

La atención primaria de salud en Chile y el papel de los médicos. Nuevos objetivos en el año 2010

Primary health care in Chile and the role of physicians. New objectives in 2010

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Resumen

La evolución de la atención primaria de salud en Chile, con especial referencia al rol de los médicos en ella, es presentada a través de documentos que van desde el año 1942 hasta el presente. De esta cuenta se deduce que la atención organizada en torno a equipos que incluían a médicos especialistas se desintegró con las reformas de 1979 en adelante, comprendida en ellas la municipalización de la atención primaria. Desde 1990 hasta el año 2007, la preocupación del gobierno se dirigió, en medio de severas dificultades, a recuperar una cantidad suficiente de tiempo médico para atender la demanda espontánea y a introducir algún ordenamiento en este proceso. En el camino se perdió la especialización, la relación médico-paciente y la integración médico-equipo, así como la capacidad de resolver problemas de salud individuales y colectivos y la vinculación entre consultorios y hospitales.

Desde 2008 el Ministerio y varias Universidades y Municipalidades están ejecutando un Programa de Formación de Especialistas Básicos para la Atención Primaria Urbana, del cual se ha dado cuenta en otras publicaciones. Uno de los productos del Programa ha sido una comprensión más profunda y detallada de los problemas que hay que resolver para centrar la atención en las personas, las familias y la comunidad. Se presentan los objetivos específicos que sería deseable cumplir en la etapa actual, junto con indicadores que permitirían evaluar su cumplimiento.

Palabras clave: atención primaria; rol de los médicos; programa de formación médica para la atención primaria; indicadores para la evaluación.

Abstract

The stages through which primary health care (PHC) has gone in Chile are described on the basis of documents dating from 1942 onwards. Initially, PHC was provided by teams that included medical specialists. In 1979, municipalization of PHC and other reforms of the public system of health care took place, the teams were disintegrated and the place of specialists was occupied by general practitioners. The latter did not belong in the tradition of the Chilean medical institutions. Between 1990 and 2007 the Ministry of Health was mainly concerned with recovering the number of doctor-hours required in order to face the spontaneous demand of the (uninformed) population, and with preventing the formation of queues at an early hour outside the clinics. During these two stages both the doctor-patient relationship and the doctor-team relationship were lost, as well as most of the problem solving capability of PHC (reflected in the increasing utilization of emergency services) and the nexus between the peripheral clinics and the hospitals. Primary Care was isolated in the system and its doctors were isolated in PHC.

Since 2008 the Ministry and several universities and municipalities are implementing a Post Graduate Educational Program aimed at generating Specialists in Internal Medicine, Pediatrics, Obstetrician-Gynecologists and Psychiatrists during six years; the students work half time in PHC clinics of the corresponding areas. This Program is described elsewhere. One of its outcomes is a deeper and more precise understanding of the problems to be solved in order to truly place people and their families and communities at the centre of primary care and of the entire public care system.

The relevant specific objectives for the current stage –with its emphasis on quality – are presented, together with indicators for evaluating the Program.

Key words: Primary care; the role of physicians; medical training program for primary care; indicators for the evaluation of the training program

Recibido el 06 de agosto de 2010. Aceptado el 26 de agosto de 2010

¹ Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Miembro de la Comisión Coordinadora del Programa de Formación de Especialistas Básicos para la APS. Santiago, Chile. Correspondencia a: carlerne@gmail.com.

ANTECEDENTES

El Sistema de Atención de la Salud en Chile ha tenido características que son muy propias del país. Con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, culminó una historia de protección social de la salud que adquirió importancia real desde la instalación de la Caja de Seguro Obligatorio y el Ministerio de Salud en 1924. La más reciente iniciativa en pro de la efectividad y equidad del sistema, el Programa de Formación de Especialistas para la Atención Primaria de Salud Urbana, es una innovación implementada por el Ministerio de Salud y la mayoría de las Facultades de Medicina. Si bien la especialización de los médicos de los consultorios era una tradición arraigada en nuestra cultura, ésta se perdió en los últimos decenios y hoy algunos se preguntan si no resulta contradictorio el preparar médicos especialistas para dar atención de primera línea; o si no es un derroche el que los médicos dediquen parte de sus esfuerzos a labores de promoción, prevención y acción comunitaria y familiar en vez de atender la máxima proporción posible de aquella demanda espontánea que acude sin orientación a los consultorios. Suele pesar hoy más la imagen del médico general inglés o norteamericano que nuestra propia historia, a la cual debemos los éxitos de salud pública de los que podíamos enorgullecernos hasta hace pocos años.

Por estas razones hemos querido investigar y presentar los hechos que jalonan la evolución de nuestra atención primaria, hasta engazarlos con los primeros resultados del nuevo programa de formación de médicos para la primera línea de atención en el sector público de salud.

OBJETIVOS

1. Identificar los problemas específicos encontrados en la organización local de la atención de salud de la capital y que explican por qué esta atención es poco resolutive, no satisface a la población, no es equitativa y se da con casi total desvinculación de la función de los hospitales.
2. Proponer cuales son los principales indicadores que permiten identificar aquellos problemas y que servirán para evaluar el progreso alcanzado en su solución.

