo, con un incentivo implícito para la prevención y la promoción.

Esta asignación per cápita es determinada todos los años a través de un decreto fundado y su monto total corresponde a un monto basal para otorgar una canasta de servicios mínimos y otro variable. El componente variable incluye ajustes que permiten corregir los mayores gastos que significa

3. Antes Plan AUGE.

dar atención de salud en condiciones de ruralidad, pobreza o presencia de adultos mayores de 65 años, así como también, otras dificultades para la prestación de servicios y de acceso a la atención de salud. Junto al aporte establecido en el decreto fundado se agregan otros fondos de “Reforzamiento de la APS Municipal y Leyes Funcionarios de APS” cuya proporción fluctúan ampliamente año tras año; entre un 11% y un 38% del total de los aportes financieros centralizados para la APS. Estos fondos de reforzamiento no son ajustados por los indexadores mencionados anteriormente.

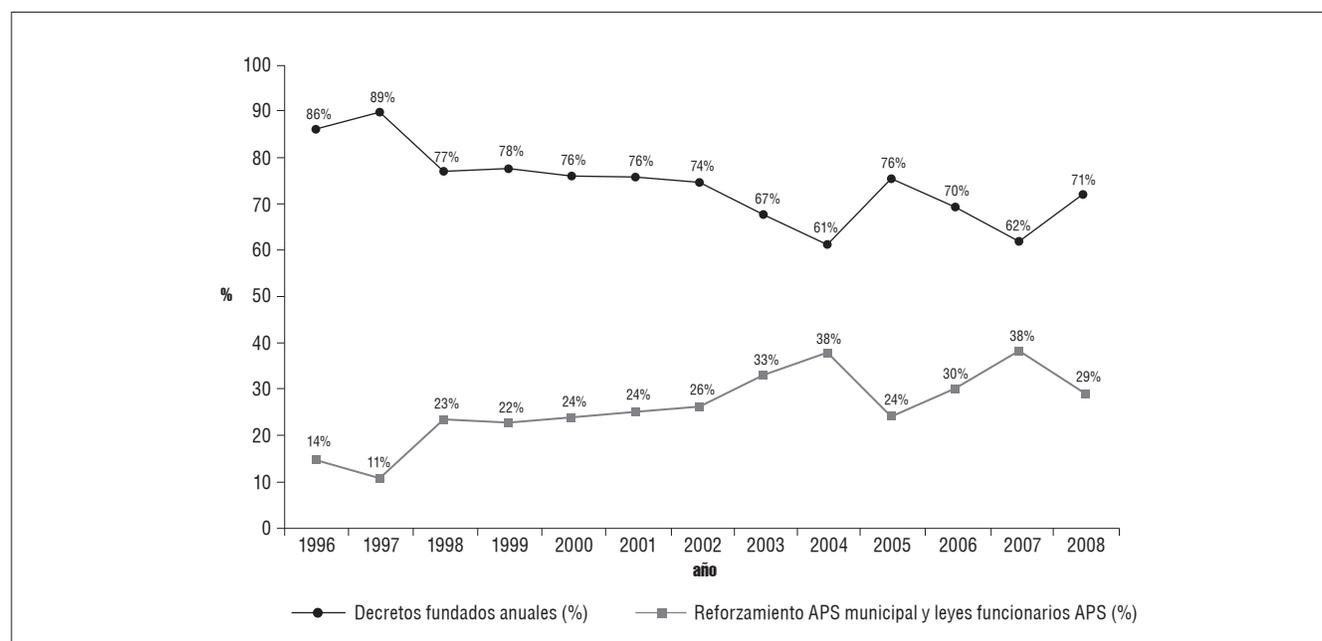
Al entregarse una parte importante de los recursos no per capitados a la APS (hasta el 38%), se genera un nivel de variabilidad que trae el riesgo de causar distorsiones mayores, teniendo en cuenta que son de difícil planificación y deben ser gastados en el transcurso del año, no obstante suelen ser entregados en el segundo semestre, lo que puede determinar precipitación en la ejecución de estos recursos. Esto aumenta el riesgo de arbitrariedades e inequidades entre los municipios. En parte esto se ilustra en el gráfico 1.

