

## PROPUESTA DE UN PLAN DE ATENCION PRIMARIA PARA EL GOBIERNO DEL PRESIDENTE AYLWIN

*Dr. Roberto Belmar \**

### **Diagnóstico de situación del primer nivel de salud en el gobierno anterior.**

Las actividades de salud desarrolladas en la administración de salud anterior estaban caracterizadas por:

a. Actividades de tipo de primer nivel de salud, orientadas preferentemente a la recuperación de la salud, enfatizando la acción reparadora del médico por sobre la acción integral y comprensiva del equipo de salud.

b. Primer nivel de salud desarticulado del sistema de salud. Este primer nivel fue desconcentrado del Ministerio de la Salud al Ministerio del Interior, en el proceso de municipalización; donde la orientación técnico-profesional fue reemplazada por el manejo político contingente de la atención primaria.

c. Financiamiento del sistema municipal, a través de la Facturación Prestada Municipal —FAPEM—, el cual:

— Preferencia sólo el manejo de la morbilidad.

— Establece aranceles mayores para la acción curativa del médico y despreferencia la educación en salud, prevención y manejo de riesgos.

— Proporciona recursos insuficientes, que son sólo un 50% a 60% de los necesarios para cumplir medianamente las acciones de este primer nivel.

— Desincentiva la capacitación y el trabajo de equipo.

— Determina que se busque aumentar los recursos a través de mantener bajos salarios del personal y ausencia de beneficios de bienestar a este personal.

Todo lo cual redunda en tres grandes problemas de este primer nivel:

#### **1.- Insuficiente acceso al sistema de salud por:**

- Inaccesibilidad económica de la población
- Inaccesibilidad horaria
- Inaccesibilidad por falta de recursos humanos
- Inaccesibilidad geográfica

#### **2.- Ausencia de capacidad resolutoria por:**

- Ausencia de capacitación del personal para mantener un alto nivel profesional.
- Presupuesto para farmacia e insumos insuficientes con sólo 50% de lo estrictamente necesario.

— Falta de tecnología y recursos para establecer diagnósticos precisos a nivel primario.

— Descoordinación del nivel secundario para obtener allí la capacidad resolutoria.

— Falta de supervisión del Ministerio de Salud, a través de las Direcciones de Atención Primaria, para asegurar el nivel técnico eficaz.

**3. Personal de la Atención Primaria Municipalizado**, que fue traspasado sin consulta, con pérdida de la carrera funcionaria, de los beneficios de personal y sin adquirir los derechos de la carrera municipal. Se agrega a esto que los sueldos:

- Han ido perdiendo su capacidad adquisitiva.
- Cada profesional está “entrampado” en cada municipalidad sin posibilidad de incremento regulado de sus ingresos.

---

\* Jefe Unidad de Atención Primaria. División de Programas de Salud, Ministerio de Salud.

- Sueldos muy desiguales que dependen del capricho del alcalde.
- Imposiciones sólo del sueldo base, con el correspondiente daño en el nivel de jubilación.
- Alta rotación del personal profesional por las razones antes mencionadas.

### **Propuesta de Atención Primaria de la Administración Aylwin**

La proposición de la Administración del Presidente Aylwin es no sólo mejorar y resolver los problemas de accesibilidad y falta de capacidad resolutoria de este primer nivel de salud, sino que realmente desarrollar la verdadera atención primaria. Esta Atención Primaria se define como:

El proceso participativo, descentralizado intersectorializado para **mejorar integralmente la calidad de vida** de todos los habitantes del país; dándole en este proceso, la primera prioridad a **los pobres y sectores postergados**. En esta Atención Primaria se priorizan los conceptos de desarrollo social, gestión participativa, mantención de la salud, prevención y control de riesgos, autocuidado e integración de los tres niveles del sistema de salud.

#### **Objetivos generales**

— **Mejorar la calidad de vida de los chilenos**, donde el Estado asegura el derecho al acceso a la salud a la población en general, dándole primera prioridad a los sectores de extrema pobreza.