3. Explicar la forma en que el déficit cualitativo actual de la atención médica primaria sucede a etapas intermedias de déficit cuantitativo y organizacional que ha sido necesario vencer desde 1990 hasta ahora.

MÉTODO

Se identificaron y utilizaron fuentes documentales que permiten trazar la evolución de la atención primaria en Chile y del lugar de los médicos en ella, hasta llegar a la instalación de un programa que forma médicos en las especialidades básicas y los destina parcialmente al trabajo en Consultorios. Al iniciar este Programa con la Universidad de Chile se seleccionó un grupo de 17 indicadores para la evaluación del mismo. Los propios médicos participantes han identificado las fuentes de información y han elaborado la presentación de los primeros resultados.

La primera cohorte de 26 médicos ha tenido dos y medio a tres años de participación en cuatro consultorios; la segunda, compuesta por 40 médicos, ha trabajado un año y medio en relación con otros cuatro consultorios. De la tercera cohorte, formada por 49 profesionales, la mitad ha trabajado 4 meses en otros 7 consultorios.

Los grupos presentan sus trabajos en reuniones quincenales, en las cuales se discuten las conclusiones, junto con el o los docentes.

Los coordinadores del Programa, especialistas en Salud Pública, han formulado la primera síntesis de los hallazgos, en la forma en que aquí se presentan.

La información contenida en los indicadores se actualiza anualmente, de modo de llegar a obtener series que permitan evaluar la efectividad del programa en su conjunto, así como la de acciones específicas.

RESULTADOS

Los comienzos de la Atención de Primera Línea en las ciudades

El Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio creó en los años 20 y 30 del S. XX sus propios policlínicos y Casas de Socorro, con los que se configuró un sistema nacional de cuidados de salud de primera línea, dirigido a los trabajadores afiliados y, en

parte, a sus familias. Antes habían existido pequeños establecimientos: algunos, municipales, otros; de las Mutuales de trabajadores y otros, de carácter filantrópico, como las Gotas de Leche.

A partir del terremoto de 1939, comenzó en Chillán una tendencia integradora que a fines de los años 40 cristalizó en la creación de las Unidades Sanitarias (Antofagasta, Quinta Normal, Valparaíso, Independencia, San Miguel). Las Unidades Sanitarias dependieron del Servicio Nacional de Salubridad y constituyeron después el núcleo de la atención urbana que el Servicio Nacional de Salud organizó desde 1953; entretanto, coexistieron con las unidades de atención organizadas por la Dirección de Protección de la Infancia y la Adolescencia. Moroder y López describieron las características de la atención materno infantil que se otorgaba en 1941 a la población general en Valparaíso y Viña del Mar. Estaba a cargo, principalmente, de tres Centros de la Caja de Seguro Obligatorio y, adicionalmente, de tres Centros de la Dirección General de Sanidad, con los cuales se completaba una cobertura del 55 % de la población de gestantes y de niños menores de dos años. En estos seis Centros atendían 15 pediatras y 7 obstetras. Los equipos se componían, además, de 12 enfermeras, 10 visitadoras, y 5 matronas. En los Centros del Seguro se consignaban además: 1 farmacéutico, 4 profesoras de labores y 14 secretarías. La atención era más regular y eficiente en el Seguro que en Sanidad y ello se atribuía a los beneficios adicionales que aquél aportaba: leche y medicamentos suficientes, y pequeños subsidios maternal y de lactancia. Como muchos otros, los autores concluían que "la atención sería mucho más eficaz si pudieran coordinarse o fusionarse los servicios existentes", aprendiendo de "los resultados ya obtenidos con la organización coordinada de la lucha antivenérea". Atribuyen al Dr. Gustavo Fricke la sugerencia de que las maternidades, que atendían casi el 100 % de los partos, dieran a los Centros periféricos o a un Fichero Central una cuenta diaria de los niños que nacen, con lo que se lograría una mayor cobertura y precocidad del control de los sanos (1).

La práctica de dotar a la atención urbana de primer nivel, con equipos de médicos especializados en la atención de niños o de adultos o de obstetricia y ginecología, junto con enfermeras, matronas y asistentes sociales, continuó en los decenios siguientes, a lo largo de toda

la existencia del Servicio Nacional de Salud. Desde recién recibidos, la mayoría de los médicos que no decidían dedicarse enteramente al hospital o a las ciencias básicas, optaban a hacer reemplazos en los consultorios como pediatras, internistas o ginecólogos. Algunos equipos incluían psiquiatras o psicólogos. La especialización era reconocida por los pares, a base de la experiencia hospitalaria, de los cursos de perfeccionamiento, de las publicaciones y de la práctica docente.

No se formaban generalistas en los hospitales y departamentos universitarios. Los únicos "médicos generales" eran aquellos que elegían practicar por su cuenta en barrios populares, y como no asistían regularmente a los hospitales, gozaban de muy poco prestigio en la profesión. Las personas más acomodadas solían tener un "médico de familia" que las atendía a lo largo de la vida; pero éstos eran siempre especialistas y en algunos casos tenían una alta jerarquía académica.