En una mirada panorámica, el presupuesto operacional para la APS (municipalizada y no municipalizada) aumentó proporcionalmente sobre el total del presupuesto operacional de los servicios de salud desde un 19% en el año 2002 a un 26% en 2009, según se aprecia en la tabla 1. Sin embargo,

a pesar de estos aumentos, desde los ejecutores de la salud municipal, se sostiene que está sistemáticamente desfinanciada, lo que es corroborado por distintos estudios. El Instituto Libertad (2008) informa que un 40% de los municipios no alcanza a cubrir sus gastos en salud según cifras del año 2006. Aún más, algunos ni siquiera alcanzan a cubrir sus gastos de personal, considerando que los aumentos que se muestran en la tabla 1 están relacionados con los aumentos en las canastas de prestaciones y no con otro tipo de gastos.

Otro estudio realizado por la Asociación Chilena de Municipalidades (Casanova, 2007), muestra que para cumplir con la canasta básica de prestaciones de la APS excluidas las exigencias del GES, se requiere de un per cápita de \$3.142, siendo el monto del per cápita basal recibido de \$1.700 (ajustados a moneda 2008). Es decir, hay un déficit de 45,9%. Según ese mismo estudio, en promedio los municipios aportaban el 20% del gasto en salud. Estos déficit afectan mayormente a las personas que viven en comunas con menos recursos, ya que si no existen aportes propios es probable que no se provean servicios sanitarios considerados básicos. Desde este punto de vista y teniendo en cuenta la amplia dispersión de los recursos de los municipios derivados del mecanismo de financiamiento municipal, persiste y se amplía la brecha de inequidad en este mecanismo (Vargas y Poblete, 2006).

Gráfico 1 | Variación anual de aportes APS vía decreto fundado y programas de reforzamiento



Fuente: Evolución de los aportes financieros centralizados a la APS. MINSAL, 2008.

Tabla 1 | **Presupuesto (ley) de atención primaria Serie 2002-2009 y su proporción del presupuesto total de los servicios de salud (moneda año 2002)**

Año	APS Municipal y no Municipal (a)	Inversiones en APS	Programas Salud Pública	Total presupuesto asociado a APS de cada año (M\$) (b)	Total presupuesto Servicios de Salud de cada año (M\$) (c)	% APS del presupuesto total Servicios de Salud (a/c)	% presupuesto total APS del presupuesto total Servicios de Salud (b/c)	% variación anual presupuesto total APS
2002	164.932.797	2.755.000	51.647.000	219.334.797	853.850.382	19%	26%	–
2003	196.474.831	2.603.887	50.236.446	249.315.164	909.807.107	22%	27%	13,67%
2004	224.691.040	2.598.909	49.713.279	277.003.228	990.083.606	23%	28%	11,11%
2005	261.730.987	19.953.097	48.236.173	329.920.257	1.094.716.943	24%	30%	19,10%
2006	295.466.392	22.158.339	46.653.555	364.278.286	1.251.583.086	24%	29%	10,41%
2007	345.700.443	31.478.201	44.683.230	421.861.874	1.395.877.903	25%	30%	15,81%
2008	368.854.873	37.357.287	41.101.610	447.313.769	1.457.667.276	25%	31%	6,03%
2009	434.661.334	43.493.301	40.503.768	518.658.403	1.676.418.685	26%	31%	15,95%

Fuente: Elaboración propia en base a información desglosada del presupuesto de Salud. Ministerio de Salud.

Montero y colaboradores (2008), usando otras metodologías, precisan que los montos para financiar la canasta básica varían entre \$3.400 y \$4.000 a 2008. Dado que el per cápita de ese año era de \$1.905, el déficit fluctuaba entre un 44% y un 52,4%, ratificando las cifras anteriores en cuanto a la magnitud del déficit de financiamiento de la APS. Por otro lado, en ese mismo estudio se pudo cuantificar el valor real de la implementación del Plan de Salud Familiar, en el cual, de todas las actividades clínicas, un 50,7% del per cápita se tendría que destinar a actividades GES (ver Tabla 2). Es decir, solo la mitad restante se podría ocupar en cu-

brir las prestaciones curativas y de rehabilitación no-GES: la promoción, la prevención y la participación ciudadana. Podemos deducir entonces con bastante fundamento, que el porcentaje del gasto que la APS destina a las actividades GES es mayor al 50%, lo que confirma el alto impacto financiero que el AUGE impone a la atención primaria.