— **Hacer de la atención primaria una estrategia de desarrollo para coayudar a elevar el nivel de vida de la familia y lograr reestructurar el sistema de salud para alcanzar esta nueva visión de la salud.**

#### **Objetivos específicos**

Estas dos grandes aspiraciones, de construir una real Atención Primaria y de hacer el primer nivel de salud más accesible y resolutivo, determina que en el período de cuatro años de la presente administración se deba alcanzar objetivos singulares para cada una de las áreas definidas, en forma progresiva, tanto en la complejidad de los logros a alcanzar como en el proceso de aumento de la cobertura, desde los sectores más desposeídos hacia los más afluentes.

**Para crear una real Atención Primaria**, los objetivos a alcanzar son:

**1.- Lograr la participación social** en la atención primaria, con el desarrollo de procesos locales

donde las organizaciones sociales se incorporen a la gestación de mejorar la calidad de vida.

**2.- Hacer una real descentralización e intersectorialidad** a nivel comunal el desarrollar los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que en su ubicación a nivel de la comuna se traducirían en los Sistemas Comunales de Salud (SICOS).

**3.- Preferenciar en las acciones de Atención Primaria la educación en salud, prevención y el control de riesgos en salud.**

**4.- Motivar** y capacitar al equipo de atención primaria para desarrollar en conjunto con la población, esta verdadera Atención Primaria, donde temas como salud mental, protección del medio ambiente, gestión participativa y técnicas de comunicación son importantes.

**5.- Definir, desarrollar y validar los nuevos modelos y componentes de la Atención Primaria, como:**

5.1.- Su orientación en **medicina familiar**.

5.2.- Incorporación de la **salud mental** integrada a la Atención Primaria.

5.3.- Asegurar la **eficiencia** del uso de los recursos en Atención Primaria.

**6.- Mejorar la supervisión** e integración al sistema de la Atención Primaria:

6.1.- Dotar, capacitar e incentivar las Direcciones de Atención Primaria —DAP—. Crear a nivel de las DAP además de las estructuras actuales, aquellas que aseguren la incorporación de la salud mental y de cuidado del medio ambiente.

6.2.- Crear estructuras —Comisión de Salud Integral— entre el nivel primario y el nivel de cuidados cerrado (hospitales) para mejorar la integración del sistema de salud.

**Para mejorar el primer nivel de salud**, los objetivos específicos a alcanzar son:

**7.- Mejorar la accesibilidad:**

7.1.- Eliminar las barreras económicas al lograr que la Atención Primaria sea sin costo directo —gratuita—.

7.2.- Ampliar el horario de atención en los consultorios para dar accesibilidad horaria con creación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia —SAPU— y Terceros Turnos.

7.3.- Dotar de recursos humanos para eliminar barrera de falta de recurso humano suficiente.

7.4.- Distribuir estratégicamente unidades móviles y construir nuevos establecimientos de Atención Primaria para lograr mejor accesibilidad geográfica.

7.5.- Distribuir ambulancias y medios de transporte para dar acceso a la población a los establecimientos de salud.

7.6.- Dotar de comunicaciones (teléfonos, radios, fax) a los establecimientos rurales.

#### 8.- Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria:

8.1.- Capacitar al personal de los equipos de Atención Primaria.

8.2.- Dotar a los consultorios municipales de eficaces y suficientes medicamentos e insumos.

8.3.- Dotar a los consultorios municipales de recursos o servicios rápidos y eficaces para el diagnóstico.

### Estrategias para los cuatro años de la Administración

Para lograr los objetivos de la Atención Primaria en la Administración del Presidente Aylwin, en su período de cuatro años, se han establecido las siguientes estrategias generales:

a. Sistema Comunal de Salud (SICOS). En cada comuna del país se desarrollará la integración de los subsistemas de salud estatal (municipal), privado y solidario con los otros sectores que también participan en mejorar la calidad de vida, como los otros Ministerios, la industria y el agro, las Organizaciones No Gubernamentales y sobre todo los representantes democráticamente electos de las organizaciones sociales (Juntas Vecinales, etc.). La expresión de este Sistema es la creación del **Consejo Comunal**.