Después del Servicio Nacional de Salud

Vino el gobierno militar y, junto con la reducción del presupuesto del sector público de salud y la creación de seguros privados de salud, los consultorios del SNS fueron progresivamente municipalizados, a lo largo de la década 1980. Como consecuencia, los médicos dejaron de interesarse en trabajar en esos establecimientos. En los años 90 quedaban ahí los profesionales de colaboración médica, los médicos extranjeros atraídos por el mejor nivel económico relativo del país, y los médicos chilenos en tránsito hacia mejores oportunidades. Quedaba también un pequeño grupo de facultativos inspirados por el servicio a la población.

Desde 1990, vuelto el país a la democracia, el gobierno central se abocó a la tarea de recuperar los hospitales, cuya infraestructura estaba en terrible estado de deterioro. Al cabo de algunos años, se acudió a ordenar la atención municipalizada a través de tres medidas: la dictación de un Estatuto que lo reglamentó (Ley 19338); un mecanismo de financiamiento a través de una suma per capita corregida, y la creación de una instancia central dedicada a formular normas técnicas generales para el subsector. El Estatuto de Atención Primaria, promulgado en 1996, convirtió a la municipalización, que hasta entonces se basaba en Convenios anuales entre las Direcciones de Servicios de Salud y las

comunas en un fenómeno irreversible. Períodos cíclicos de bonanza económica han permitido a este sector subsistir, aunque con continuas quejas de parte de gran parte de las administraciones comunales, del personal y los usuarios.

Las evaluaciones sucesivas de la Atención Primaria

La evaluación de 1996

En el año 1996 el Ministerio licitó estudios para evaluar el estado de la APS. Los cuatro informes publicados revelan cómo los problemas a este nivel se concentraban en el déficit de atenciones por médicos. La concentración de consultas médicas se limitaba a 0.83 por habitante y la disponibilidad de horas médicas era de 70 en la semana por diez mil beneficiarios del sector público. La de otros profesionales alcanzaba a 235 horas semanales. Contrastaba con estos hechos el rendimiento de sólo 2,2 consultas médicas por hora contratada. De cada 100 consultorios municipalizados, sólo 21 tenían un director (a) médico. Hacía falta “comprar complejidad”, y los Municipios la procuraban contratando con especialistas “operativos de bajo costo”. No había “concepto de capacidad resolutive y no se encontraban registros de interconsultas ni de pedidos de exámenes” (2) Otro informe constataba la escasez de profesionales, especialmente, médicos. Ante ello, el ministerio promovía la creación de la “especialidad” de médicos de familia y logró que las Facultades de Medicina organizaran programas para ello. La norma citada es de 8 horas médicas diarias por diez mil beneficiarios y aún respecto a esta norma había un déficit de 30 % (2). La evaluación de percepciones, expectativas y satisfacción reveló que la sugerencia más frecuente de los usuarios era “más médicos”, y que los “no usuarios” afirmaban serlo porque “les gustaría tener su doctor” (2). El equipo encargado del tema “Especialistas y resolutiveidad” analizó 19 541 consultas de 15 establecimientos urbanos y rurales y halló que en 27 % de ellas se necesitó un especialista, es decir, que la capacidad resolutive de nuestra APS era del 73 %, en contraste con la vara de 90% establecida por el Programa de Investigación de Servicios del Banco Mundial. Esta necesidad chocaba con la escasez de cupos disponibles en los hospitales. La necesidad de especialistas se daba así: 17 por cien consultas para la atención de niños, 28 por cien para la

de adultos, 18 por cien para la atención de la mujer y 57 por cien en Odontología. Según las especialidades requeridas, en el caso de los niños el 21 % se hubiera referido a ORL, el 15 % a Oftalmología y el 11 % a Dermatología; para los adultos, la distribución habría sido de 13 % a Oftalmología, de 11 % a Traumatología, de 7 % a Psiquiatría, de 6 % a Ginecología y de 18% a especialidades de la Medicina Interna; las interconsultas de las matronas se hubieran dirigido en un 64 % a la especialidad de Obstetricia y Ginecología y en 8 % hubieran sido solicitudes de ecografía (2).

En relación a la población, la demanda observada (y no satisfecha) de especialistas llegaba a 0,28 por cada beneficiario; 0,32 en el caso de los niños y 0,26 en el caso de los adultos.

Los autores calcularon que la demanda virtual de consultas de especialista para la población beneficiaria del sector público, alcanzaba a 2 825 827 en el año 1992; y que responder a ellas con UNA primera consulta de especialista, supuesto un rendimiento de 24 consultas diarias, hubiera requerido al menos 500 especialistas para los programas infantil y del adulto. En cuanto a Obstetricia y Ginecología, la demanda expresada por las matronas equivalía a 6,5 consultas médicas anuales por cada 100 beneficiarios (2).