Recursos humanos

La Reforma del Sistema de Salud no consideró el tema de las nuevas necesidades de recursos humanos, dejando des-

Tabla 2 | **Valor per cápita del Plan de Salud Familiar según micro-costeo (moneda 2009)**

Ítem	Valor per cápita anual	Valor per cápita mensual	Proporción (%)
Total Actividades GES y no GES 2007	33.544	2.795	68,3
Actividades no GES	16.563	1.380	33,70
Actividades GES	16.981	1.415	34,60
Administración	15.548	1.296	31,7
Total	49.092	4.091	100

Fuente: Montero y colaboradores, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008.

atendido un requisito clave para responder cabalmente a las nuevas demandas “garantizadas”. En el caso de la APS no hay políticas ni acciones consistentes en este sentido, salvo programas de capacitación para médicos y profesionales de salud, que no dan cuenta plena de las necesidades emergentes.

La falta de recursos humanos en salud, tanto de especialistas en general como de especialistas en atención primaria, en particular (medicina familiar), son temas que cruzan ampliamente nuestra realidad sanitaria, lo que ha sido graficado por un informe reciente del MINSAL - Banco Mundial (2010).

Desde la perspectiva de la Reforma, hay condiciones y patologías AUGE con serias dificultades para cumplir las garantías aprobadas por falta de atención especializada (por ejemplo, Cataratas). Por otra parte, hay condiciones que siendo relevantes y existiendo intervenciones efectivas para ser incluidas como garantía explícita, de acuerdo a la lógica epidemiológica del AUGE, no pueden serlo por falta de recursos humanos en Chile que sean capaces de prestar la atención requerida en el volumen requerido (ejemplos son la falta de gastroenterólogos para realizar endoscopías para el cáncer de colon y la úlcera péptica).

El problema se acentúa aún más en la atención primaria, donde los recursos humanos y médicos ya eran un tópico muy importante recogido por los organismos internacionales mundiales y regionales, por las limitaciones que esto significa para cumplir las metas sanitarias (Borrell *et ál.*, 2008). Con la Reforma, en Chile se acentúa la demanda por recursos calificados ante las nuevas demandas, dado que la mayoría de los pacientes GES (82%) son atendidos por la APS, donde se espera que se pueda resolver la situación.

Especialistas de APS

Por la complejidad de los problemas de la atención primaria, hoy en día se necesitan especialistas con competencias específicas para trabajar efectivamente en APS. Un documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) destaca este punto. En Chile, Román *et ál.* (2007) analizan las carencias en la formación de competencias de los egresados de medicina que son la base de los médicos generalistas chilenos. Montero y colaboradores (2009) desarrollaron también una propuesta de competencias desde la academia en interacción con actores de la APS, especificando aquellas que un médico debe tener para desempeñarse adecuadamente en la atención primaria con el modelo de salud familiar

y comunitaria propuesto por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2005). Allí se precisan los conocimientos, habilidades y actitudes en áreas como el enfoque multidimensional integral, la población a cargo, la continuidad del cuidado, el énfasis en prevención y promoción, la mirada transdisciplinaria para asumir el cuidado de las familias en equipos de salud, y la consideración de la comunidad como sujeto que toma parte en las decisiones sobre su salud.

Diversas universidades chilenas han reconocido la necesidad de contar con médicos especialistas en APS, como son los médicos familiares. Estos especialistas, que existen en la mayoría de los países desarrollados, son los que cuentan con las competencias para hacerse cargo de la salud de las personas y de su familia en forma continua e integral, y que a su vez, cuentan con una mayor capacidad resolutive.

Dotación de profesionales en APS

La falta de médicos en el sistema de atención primaria ha sido una realidad histórica en Chile. La escasa valoración del médico general y de la actividad de “policlínico” es un hecho ampliamente reconocido.