Este Sistema permitirá que el Ministerio de Salud pueda normar y supervisar mejor el adecuado uso de los recursos y cumplimiento de las normas del Ministerio de Salud. En estos SICOS se propenderá a incorporar las ONG en el proceso integrado de la Atención Primaria, a través de convenios, asignación de recursos para tareas específicas, actividades integradas o acciones coordinadas.

b. Se procederá a focalizar las acciones de la Atención Primaria en los grupos de extrema pobreza ubicados en tres tipos de comunas:

— **Comunas urbanas metropolitanas**, población mayor de 150.000 personas (10 áreas metropolitanas, 41 comunas).

— **Comunas urbanas ciudades intermedias**, población de 150.000 a 30.000 personas (44 ciudades).

— **Comunas rurales**, población de menos de 30.000 personas (249 comunas rurales).

En estudios realizados se han identificado los grupos de pobreza y daño en salud, lo que ha permitido establecer el orden de prioridad de estos tres grupos, para la sucesiva implementación de las medidas de Atención Primaria, desde las comunas con mayores daños socioeconómicos y biomédicos.

c. En cada municipalidad urbana se propenderá al desarrollo de un consultorio de 24 horas con capacidad resolutoria —SAPU—, coordinados con 2 a 3 consultorios con extensión horaria —Terceros Turnos—. Todos estos consultorios estarán dotados de personal, medicamentos e insumos suficientes.

d. Se harán las modificaciones legales para reemplazar el FAPEM por recursos suficientes de acuerdo a la población asignada —**asignación per cápita**— e indexados de acuerdo a los daños socioeconómicos y biomédicos, donde existan los recursos necesarios para adecuar los sueldos a las reales necesidades de los funcionarios. Estas medidas de personal irán asociadas al desarrollo de una carrera funcionaria única.

e. Se dividirá el período de cuatro años en semestres, a partir del 1° de Julio de 1990.

En el **primer semestre** (1/7 a 31/12) se desarrollarán medidas de urgencias que corresponden al Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, que está focalizado en las más dañadas 24 comunas urbanas metropolitanas y 104 comunas rurales del país (ver Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria).

En el **segundo semestre** (1/1 a 30/6). Se consolidarán las medidas de reforzamiento en las comunas antes identificadas y se agregarán las peores 23 comunas de las ciudades intermedias. Además se agregarán 10 comunas urbanas metropolitanas, 25 comunas rurales y así sucesivamente en los semestres siguientes de acuerdo al próximo cuadro:

NUMERO DE COMUNAS POR SEMESTRE EN COMPLETAR MODELO

COMUNAS	SEMESTRES					
	91	1991		1992		1993
	2Sem	1erSem	2doSem	1erSem	2doSem	1erSem
Metropol.	24	5	5	4	3	
Urbana		23	5	6	5	6
Rural	104	50	40	35	20	

e. Se desarrollará una estrategia de **comunicaciones** que promoverá el desarrollo de una revista de la Atención Primaria, la creación de un Centro de Documentación en Atención Primaria, una biblioteca de videos educativos y un uso de la media para informar y educar a la población en los principios y nuevas acciones de la atención primaria.

f.- **Salud Mental** es un área de alto daño donde es necesario establecer acciones o proyectos para resolver los problemas de salud mental que determinaron la experiencia chilena anterior en áreas de los derechos humanos, abuso de substancias y angustia o temores de tipo colectivo, tanto para la población general como para grupos de alto riesgo como los adolescentes. Los daños en salud mental, en el área de los derechos humanos no sólo se centran en aquellos que han estado en situaciones directas sino toda la comunidad.

g. Se desarrollará el concepto del **área de validación**, lugares donde cualquier modelo a imple-

mentar a nivel nacional debe ser primero validado, evaluada su eficacia y establecido su costo-beneficio para poder ser implementado universalmente.

h. Se introducirá la capacitación de los profesionales en las técnicas de la **medicina familiar**, estableciéndose un modelo tentativo para ser evaluado y normado en las áreas de validación de esta modalidad en Calera de Tango, Araucanía y Quillota.

i. Se establece la necesidad de disponer de expertos y asesoría que permita el apoyo para las áreas de validación, los proyectos específicos y la evaluación de los distintos componentes del Plan.

j. Se incorporará en las actividades de la Atención Primaria los conceptos de protección del medio ambiente y promoción del concepto de prevención de la contaminación de agua, aire y suelo.