La evaluación de 1998

En un contexto diferente, y en 1998, otro departamento del Ministerio presentó la tendencia del número de actividades médicas (consultas y controles) en la Atención Primaria, registradas entre 1991 y 1996. Hasta 1995 hubo un descenso de un millón de actividades, equivalente al 10 % del volumen registrado en 1991, que fue de 10.401.025. Entre 1995 y 1996 hubo una “recuperación” de medio millón de actividades, las que llegaron a 9 826 098. La disminución en números absolutos se observó sólo para los programas del niño y el de la mujer; en el primer caso, la cifra bajó de 4.789.048 en 1991 a 3.848.891 en 1995 y 3.993.085 en 1996; y en el segundo, el descenso fue desde 610 482 en 1991 hasta 476.212 en 1995 y 437.872 en 1996. Las actividades para los adultos siguieron una tendencia horizontal entre 1991 y 1995 – alrededor de 5 millones anuales - y repuntaron moderadamente en 1996, a una cifra de 5.395.141 (3). El principal factor de este descenso

de las atenciones médicas en la APS fue la disminución de la población beneficiaria del sector público, la cual bajó de 9.414.000 personas en 1991 a 8.441.000 en 1995 y a 8.799.000 en 1996, en coincidencia con el incremento de los beneficiarios de los seguros privados de salud en ese mismo período (4). Como consecuencia, la concentración de actividades médicas en la atención primaria del sector público varió solamente de 1,105 por beneficiario en 1991 a 1,108 en 1995 y a 1,117 en 1996. Otro factor fue la disminución de la tasa de natalidad en un 14 %, desde 22,5 por mil en 1991 a 19,3 por mil habitantes, en 1996.

El estancamiento de las acciones médicas en los Consultorios de APS contrasta con el incremento de las consultas médicas en la Urgencia Hospitalaria en el mismo período, desde 6.364.786 a 6.800.103, es decir, desde 0,676 actos por beneficiario del sector público a 0,773. Tal como en el caso de los consultorios de APS, la tendencia al alza fue mayor para los adultos que para los niños y las beneficiarias del programa de la mujer. Esta evolución de las urgencias fue atribuida a una insuficiencia relativa de la atención primaria en cuanto a accesibilidad y horario de atención. Como compensación, se implementó una cantidad creciente de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), a partir de 1991; en 1996 otorgaron 1.813.371 consultas médicas. Al estar los SAPU concentrados en la Región Metropolitana, en ésta se pudo apreciar un efecto de reducción de las urgencias hospitalarias en un 20 % y también de la atención primaria médica, en un 4 % (3).

Las medidas del año 2000 y su evaluación en el 2002

En el año 2000, el Ministerio constataba la existencia de "filas a tempranas horas en establecimientos de atención primaria", "filas al interior de los establecimientos", esperas prolongadas y rechazos. Entre las causas se mencionaba el déficit de "recursos humanos profesionales, principalmente médicos y odontólogos", "la limitada infraestructura", y "problemas de gestión asociados principalmente con la organización y funcionalidad del Servicio de Orientación Médico Estadístico". Como respuesta, se implementó un "Programa de Mejoramiento de la APS". Éste constó de cinco medidas: dación de horas por teléfono; aumento de horas médicas con ampliación horaria y policlínicos

de selección rápida, con una meta de incrementar en 15 % las consultas de morbilidad; ampliación de la cobertura de atención dental; fármacos e insumos para las consultas adicionales; y proyectos locales de gestión de la demanda (5).

La evaluación de este Programa de Mejoramiento al cabo del año 2001 mostró que las consultas de morbilidad en APS subieron de 9.647.028 en 1999 a 11.928.425 en el año 2000 y a 13.874.026 en el año 2001: un aumento de 43,8 % en los dos años, muy superior al del período 1994-1999, que fue de 20,5 % en cinco años. La estrategia principal para lograr este incremento consistió en el financiamiento de extensiones horarias de médicos; estas existieron en 265 consultorios en el 2000 y en 483 consultorios en el 2001. La concentración de consultas médicas por habitante pasó de 1,02 a 1,17 en el año 2000 y a 1,34 en el año 2001. En este marco, se fijó una garantía de atención dentro de las 48 horas para los menores de un año y los adultos mayores, meta que se cumplió en 99 %. También mejoró la disponibilidad de fármacos y el incremento de atenciones odontológicas en la APS. Se incorporaron líneas telefónicas para solicitar hora en 264 consultorios urbanos (año 2001); pero su efectividad fue limitada. "Sin embargo, la mayor limitante del sistema fue la disponibilidad de horas médicas para la atención". El financiamiento del Programa fue de M \$12.230.000 en el 2001, y de esto, el 38 % correspondió a extensiones horarias de médicos (5).

El informe del Programa señala que hubo un rendimiento de 5 pacientes atendidos por hora médica. Finalmente, enfatiza la implantación de sistemas de agenda médica en el 94 % de los establecimientos, con horas escalonadas en el día y diferidas dentro de la semana. No hubo medición sistemática de la satisfacción de los usuarios, salvo por el Servicio de Salud Metropolitana Sur.

El estudio del año 2004

En octubre del año 2002, según datos del Departamento de Atención Primaria del Ministerio, había 62.841 horas semanales de médicos contratados por el Estatuto de Atención Primaria (Ley 19378); esta cantidad equivale a la mitad de los tres médicos (equivalentes de jornada de 44 horas semanales) requeridos para cada 10 mil beneficiarios inscritos en esa fecha en los consultorios del sector público según la norma establecida para la

ejecución del "Plan de Salud Familiar" propuesto en el proceso de reforma del sector, norma concordada ya desde la época del SNS y ratificada en los años 90 (6). El déficit estaba agravado por la alta rotación de los médicos. Más del 50 % de los médicos contratados por la Municipalidades eran extranjeros; en las comunas urbanas pobres, éstos superaban el 80 %.