Notablemente, e impulsado por las exigencias del Plan AUGE, entre los años 2003 y 2008 ha habido un gran crecimiento en la dotación de horas profesionales y médicas en la APS. Según información de la División de Atención Primaria de Salud del MINSAL, la dotación de horas médicas contratadas aumentó de 1.135 a 2.898 jornadas de 44 horas⁴. La población inscrita y validada para el año 2008 era de 10.500.864, por lo que la relación de inscritos por médico de APS pasó de 7.474 a 3.620 personas, acercándose al estándar tradicional de un médico por 3.333 habitantes.

La ocupación de dichas plazas ha sido parcial, aunque esto constituye una percepción, dado que no pudimos confirmar el número de médicos que trabajan actualmente en la APS. Según Román *et ál.* (2007), para los médicos no es atractivo trabajar en este nivel de atención debido a que la remuneración es relativamente baja, no hay incentivos para una clara configuración de una carrera profesional, y no se sienten preparados para atender en la atención primaria porque las universidades tienen un modelo formativo hospitalario sin mayor foco en este nivel de atención.

Por otra parte, en la actualidad las remuneraciones en el sistema están por debajo de lo que gana un mismo profesional en el sector privado y en los niveles 2° y 3° del sector público. El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal

4. Información proporcionada por la Dra. Sibila Iñiguez, jefe de la División de Atención Primaria de Salud. Del Ministerio de Salud, junio de 2010.

plantea una carrera funcionaria con niveles que no tienen asociados sueldos, sino que solo mecanismos de progreso en ella. Además, define que los funcionarios pueden tener asignaciones por responsabilidad directiva, por zona, por mérito y por desempeño en condiciones difíciles (definido como marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria e inseguridad y riesgo para el personal).

Frente a un aumento de los cargos y la falta de interés de los médicos nacionales, estos cupos de horas médicas en APS están siendo llenados progresivamente por médicos extranjeros, los que hoy día se estima ocupan el 50% de las plazas, aunque no existe un estudio que objetive esta apreciación. Por otro lado, las competencias de los médicos titulados en el extranjero serían menores que las de los médicos titulados en Chile, lo cual se pudo corroborar claramente en el examen médico nacional del año 2009⁵, de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) donde los titulados nacionales superaron claramente en la evaluación de sus competencias cognitivas a los extranjeros (75,6% vs. 52,2% de respuestas aprobadas respectivamente).

Programas de formación de recursos humanos para la APS

Tradicionalmente no se formaban médicos en Chile para la APS. Ella era poco apreciada por docentes y alumnos lo que se hacía palpable por la ausencia de espacio físico y docentes en los centros de salud.

Desde el año 1993, el Ministerio de Salud ha asignado becas para especialización en medicina familiar a las universida-

des. Sin embargo, en general, a los médicos no les interesa formarse para desenvolverse en la atención primaria y las becas se rechazan por ser poco atractivas y por falta de perspectivas. Lo podemos evidenciar en datos que muestran que entre los años 2002 y 2007 se ocuparon solo el 12% de los cupos ofertados para residencias de medicina familiar en el concurso de becarios de retorno, versus el 70% de las otras especialidades⁶. A pesar de lo anterior, según estimaciones del Consorcio Interuniversitario de Salud Familiar se han formado alrededor de 330 especialistas en los últimos 15 años, cifra aún insuficiente con relación a las necesidades de la APS.

Debido a la centralidad de la APS en la reforma de Salud, el Ministerio del ramo decidió aplicar estrategias especiales para atraer y retener médicos en este nivel de atención, las que están en etapa de implementación progresiva como se puede apreciar en la tabla 3.

Además, recientemente se inició un programa de formación de especialistas para médicos que lleven al menos tres años en la APS municipal, los que al término de su programa deben devolver tres años de trabajo en la misma municipalidad. Las condiciones que se ofrecen son claramente mejores a las previas, por lo que ha tenido una aceptación creciente. Sin embargo, el programa no está centrado en formar especialistas de APS por lo que no se puede esperar un solución importante por ese camino.

Como antecedente complementario, destaca que desde el MINSAL se ha lanzado un nuevo programa de formación de especialistas básicos, con condiciones de financiamiento

Tabla 3 | Cupos tomados de formación de especialistas. Período 2006-2009

PROGRAMA/AÑO	2006	2007	2008	2009	TOTAL PERÍODO
Formación de médicos y dentistas en EDF	163	135	141	157	596
Formación médicos de la APS en especialidades (3 años)	0	20	85	105	210
Formación de especialistas básicos en programas mixtos en APS y hospital (6 años)	0	0	33	76	109
TOTALES	163	155	259	338	915

Fuente: Departamento de Formación y Capacitación, Ministerio de Salud, 2010.

