

Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. Artículo de opinión y análisis

Strong Primary Care, history, current diagnosis and proposals for Chile

Camilo Bass ¹

RESUMEN

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos, una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad en salud. En 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio, por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. En 1952 se promulga la Ley que establece el Servicio Nacional de Salud, organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias.

Durante el mes de septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, estableciendo la Declaración de Alma Ata. 25 años después, la Organización Panamericana de la Salud, adopta una Estrategia Renovada para la Atención Primaria, y en el 2008 la Organización Mundial de la Salud redacta el Informe sobre Salud en el Mundo “*La Atención Primaria de Salud, Más necesaria que nunca*”.

La actual reforma en salud de Chile planteó situar a la Atención Primaria como el eje central del sistema. Sin embargo, a pesar de estas intenciones declaradas y de que han aumentado progresivamente los recursos destinados al primer nivel de atención, en la práctica existen problemas no abordados que amenazan el éxito de este proceso y que mantienen bajos niveles de satisfacción usuaria, así como de control de enfermedades crónicas.

El siguiente artículo tiene como objetivo, revisar la historia de la APS, su desarrollo en Chile, establecer un diagnóstico actual y realizar propuestas de profundización de esta estrategia.

Palabras clave: *Atención Primaria de Salud, Recursos Humanos, Participación de la Comunidad.*

SUMMARY

Chile has a long tradition of development in the field of health. During the 19th century, the town was organized in Mutual Relief Societies, an alternative expressly opposed to charity in health. In 1924 the Compulsory Labor Insurance Law was passed, by which employers and workers had to impose monthly to a solidarity fund of illness and disability. In 1952, the Law that establishes the National Health Service, a public body in charge of carrying out all sanitary actions, was enacted.

During the month of September 1978, the International Conference on Primary Health Care was held, establishing the Declaration of Alma Ata. 25 years later, the Pan American Health Organization adopted a Renewed Strategy for Primary Care, and in 2008 the World Health Organization drafted the World Health Report “Primary Health Care, More Necessary than Ever”.

The current health reform in Chile proposed placing Primary Health Care as the central axis of the system. However, in spite of these stated intentions and that resources destined to the first level of attention have progressively increased, in practice there are problems that are not addressed that threaten the success of this process and which maintain low levels of user satisfaction, as well as control of chronic diseases.

Recibido el 16 de julio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

¹ Médico de Familia, Vicepresidente Consejo Regional Santiago (Colegio Médico de Chile), Magíster en Salud Pública y en Administración de Salud. camilobass@yahoo.com

The following article aims to review the history of PHC, its development in Chile, establish a current diagnosis and make proposals to deepen this strategy.

Keywords: *Primary Health Care, Human Resources, Community Participation.*

LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En el mes de septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), estableciendo la Declaración de Alma Ata (1). Esta describe que la APS debe entenderse como parte integrante del sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo que incorporar promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, además de integrar a otros sectores de la vida nacional y privilegiar la más alta participación de personas y de comunidades. Se considera que la APS es parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

25 años después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adopta una Estrategia Renovada para la APS(2), debido a nuevos desafíos epidemiológicos, desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS, además del reconocimiento como una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.(3)

El Informe sobre Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) año 2008, *“La Atención Primaria de Salud, Más necesaria que nunca”*, propone que los países basen sus decisiones relativas al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas (cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo). En este sentido las reformas se consideran necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.(4)

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (5), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Su objetivo primordial era dar solidaria protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de seguridad social fundado sobre el

ahorro de sus asociados. En el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó el compromiso del Estado de proporcionar atención a los trabajadores. En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Este desarrollo de la seguridad social en salud, llevó a realizar propuestas relacionadas con lo que posteriormente sería definido como APS. Ejemplo de ello se puede encontrar en el *“Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964”*, elaborado por el Grupo de salud de la Oficina Central de Planificación de la candidatura presidencial del Dr. Salvador Allende (6). En este documento se establece el concepto de Atención Integral como *“una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa.”*

Posteriormente, como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura, se realizaron reformas neoliberales, que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron el sector privado. Desde 1981 se concretó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (7). En relación a esta medida, Salinas (8) refiere que habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados. Por otra parte, se produce la autonomía de una porción de la salud del Gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.