El estudio del año 2008

Entre el año 2002 y el año 2008 la política del Ministerio permitió aumentar aquellas 62.841 horas semanales de médicos a 101.528 horas. Ello significó un incremento de 42 % de las horas por 10 mil beneficiarios, desde 60,85 a 86,48 horas semanales. Si se tomaba en cuenta además el tiempo médico empleado por los consultorios aún dependientes de los Servicios de Salud y la mitad del tiempo contratado en los hospitales de núcleos poblacionales pequeños ("hospitales 4"), el total de horas médicas en la Atención Primaria ascendía en el año 2007 a 148 928, equivalentes a 127 horas semanales por 10 mil beneficiarios, aproximadas a la norma de 132 horas, pero distribuidas en forma moderadamente desigual en el territorio. Tal contingente médico entregó 16.750.008 atenciones, lo cual, dependiendo de los criterios empleados para contratar reemplazos, significaba un rendimiento de entre 2,2 y 3 atenciones por hora. En el mismo año, la dotación de los SAPU era de 82.800 horas médicas semanales y su producción alcanzaba a 6.278.006 consultas, con un rendimiento de 1,46 atenciones por hora contratada (7).

El Informe del año 2009

Para el año 2008 (con datos hasta agosto, proyectados a diciembre) las atenciones médicas (morbilidad y controles) habrían llegado a una cifra de 16 664 224, sin variación respecto al 2007. Se proyectaba la continuación del aumento de consultas de los SAPU, hasta 6 808 880 (8). Las curvas de crecimiento de la cantidad de los otros profesionales y de los técnicos paramédicos mostraban una aceleración muy significativa a partir del año 2005 (8).

Los problemas de fondo. Las causas y los objetivos correspondientes

De las evaluaciones previas se desprende que los logros cuantitativos del último quinquenio, especialmente en

cuanto a dotación de médicos, eran absolutamente necesarios. Sin embargo, permanecían en la APS urbana del Sistema Público de Atención de Salud problemas de carácter más bien cualitativo, acerca de los cuales se había llamado la atención desde el decenio anterior pero que no se habían abordado frontalmente en la práctica.

Respecto al diagnóstico, ampliamente compartido, de aquellos problemas, se propusieron al Ministerio, en el año 2000, los siguientes "Objetivos de primer orden" para un plan de mejoramiento (9) más profundo que el que se adoptó en el momento:

- a) Aumentar el poder resolutivo o efectividad de la APS
- b) Vincular los niveles primario y hospitalario del sistema
- c) Aumentar la satisfacción de los usuarios y del público
- d) Mejorar la equidad del sistema

Entre los varios factores de la situación, se singularizó como uno de los más importantes la falta de interés de los médicos chilenos por ingresar a la APS y por permanecer en ella. Esta falta de interés se extendía a la posibilidad ofrecida de tomar becas ofrecidas en Medicina Familiar.

Esa falta de interés se debe, a la vez, a la ausencia de concordancia entre las condiciones y perspectivas de trabajo de los médicos en la mayoría de los centros de salud urbanos municipalizados, y las expectativas razonables de dichos profesionales.

La solución propuesta y en ejecución desde el año 2008

De manera congruente con lo anterior, la solución propuesta, cuya ejecución se inició en el 2008, consiste en crear un programa de formación y trabajo capaz de:

- a) atraer a los médicos egresados de las Facultades de Medicina del país mediante la conjugación de trabajo en APS, por una parte, y, por otra parte, especialización según los programas de especialidades básicas acreditados oficialmente, con la consiguiente experiencia hospitalaria. A ello se agregaron condiciones económicas consideradas

suficientes para los becados y también para los centros formadores;

- b) entregar a los médicos que se incorporan a la APS urbana la mayor capacidad resolutive posible ante los enfermos, y la mayor efectividad respecto al estado de salud y a la satisfacción de la población; y de
- c) convertir al programa en un vínculo suficiente entre el nivel primario y los hospitales.

Una vez puesto en marcha este "Programa de Especialistas Básicos para la APS urbana" (9), que se extiende por seis años, compartidos entre hospital y consultorio de APS, se planteó la incorporación a él de un proceso de formación, también regido por la Universidad, consistente en un conjunto de actividades de "investigación / evaluación" integradas en el propio trabajo de los médicos participantes en los centros de APS. Estas actividades son apoyadas por contenidos teóricos de Salud Pública que permiten su conceptualización progresiva a lo largo de los seis años que dura la experiencia, y que no excluyen la evaluación de los aspectos hospitalarios pertinentes.

Estas actividades han conducido gradualmente a una percepción más definida de los problemas que subyacen a los que se habían definido al comienzo y que se resumieron más arriba. Estos problemas determinan objetivos complementarios adicionales y más específicos que los cuatro objetivos generales iniciales. Su formulación y el seguimiento de los respectivos avances se concretan en la definición y medición de un cierto número de indicadores.