5. Resultados del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM). Disponible en: <http://www.emn.cl/resultados.html>. (Accedido el 31 marzo, 2010).

6. Ibid.

atractivas para los postulantes, las universidades y las comunas. Los médicos pueden ingresar recién egresados de la universidad y después de 6 años se certifican como especialistas en medicina interna, pediatría, obstetricia o psiquiatría. El programa alterna períodos de formación en hospitales con iguales períodos de práctica clínica en APS, aumentando de esta manera el recurso médico en este ámbito. Hasta el año 2009 no se consideraba para este programa a quienes querían especializarse en medicina familiar, lo cual constituye de alguna manera, una forma de discriminación, y trunca el desarrollo de esta especialidad. Mediante esta iniciativa, la APS se refuerza en horas médicas, sin embargo, también se consolida como un ámbito de tránsito para los profesionales, espacio en el cual la prioridad es contar con especialistas en APS (medicina familiar). Esto no va en desmedro de que algunos tipos de especialistas o subespecialistas puedan integrarse exitosamente a los equipos de APS de acuerdo a las necesidades locales. Lo anterior se confirma en una revisión sistemática reciente que muestra que el asociar especialistas a los médicos generales en APS, mejora el acceso, el uso de los servicios y los resultados en salud, solamente cuando son parte de intervenciones multifactoriales que incluyen consultas conjuntas, reuniones clínicas y seminarios educativos, entre otras iniciativas de trabajo colaborativo entre especialistas y profesionales de atención primaria (Gruen *et ál.*, 2003).

Debilidad de la gestión local

Hoy existe gran heterogeneidad en los entes responsables de la gestión de la APS, y la Reforma abordó muy escasamente la estructura administrativa de este nivel del sistema de salud. Los municipios presentan una gran diversidad respecto del tamaño de la población, los recursos, la ubicación y su dispersión, y la organización de la APS, la que toma forma de entidades municipalizadas en 292 casos y no municipalizada en 29 comunas. Su modo de financiamiento puede ser un aporte capitado o un aporte fijo. Ante esta gran diversidad, la variabilidad de su gestión y de la calidad de la misma es muy amplia, habiendo estudios recientes que señalan múltiples y serias limitaciones que pueden afectar el uso de recursos y los resultados obtenidos.

La APS cumple una función estratégica que incluye captar las necesidades de salud de su comunidad y articular las mejores respuestas que las redes locales o del sector salud puedan ofrecer. Esta función significa una compleja y exigente gestión, que debe:

- satisfacer la demanda de morbilidad, con especial énfasis en las prioridades y garantías que aumentan año a año;

- actuar en prevención de patologías crónicas, de problemas psicosociales, de salud mental y de cualquier nuevo problema que se priorice;
- promover estilos de vida saludables y el bienestar de la comunidad a través del trabajo intersectorial y comunitario.

Asimismo, la oferta de estos servicios debe regirse según las normas y exigencias de la autoridad sanitaria, quien la supervisa regularmente; responder a las crecientes expectativas de la población; y, realizarse con máxima eficiencia, considerando su falta de financiamiento crónico. En este contexto, la Reforma generó pocas intervenciones para mejorarla. Podemos mencionar la acreditación de los centros de salud como un hecho positivo que apunta en la dirección correcta, pero aún es insuficiente.

Gran parte de la APS es responsabilidad de los municipios, los que están a cargo de cerca de 11 millones de personas a lo largo del país. Los municipios constituyen un complejo heterogéneo de realidades con situaciones muy diversas, en cuanto a geografía, tamaño y características de su población, y por ende, de sus necesidades de salud. La calidad de la gestión de salud municipal también es muy variable e informes recientes muestran un conjunto de falencias y carencias en un número importante de ellas (ACHM, 2009; Pontificia Universidad Católica y otros, 2009). El resto de la población del sector público (alrededor de 2 millones) es atendida por establecimientos que dependen de los Servicios de Salud, dando una situación de dualidad en la administración de la APS.