El Ministerio de Salud (Minsal) realiza el año 2003 (9) una descripción de la situación de los consultorios, refiriendo que no cuentan con la

capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de atención, afectando la impresión de la población sobre su confiabilidad y generando problemas de trato del personal hacia los usuarios. Para enfrentar esta situación, el Minsal postula que en APS debe desarrollarse el Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar y Comunitario (MAIS).(10)

Este modelo fue impulsado junto a la última reforma de salud, la que releva el rol de la APS y le atribuye una alta responsabilidad en los cambios del modelo de atención del sistema en general. Sin embargo, Montero (11) refiere que la reforma no consideró los problemas que afectaban crónicamente a la APS, y que *“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.”. Enfatizando que esta situación “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.”.*

Por tanto, a pesar de las intenciones declaradas en la reforma, implementada desde hace más de trece años, de situar a la APS como el eje central del sistema de salud y de que han aumentado progresivamente los recursos destinados a este nivel de atención, en la práctica existen problemas no abordados que amenazan el éxito del proceso y el logro de la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020 (12). Consistente con esta situación se encuentra la falta de avances en el desarrollo del MAIS (13), lo que provoca una insuficiente respuesta a las necesidades y expectativas de la población. Manteniéndose bajos niveles de satisfacción usuaria, así como de control de enfermedades crónicas (14,15).

PROPUESTAS PARA DESARROLLAR UNA APS FUERTE PARA CHILE

A nivel macro, Chile no cuenta con un sistema robusto de salud, sino con uno público y otro privado, con lógicas divergentes, lo que produce una situación de franca discriminación entre un segmento pequeño de población con mayores recursos económicos y gran parte de la ciudadanía de menores recursos.

En lo que respecta a la APS (más de un 90% bajo gestión municipal) no ha logrado superar los

problemas fundamentales presentes desde este origen administrativo, que se traducen en inequidad en el acceso e insuficiente resolutivez de sus servicios para la población potencialmente usuaria de ella. Por otra parte, tampoco cuenta con la dotación necesaria de profesionales para cumplir los programas y normas técnicas ministeriales.

Para enfrentar estos problemas, se requiere una profunda transformación del sistema de salud chileno, con una provisión de servicios de calidad en la red asistencial pública, que resuelva efectivamente los problemas de salud de la población en todos sus niveles. El Sistema de Salud debe orientarse desde una perspectiva multisectorial, considerando el enfoque de los determinantes sociales de salud, para resolver de forma integral los problemas presentes en el estado de salud de la población, con una APS fuerte.

Se debiera avanzar hacia la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud con énfasis en APS, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, como: primer contacto; cobertura y acceso universal; atención integral, integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptimas; orientación familiar y comunitaria; y acción intersectorial, entre otros. (16)

Por estos motivos, urge una verdadera refundación del sistema sanitario chileno. Una reforma profunda a las bases del sistema, entre los que debieran estar los siguientes principios:

1. Salud como un Derecho Universal.
2. Fortalecer la Salud Pública.
3. Financiamiento Solidario.
4. Democratización y Participación.

La APS debe ser realmente el pilar fundamental del sistema, siendo imprescindible mejorar su financiamiento y gestión, para revertir la escasez de personal, de capacidad diagnóstica y terapéutica, entre otros aspectos relacionados con su labor.

FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN

El Minsal ha reconocido el insuficiente presupuesto que aporta para las prestaciones correspondientes al MAIS. Por lo que para lograr el objetivo de dar respuesta a la mayor parte de los problemas de salud de los usuarios del sistema, la APS requiere contar con los recursos suficientes (para el año 2018 U\$ 10 per cápita basal mensual), además de mecanismos de financiamiento y gestión adecuados.

Además, se debe valorar la pertinencia de mantener la administración de la APS en manos de los municipios. Ya que se evidencia poco avance en la solución de problemas que aquejan a la APS desde la municipalización. Al respecto se debiera realizar una evaluación nacional que permita determinar las comunas que se encuentran en condiciones de continuar gestionando la APS y las que debieran traspasarla a los Servicios de Salud.