Tales indicadores habían sido ya presentados y discutidos desde el comienzo de las sesiones de salud pública con los médicos becados, en el contexto del plan de investigación/ evaluación del Programa; pero ha sido la experiencia de las primeras cohortes la que ha indicado no sólo la viabilidad de alimentarlos con datos, sino también la gran pertinencia de muchos de ellos para llegar a formular un nuevo diagnóstico de la APS urbana. Este diagnóstico más específico difiere, evidentemente, en algunos aspectos, entre las distintas comunas y también entre los distintos Centros de Salud.

Objetivos de segundo orden para el Programa de Especialistas Básicos y para las Redes Locales de Atención de la Salud

Se presentan a continuación doce objetivos concretos que responden a los problemas subyacentes encontrados; las condiciones requeridas; y los indicadores para su medición y seguimiento, indicadores que ya han sido probados en su mayor parte.

- 1.- Integrar adecuadamente a los médicos a la organización, equipos y actividades de cada centro.

Ello se obtendrá a través de: a) el conocimiento completo del centro por cada médico y b) de su participación en la reuniones de los equipos. Recíprocamente, c) el personal del centro debe estar informado de las características del Programa y sobre todo, d) de la distribución real prevista del tiempo de los becados. Estas realizaciones, a) b) c) y d) son indicadores al servicio del primer nuevo objetivo.

2. - Lograr condiciones para la gestión clínica en la APS, con la relación médico-paciente que es esencial en el ejercicio de la Medicina.

Considerando la rotación de los becados (de la Universidad de Chile) entre Hospital y Consultorio, esto requiere a) la "pasación" de los pacientes entre los becados de la misma especialidad de uno y otro turno; y b) que dichos médicos atiendan el mismo sector.

Además, debe c) flexibilizarse el agendamiento del tiempo, poniendo parte de este procedimiento, progresivamente, en manos de los médicos. Otros indicadores serán: d) el monitoreo de la continuidad de los contactos de cada médico con cada usuario; e) la identificación de la ruta que siguen los pacientes a través del sistema, y f) los resultados de encuestas de opinión de los usuarios y del mismo personal del Centro.

- 3.- Participación activa de los becados en las acciones de promoción y de prevención.

Se están midiendo a) las acciones de educación diseñadas y ejecutadas por los becados, con certificación para los participantes; b) el grado de participación de los becados en la formulación y adaptación local de los programas, basadas en su conocimiento de las técnicas básicas de planificación y c) medición periódica

del grado de cumplimiento del Modelo de Atención Integral

4.- Acción de los becados en la comunidad y con autoridades y agencias sectoriales del área asignada al Centro.

Una puerta de entrada para estos campos es la realización de a) las visitas domiciliarias de los médicos y b) las relaciones que, a partir de ellas, puedan establecer con el vecindario (“ficha de cuadra”). Estos hechos, así como c) el número de interacciones con otros sectores y d) con escuelas, organizaciones sociales y centros de trabajo, deben ser medidos por el Programa.

5.- Implementar efectiva mente la dimensión de atención familiar contemplada en el Modelo.

El indicador de este objetivo es el número de familias con diagnóstico y con plan de tratamiento elaborados por el equipo con participación del becado tratante de algún miembro de la familia.

6.- Adecuar la normatividad, la organización y la conducción de los Centros, de tal modo de centrar o de facilitar el funcionamiento de los equipos en torno a los pacientes, las familias y los grupos, de manera apropiada.

Como indicadores, se identifican aquí a) los “casos” administrativos y b) los “casos” de gestión clínica que aparecen en la práctica diaria y que se hayan discutido en los niveles apropiados. Se perfecciona d) la definición local de roles en los equipos y en los Centros.

También es pertinente como indicador de este objetivo, e) el grado de participación de los becados en la adaptación de los programas.

7.- Elevar el nivel de conocimientos, destrezas y actitudes de los médicos generales, de los propios becados y de otros profesionales y técnicos de los Centros.

Son aquí indicadores apropiados: a) el número de actividades docentes y de reuniones clínicas; b) el número de programas formulados; y c) el resultado de encuestas de opinión.

8.- Contribuir a coordinar el funcionamiento del subsistema local o red de atención.-

El indicador por excelencia es aquí a) el número de interconsultas pedidas por médicos becados y no becados, por odontólogos y por matronas, como proporción sobre el total de consultas mensuales, con su destino o especialidad y su justificación.

9.- Adecuar el uso de los medicamentos y de los exámenes indicados.

Se hace el seguimiento de a) la cantidad de medicamentos (de una lista selectiva), consumidos mensualmente en el Centro y la justificación de dicho consumo (o subconsumo); b) de la cantidad y tipo de exámenes indicados y su justificación (o imposibilidad de realizarlos), y c) de la cantidad de exámenes realizados o informados por los médicos becados y no becados del Centro.

10.- Fortalecer la participación de los médicos de los Departamentos Universitarios y Servicios de los Hospitales de cada red, para orientar, supervisar y evaluar los Programas Básicos de atención, al nivel de la población asignada y de los Centros vinculados.

Como indicadores, se trata de medir a) la frecuencia de las visitas a los Centros; la frecuencia de reuniones con las direcciones de Salud de las comunas participantes y c) la frecuencia de contactos con las Direcciones de los Servicios de Salud respectivos.