Hoy la salud municipal posee una gran responsabilidad sin los recursos suficientes. Además, debe responder a las necesidades de su población a cargo sin la necesaria complementación con los otros servicios de la red de salud, los que muchas veces son incapaces de resolver oportuna y adecuadamente la demanda referida desde la APS. Por otra parte, los municipios pequeños tienen un problema mayor por su incapacidad para contar con los equipos profesionales que permitan gestionar la salud local.

La APS municipal actual es parte del proceso de municipalización. Este proceso fue una herramienta utilizada por el gobierno militar para la descentralización territorial, y que puede haber ayudado a desarticular el sistema de atención quebrando la continuidad del cuidado. Esto último ha generado dudas sobre la conveniencia de su continuidad, lo que ha determinado indecisiones y falta de voluntad política para su completa implementación.

En resumen, hoy por hoy se está lejos de contar con las ba-

ses para un sistema de gestión para la APS. La plataforma sobre la cual está asentada —la municipalización— es frágil y no puede asumir efectivamente la responsabilidad de responder por la salud de su población. Junto a lo anterior, carece de una administración profesionalizada y está desintegrada de la red de salud local, sin autonomía suficiente para adecuar y orientar las iniciativas de acuerdo a sus necesidades, con poca participación ciudadana y sin un claro sentido de territorio y población a cargo.

Conclusiones

Al analizar la Reforma de Salud chilena desde la APS y en la perspectiva de las vertientes que propone la OMS (2008), cabe señalar lo siguiente:

1. La APS ha seguido progresando en Chile. Hay un avance claro hacia la cobertura universal al asegurar, con garantía financiera y con garantía de acceso, a un conjunto relevante de patologías o condiciones que cubren el 75% ó 80% de la carga de enfermedad del país, aumentando la inversión financiera hasta llegar al 26% del gasto público en los servicios de salud, avanzando en términos de equidad y justicia social. Sin embargo, el aporte financiero a la APS a través del mecanismo per cápita debe aumentarse significativamente para alcanzar a cubrir lo requerido para la implementación de un modelo de salud integral y comunitario.
2. La población está recibiendo beneficios sanitarios para enfermedades que afectan la sobrevivencia y la calidad de vida. Esto se ha logrado con una reorganización de los servicios sanitarios integrando la APS a las redes secundarias para proveer los nuevos servicios GES. Sin embargo, aún está pendiente el poder entregar los servicios con mayor continuidad en la atención y con equipos de cabecera que asuman toda la coordinación de la atención, lo cual no se logrará en medio de una conexión que aún es falante al interior de las redes sanitarias.
3. Hay un déficit en la integración de las intervenciones de salud pública con el desarrollo de la APS. El modelo de atención primaria propuesto por la Reforma se ha deformado por la exigencia de privilegiar programas orientados por patologías, los que son exigidos verticalmente por el sistema sanitario. No se ha equilibrado esta exigencia con un mayor desarrollo del modelo propiamente tal, por falta de financiamiento, de recursos humanos, y de gestión.
4. Falta una política de recursos humanos para formar, atraer y retener profesionales competentes, particularmente médicos en la APS, sin la cual no es posible desarrollar

liderazgos. Es necesario establecer políticas y procurar mecanismos para contar con médicos familiares, es decir, especialistas en atención primaria, para enfrentar los desafíos y los cambios que se requieren en la atención primaria de nuestro sistema de salud.

A pesar de los avances mencionados, Chile requiere fortalecer la APS para restablecer su importancia y centralidad en nuestro sistema de salud, resituándola como el motor y pilar esencial del mejoramiento de la salud de las personas y sus familias en las comunidades, integrando de mejor manera las intervenciones de salud pública a este nivel. Esto requiere liderazgo y voluntad política gubernamental, parlamentaria, gremial, de los municipios y de las universidades para sacar adelante los cambios necesarios. Estas transformaciones deben apuntar a fortalecer la base estructural horizontal de la APS, abordando sus principales áreas. Fortalecer la gestión local de salud y su coordinación e integración efectiva en la red sanitaria pública, lo que permita desarrollar y afianzar el nuevo modelo de atención. Asimismo, es imperioso adecuar el financiamiento a través del per cápita y los recursos humanos apropiados para la tarea propuesta.