También, se deben reevaluar las actividades de la APS, reformulando y ampliando las prestaciones, incorporando acciones de prevención y promoción de salud, así como mejoras a la capacidad resolutoria (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico), solucionando aspectos clínicos y de salud pública para lograr una APS fuerte.

Por otra parte, se requiere mejorar la coordinación que existe entre los distintos niveles de atención, para optimizar el trabajo de la red de salud. Así como también articular la red intersectorial.

RECURSOS HUMANOS PARA LA APS

Se debe avanzar en la construcción de una política integral de desarrollo del recurso humano de la APS para mejorar la calidad de la atención que se brinda a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos y otros trabajadores de salud en el primer nivel de atención. Estableciendo un estándar de 1 médico por 2.000 personas a cargo con longitudinalidad.

Para lo anterior, se pueden considerar las propuestas del Marco Estratégico para la mejora de la APS en España (17), que plantea las siguientes condiciones para mejorar la participación y el desarrollo profesional: favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de APS, incentivar el desarrollo de las actividades de investigación en los equipos, aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral, incentivar el trabajo de los equipos en comunidades con mayor riesgo social y sanitario, promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros.

Debido a la complejidad biopsicosocial de los problemas que se atienden en la APS, se necesita de especialistas con competencias específicas para trabajar efectivamente en este nivel de atención. Los médicos especialistas en medicina familiar, 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 resolutoria. (18)

PARTICIPACIÓN

En la APS, la interrelación entre la comunidad y los integrantes de los equipos de salud es muy relevante para el éxito de la implementación y desarrollo de las políticas de salud a nivel local. En este sentido, cobra importancia la sinergia que se puede producir en la interrelación de los trabajadores con la ciudadanía, siendo un factor importante al preocuparnos por la satisfacción de los usuarios como co-responsables del cuidado de su salud. Estos actores deben contar con mecanismos efectivos de participación vinculante en la toma de decisiones y de fiscalización de la utilización de los recursos en salud, buscando una gestión triestamental a nivel de toda la Red.

Por lo tanto y en la misma línea de las condiciones generadas en países que se caracterizan por contar con una APS de calidad, con altos niveles de resolutoriedad y de satisfacción usuaria, así como por la necesidad de avanzar en la construcción de una estrategia que sea acorde con los requerimientos de la población chilena. Estas propuestas van en el camino de terminar con la inaceptable desigualdad en el nivel y calidad de vida, así como con la exclusión social, que golpea a la mayoría de la población y genera una gran herida en el pueblo chileno.

REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata, Conferencia internacional de atención primaria de salud. 1978.
2. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: OPS; 2003.
3. Organización Panamericana de la Salud. La 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. Washington, D.C.: OPS; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008, La atención primaria de salud Más necesaria que nunca; 2008.
5. Ilanes, María Angélica, La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. POLIS, Revista Latinoamericana [en línea] 2003, 1 (invierno) : [Fecha de consulta: 13 de enero de 2018] Disponible en:<<http://>

www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514> ISSN 0717-6554

6. Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende. Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964. 2ª edición, Cuadernos Médicos Sociales, Suplemento 1; 2006, p.34.

7. Bustos, R. La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Colegio Médico de Chile; 1998.

8. Salinas, H., Lenz R. Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso. Editorial Andros. Santiago de Chile. 1999.

9. Ministerio de Salud. Transición hacia el Modelo de Atención en Redes. Chile. 2003.

10. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral-familiar-comunitario y redes asistenciales. Unidad Modelo de Atención, Departamento de Atención Primaria, División de Gestión de la Red Asistencial. Chile. 2004.

11. Montero, J, Téllez, A, Herrera, C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2010.

12. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Chile. (Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>).

13. Ministerio de Salud. Manual de Apoyo

a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Salud. Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile. (Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>).

14. 12º Encuesta anual Percepción de la Población Pobre de Santiago sobre la Atención de Salud en Chile. Escuela de Administración y Economía Universidad Católica Silva Henríquez.

15. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2010. Chile. (Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>).

16. Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).

17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP-21, Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. España. 2007.

18. Montero, J, Téllez, A, Herrera, C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile. 2010.