Este objetivo está vinculado a, pero no depende de, la existencia de tutores clínicos del Programa.

11.- Mejorar la efectividad de los Centros participantes mediante la comparación de sus actividades y de los factores que influyen en ella.

Como indicador y requisito funciona a) la recolección de los perfiles de los Centros, hecha por los becados. Y b) se programarán reuniones Inter –Centros.

12.- Evaluar el efecto del Sistema sobre el estado de Salud de la Población asignada.

Los indicadores incluyen: número y tasa de defunciones o de egresos hospitalarios de residentes de las

comunas participantes, por causas tales como: iam, acv, complicaciones de diabetes, tipos de cancer, cirugías, etc.

Los indicadores están clasificados en un Documento de Trabajo: "Investigación-Evaluación del Programa, basada en indicadores del trabajo en consultorio y en comunidad, como aplicación de las disciplinas de la salud pública". (Elaboración y presentación por los becados del Programa de Especialistas Básicos para la APS urbana).

DISCUSIÓN

Las conclusiones deducidas de la experiencia del Programa de Especialistas Básicos son las que corresponden a la etapa actual de desarrollo de dicho programa y dada la condición dinámica de éste, tienen un carácter preliminar, sujeto a modificaciones menores y a nuevas interpretaciones. Se trata de un proceso de investigación- acción, en que los hallazgos influyen en el curso del programa y se validarán por los efectos que se observen.

La información recogida hasta ahora para sustanciar los indicadores del programa es importante y será objeto de sucesivas comunicaciones.

Los principios del Programa coinciden en gran medida con los aparecen en las "Orientaciones" producidas por la División de Atención Primaria del Ministerio – en particular con las del año 2009 – en cuanto a las ideas de flexibilidad, adaptación local, cumplimiento del modelo de atención integral, trabajo en equipo y participación; sin embargo, las normas y metas cuantitativas incluidas en las "Orientaciones" son interpretadas todavía como directrices impuestas, ya que están vinculadas a la entrega del presupuesto y de los incentivos económicos por desempeño.

Otro aspecto digno de aclarar es la definición de la resolutivez que se desea en la Atención Primaria:

En efecto, la resolutivez se suele medir, a falta de un indicador mejor, de acuerdo al número de interconsultas que se genera por cada cien consultas. Esto es "reduccionista"; pero ha sido útil. En la realidad no se trata de "resolver patologías" sino de ayudar a mejorar las situaciones de salud (integral) de "personas". Para el paciente, la resolutivez - que le resuelvan SU

problema - tiene múltiples dimensiones: oportunidad y acierto en el diagnóstico, indicación oportuna y adecuada de tratamiento, evaluación del resultado, continuidad de profesionales que lo atienden, entrega de seguridad, información y educación, economía de tiempo y dinero, etc. Para el sistema, la resolutivez incluye aprovechar cada contacto en beneficio de la promoción y prevención, de la salud familiar y poblacional, de la imagen favorable del servicio, etc. Por lo tanto, puede hablarse de "profundidad" del resolver, además de "porcentaje de demandantes "despachados"". El especialista básico, formado en el modelo de atención integral, alcanzará un grado de profundidad de las soluciones, que regirá para EL TOTAL de los usuarios que vea. Y cuando refiera, sabrá para qué refiere, sabrá qué hará el médico del hospital con el paciente, podrá orientar a este otro especialista, discutir el caso con él, aprender, generalizar a casos similares.

Es preciso reafirmar que no se ha propuesto atender el 100 % de la demanda en APS con especialistas básicos formados o en formación. Dentro de un horizonte visible, la relación cuantitativa entre estos últimos y los generalistas (o médicos de familia) puede ser de 1 a 1 o de 1 a 2. Los testimonios existentes ya permiten esperar que los especialistas básicos, aún en formación, contribuyan a mejorar gradualmente la calidad del sistema comunal de atención de la salud en su conjunto.

En un artículo anterior de la serie que hemos dedicado al análisis de la Atención Primaria en Chile (10), nos referimos al concepto de Renovación de la Atención Primaria, postulado por la Organización Panamericana de la Salud. En el documento respectivo, la Directora de la OPS, Dra. Mirta Roses, decía:

"Debemos continuar evaluando las innovaciones en APS, difundiendo las buenas prácticas y aprendiendo nuevas formas para maximizar y mantener su impacto en el tiempo..." Hoy "es preciso un enfoque renovador de la APS, razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada" (11). Esta necesidad de renovación de la APS corresponde en Chile al fortalecimiento del personal médico, a través de medidas factibles y efectivas.

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

La Reforma de la Atención de Salud iniciada en 1979 significó la reducción y la fragmentación del sistema que había existido en el país (Servicio Nacional de Salud), como se comprueba en todos los documentos pertinentes de la década de 1990. Fueron afectados tanto los hospitales como los consultorios.

Las sucesivas evaluaciones efectuadas por el Ministerio de Salud revelaron una insuficiencia de personal de APS, y especialmente de médicos.

De los documentos de 1996, de 1998, del 2002 y del 2004, resulta evidente que la preocupación se centró durante largo tiempo en el aspecto cuantitativo – número de horas médicas, número de atenciones – que constituían la carencia más dramática. Pero el progreso fue lento, dada la necesidad de llenar conjuntamente necesidades de infraestructura, de equipamiento y de ajustes de remuneraciones de las diversas categorías de personal. Recién en los últimos cinco años se pudo decidir un aumento realmente substancial de los cargos de médicos y de otros profesionales y técnicos.

También urgía mejorar la organización local. La demanda espontánea se manifestaba en largas filas formadas desde tempranas horas frente a las puertas aún cerradas de los consultorios. En el año 2000 se generalizó la asignación de horas de atención para estas personas de manera distribuida dentro del día y de la semana, de acuerdo a solicitudes que podían hacerse por teléfono. Para ello se fortalecieron los SOME (Servicios de orientación médica) y en algunas comunas se compraron servicios externos de informatización de agenda, de procesos y de la ficha clínica.

Otra faceta de la insuficiencia cuantitativa ha sido la preocupación por el rendimiento de los recursos. Ello llevó desde un comienzo – 1990 – a la contratación de ingenieros comerciales y de administradores públicos en el Ministerio de Salud, en sus dependencias y en los hospitales y servicios municipalizados. Se fragmentó de manera excesiva la definición de las tareas, a fin poder tomar cuentas de cantidades, rendimientos y costos en forma detallada y comprensible para el Ministerio de Hacienda; y se fijaron desde el centro metas cuyo cumplimiento ha estado asociado a la entrega de los presupuestos y de los incentivos económicos legales en

cada establecimiento. A pesar de ello, las evaluaciones arrojaron un bajo rendimiento promedio, en términos de consultas por hora contratada.

En el período más reciente se ha entrado a una fase de mejoramiento de la calidad de la atención de salud brindada por el sistema público, lo cual era una necesidad impostergable. En el caso de la APS, ello se concreta en los objetivos de primero y segundo orden expuestos en este artículo. La factibilidad de resolver ahora estos aspectos se refleja en el Programa de Formación de Especialistas Básicos para la APS Urbana.

En resumen: la experiencia del largo período analizado aquí demuestra que en Chile, para brindar una atención efectiva, eficiente y equitativa, deben existir especialistas básicos en el nivel primario y que ellos deben estar integrados entre sí y con el equipo multiprofesional respectivo, en el cumplimiento razonado de las funciones de promoción, prevención y recuperación de la salud al nivel de las personas, de las familias y de la población asignada. La existencia de tales equipos asegurará una descentralización de las capacidades profesionales que complemente y equilibre al liderazgo central ubicado en el Ministerio, y que favorezca la coordinación entre consultorios y hospitales. No basta con aumentar el número de horas- profesional; se necesita diseminar calidad y organización. Este principio debió aplicarse con mayor anticipación y debería generalizarse ahora.

El diseño del Programa de Especialistas Básicos hace que los médicos participantes, desde su identidad profesional, llenen también necesidades en los hospitales y que, en suma, sean Especialistas no sólo para mejorar resolutivez, eficiencia y satisfacción en la Atención Primaria, sino en el Sistema de Atención de la Salud en su conjunto.

Reconocimiento: Como se explica en el texto del artículo, las observaciones que han dado lugar a plantear los objetivos de segundo orden, y la selección de los indicadores útiles, proceden, en diversa medida, del trabajo de los 124 médicos que participan del Programa de Especialistas Básicos como becados de la Universidad de Chile.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Referencias

1. Moroder J, López F, Un estudio sobre los Servicios de atención a embarazadas y lactantes en Valparaíso y Viña del Mar, *Revista del Servicio Nacional de Salubridad*, 1942, pp 83 a 104.
2. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Atención Primaria, *Evaluación de la Atención Primaria*, (1997) (Autores de los Estudios: Colectivo de Atención Primaria; I. Videla y colaboradores; Corporación de Salud y Políticas sociales; Grupo para el Desarrollo de Investigación en Salud; D. Duarte Presidente de la Comisión de Evaluación), Santiago
3. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial (1998) *Tendencias en la producción de consultas médicas de urgencia y atención primaria* (Eds. Astorga I, Pinto A, Pinto AM), Santiago.
4. Silva R. P, *Sistema de Salud de Chile*, *Cuad Med Soc* 1998; 39 (1): 46-53
5. Ministerio de Salud de Chile, División de Atención Primaria, (2002) *Evaluación Programa de Mejoramiento de la Atención en el Nivel Primario de Salud 2000-2001* (Eds. Soto R, Verdugo A).
6. Ipinza M, *Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados*, *Cuad Med Soc* 2004; 44 (2): 73-80
7. Montoya –Aguilar C, *Médicos en el nivel primario del sistema público de atención de salud, Chile. Tendencia, distribución geográfica y normas*, *Cuad Med Soc* 2008; 48 (4): 215-25
8. Brignardello G, Ministerio de Salud, División de Atención Primaria (2010), *Atención Primaria 2009*.
9. Montoya-Aguilar C, Ipinza M, *Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud*, *Cuad Med Soc* 2009; 49 (1): 16-25
10. Montoya-Aguilar C, *Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile*, *Cuad Med Soc* 2008; 48 (3): 147-54
11. Organización Panamericana de la Salud (2007) *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, Washington D.C.