Referencias bibliográficas

- Asociación Chilena de Municipalidades**, 2009. Estudio Diagnóstico de la Situación de Gestión de Salud en las Entidades Administradoras e Identificación de Buenas Prácticas Locales. Alcalá Consultores Asociados Limitada para la Asociación Chilena de Municipalidades. Santiago: ACHM.
- Borrell, R.M., Godue, C., García Dieguez, M.**, 2008. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. En: Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas (N°2). Washington: OPS.
- Casanova C.**, 2007. Análisis conceptual del requerimiento de actualización, ajuste y aumento del aporte estatal, en el contexto de la financiación capitada de la atención de salud municipal chilena, Santiago: Asociación Chilena de Municipalidades.
- Duarte, D.**, 1995. Asignación de recursos per cápita en la atención primaria. Cuadernos de Economía. Pontificia Universidad Católica de Chile, 32 (95), 117-124.
- Gruen, R.L., Weeramanthri, T.S., Knight, S.S., Bailie, R.S.**, 2003. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. N°: CD003798.
- Instituto Libertad**, 2008. Diagnóstico y propuestas para el Sistema de Atención Primaria de Salud Municipal. Informe Especial XIX (191).

- Macinko, J., Starfield, B., and Shi, L.,** 2003. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38, 3.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL),** 2005. Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de gestión de la Red Asistencial. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL),** Departamento de Formación y Capacitación. Contexto y Orientación en la Políticas de Capacitación y Formación del Personal de los Servicios de Salud y de la Atención Primaria Municipal 2006-2010. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud de Chile - Banco Mundial,** 2010. Estudio de Brechas de Oferta y Demandas de Médicos Especialistas en Chile. Colaboración Técnica, Banco Mundial, Gobierno de Chile. Santiago: MINSAL.
- Montero, J., Rojas, M.P., Castel, J., Muñoz, M., Brunner, A., Sáez, Y., Scharager, J.,** 2009. Competencias Médicas Requeridas para el Buen Desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Revista Médica de Chile*, 137: 1561-1568.
- Montero J., Vargas V., Poblete F., Torche A.,** 2008. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. En: *Camino al Bicentenario: Propuestas para Chile*. Santiago: Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile, 73-94.
- Montero, J., Muñoz, F., Rosselot, E., Valdivieso, V., Barna, R.,** 1996. La medicina general en la organización médica actual. *Revista Médica de Chile*, 124(8), 1006-14.
- Organización Mundial de la Salud (OMS),** 2008. The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now more than ever. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS),** 1978. Declaration of Alma-Ata. USSR: WHO.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS),** 2007. La renovación de la atención primaria de salud de las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, USA: OPS/OMS.
- Pontificia Universidad Católica de Chile y Consorcio Universitario en Salud y Medicina Familiar Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH),** 2009. Análisis diagnóstico de la gestión municipal en entidades administradoras de Salud. Informe Final, Consultoría de Procesos Desarrollo Análisis FODA 15 Municipios.
- Román, O., Pineda, S., Señoret, M.,** 2007. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Revista Médica de Chile*, 135: 1209-15.
- Starfield B., Shi L.,** 2002. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60, 201-218.
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J.,** 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83 (3), 457-502.
- Vargas, V., Poblete, S.,** 2006. Incrementar la Equidad en Atención Primaria: Revisión de la Fórmula Per Cápita. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7 (2), 76 - 83.
- Zuleta, S.,** 2008. Evolución de los aportes financieros centralizados a la APS. En: *Simposio Fortalecimiento del Sistema Per Cápita*. 2-3 abril 2008. División de Atención Primaria Ministerio de Salud Chile, Santiago. 70-94.
- Zuleta, S.,** 2010. Información personal desglosada del presupuesto de Salud. Ministerio de Salud de Chile, Santiago.

www.uc.cl/politicaspublicas

politicaspublicas@uc.cl



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 324, piso 3, Santiago.
Teléfono (56-2) 354 6637.

SEDE LO CONTADOR

El Comendador 1916, Providencia.
Teléfono (56-2) 354 5658.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC

- Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho
- Facultad de Educación • Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina