

Diseño de un Sistema Público de Atención de Salud: El Caso de Chile

The Design of a Public Health Care System: The Case of Chile

Dr. Carlos Montoya-Aguilar*

Resumen

Se define "sistema de atención de salud" y, en el contexto de la formulación de una política de salud, se le diferencia del concepto "modelo de atención".

Se describen los aspectos estructurales del sistema. Se recomienda basar el diseño del sistema público para Chile sobre las tres realidades geodemográficas (RGD) del país: grandes ciudades, ciudades intermedias y conglomerados semi-rurales. A cada RGD corresponde una modalidad tipo de subsistema de atención compuesta por establecimientos o unidades tipo. A la combinación de RGD que se da en cada región del país corresponde una combinación de modalidades que configura una red de atención.

Esta es la organización de base residencial, la más importante (también para otros sistemas). A ella se superponen la base ocupacional y la base escolar de organización de la atención.

Es necesario definir individualmente la posición, funciones y recursos de cada establecimiento dentro del subsistema, tomando en cuenta las complementariedades e interacciones entre ellos.

Palabras clave: sistema de atención, modelo de atención, realidad geodemográfica, modalidad de atención, unidad tipo de atención, red de atención, base residencial de la atención

Abstract

The concept of "health care system" is defined and, in the context of health policy formulation, it is differentiated vis a vis the concept of "health care model".

The structural aspects of a system are briefly described. It is suggested that the public health care system of Chile be designed on the substratum of the three main geodemographic situations (GDS) that exist in the country: large cities, intermediate cities and semi-rural agglomerations. Each GDS should be matched with a typical health care subsystem modality made up of typical units or facilities. For the particular combination of GDSs existing in each region a combination of modalities is required; this combination constitutes the regional health care network.

This pattern is based on the residential location of the population. It is the most important organizational criterion for the health care system (also for other systems); but an occupational basis and a schools system basis are also recognized.

The position, functions and resources of each facility within the system should be defined, taking into account their complementarities and interactions.

Key words: health care system, health care model, geodemographic situations, health care modality, health care unit type, residential basis of health care.

* *Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. <cmontoya@minsal.cl>*

1. INTRODUCCIÓN. DEFINICIONES.

El sistema de atención de salud es el conjunto organizado de recursos y actividades, mediante el cual la sociedad busca hacer realidad el modelo de atención propuesto en la política nacional de salud y lograr así los objetivos de dicha política, incluido el cumplimiento de las funciones de promoción, prevención, reparación y rehabilitación (1).

En el documento "Estrategia Global para la Salud para Todos", del año 1981, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que "la Estrategia está basada en el concepto de sistemas nacionales de salud centrados en la atención primaria de salud..." A continuación establece que "un sistema de salud consiste en componentes interrelacionados... incluyendo una infraestructura que provee diversos programas de salud y entrega atención de salud a individuos, familias y comunidades, atención que combina medidas de promoción, prevención, curación y rehabilitación."(2).

En el año 2000, la OMS dedica su Informe sobre la Salud del Mundo al tema de los Sistemas de Salud. Dice: " los sistemas de salud comprenden todas las organizaciones y recursos dedicados a producir acciones de salud ", y que "el Informe también considera cómo los sistemas abordan las desigualdades, cómo responden a las expectativas de la gente y cuánto respetan su dignidad, derechos y libertades" (3).

Es frecuente que se confundan los términos "modelo" y "sistema" de atención. En realidad, para evitar confusiones en el contexto de la salud pública, por "modelo" debe entenderse el conjunto de características de la atención a brindar: el tipo de atención al cual debe acceder la población. El modelo en torno al cual hay consenso en Chile es el de "atención de salud integral", el cual se encuentra descrito, con leves variantes, en numerosos documentos (4,5,6,7).

La noción científica de sistema corresponde a la definición dada por la OMS (2). En el mismo documento se aclara: "lo que se haga en un componente afecta a las actividades a desarrollar por los demás". Los componentes operan en función de un objetivo común y tienen una interfase que los delimita respecto a su entorno; pero interactúan con este entorno, recibiendo y entregando, asimilando influencias e insumos. Producen modificaciones en dicho ambiente y éstas lo retroalimentan, modificándolo a su vez.

En la descripción del sistema de salud son centrales las ideas de estructura, de organización, de

integración y de dirección. Pero el tema es más complejo, e incluye todo lo relativo a los prestadores, a los usuarios, a los intermediarios financieros, a las fuentes de recursos y a los procesos que les permiten operar.

Todo ello se expresa y se combina diferentemente en los distintos países. Una visión general de lo que puede llamarse "anatomía comparada de los sistemas de salud" ha sido presentada antes en esta misma publicación (8). El concepto de "programa", consignado por la OMS (1981) como producto y razón de ser del sistema, será tratado en otra ocasión.

En este artículo se aborda en particular el diseño espacial de los proveedores del sistema público de atención en Chile, con alguna referencia a los temas de la accesibilidad y de la eficiencia, que deben comandar dicho diseño. Y lo abordamos porque parece tratarse de una necesidad actual en nuestro país: la necesidad de clarificar, simplificar y articular los conceptos y términos básicos de Salud Pública, fortaleciendo así una cultura común como substrato de la disciplina.

No se aludirá a la estructura interna de los establecimientos: sólo cabe destacar aquí el principio de que estas estructuras permitan el respeto a la unidad de las personas atendidas, por sobre la fragmentación que pueden determinar las enfermedades individuales y las intervenciones especializadas.

2. POLÍTICA, PLAN Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD. EQUIPOS, ESTABLECIMIENTOS Y NIVELES.

La política se refleja en el plan de salud. Este plan se concreta en torno a grupos de la población, definidos principalmente por lugar de residencia, edad y sexo. Las necesidades de estos grupos y del saneamiento de su ambiente deben ser atendidas por equipos humanos dotados de los recursos materiales pertinentes. De aquí nace la división y la coordinación del trabajo, que forman la esencia de una organización.

El concepto de sistema de atención de salud podría extenderse a la atención de salud informal. También puede extenderse para incluir a los productores de los insumos y a los formadores del personal. Aquí se tratará sólo de la organización formal que provee atención de salud en el ámbito público.

En un sistema público, los equipos aludidos se agrupan en establecimientos, definidos y ubicados en

función de optimizar la accesibilidad de la población a los diversos tipos de servicios que pueden requerir.

Por otra parte, el sistema debe tener una dirección. El tamaño del país requiere que esta dirección se dé en varios niveles: nivel central, regional y local, además de la dirección de cada establecimiento. Son los niveles administrativos del sistema público.

Independientemente de los niveles administrativos, se acepta que en el sistema hay distintos niveles de complejidad técnica. Estos son difíciles de definir y delimitar. Un criterio puede ser el uso de tecnología costosa y que requiere de adiestramiento y experiencia especializadas para su uso efectivo. Otro criterio puede ser la amplitud del rango de problemas que un profesional o un equipo puede abarcar y coordinar con eficacia y eficiencia. Otro, aún, puede ser el grado de responsabilidad de un profesional o de un equipo ante un grupo de población que puede presentar en cualquier momento situaciones de gravedad y que debe resolver con escasos medios, lo cual necesita experiencia, rapidez de razonamiento y espíritu de estudio. Estos criterios no deben llevar a una mayor o menor valoración de los distintos ámbitos de trabajo. Por otra parte, tales situaciones tienen profundas implicaciones para la formación y la carrera de los profesionales en el sistema público.

No hay coincidencia entre complejidad técnica y tipo de establecimiento. Un gran hospital debe dar atenciones de un nivel relativamente simple, junto a otras sumamente especializadas. Un consultorio o centro de salud periférico debe dar, y en muchos casos efectivamente da, una atención ambulatoria o domiciliaria del nivel llamado "secundario".

Al diseñar el sistema es importante perfeccionar el concepto que se tiene de cada uno de los principales tipos de establecimientos, y lograr un acuerdo al respecto. Los hospitales suelen identificarse con "atención cerrada", lo cual constituye un error con repercusiones en la comprensión y en el diseño del sistema. El eje de todo Hospital es su Consultorio Externo, de donde resulta que nos equivocamos al hablar de "consultorio adosado al hospital" (CAE); y que es preciso integrar la atención abierta y cerrada de cada Servicio Clínico, como se hace ya en varios establecimientos. Otro ejemplo es el de la concepción de consultorios, postas y hospitales rurales sin referencia directa a la estrategia de sectorización y de equipos de sector. También es un error el que estos establecimientos, que conforman el mal llamado "nivel primario", sean denominados "punto o puerta de entrada al sistema"; en realidad son la "primera

línea del sistema", la interfase de contacto continuo entre el sistema y la comunidad, y en esto radica su importancia.

No es posible hablar de jerarquías entre los tipos de establecimientos: cada uno tiene una función que le es propia y que es necesaria en el sistema.

3. EL DISEÑO DEL SISTEMA SOBRE EL MAPA DE CHILE.

La tarea del sistema público de atención de salud es responder a las necesidades de salud de 15 millones de personas, tanto en forma individual como en el contexto de sus familias y comunidades. (La existencia de prestadores privados no exime al sector público de esta responsabilidad, que se manifiesta de diversas maneras). Por lo tanto, el diseño del sistema debe adaptarse a la distribución de la población en la geografía del país (9,10).

Para ello se precisa identificar las diferentes realidades geodemográficas que presenta Chile. Si se acepta un cierto grado de esquematización, estas realidades son tres:

- A. Las grandes ciudades y conurbaciones, en que se concentran 150 a 200 mil habitantes o más.
- B. Las ciudades intermedias, de 40 a 150 mil habitantes, aproximadamente.
- C. Los núcleos urbanos menores, claramente separados de las ciudades grandes e intermedias y generalmente rodeados de áreas rurales y semi-rurales.

A cada realidad geodemográfica (RGD) corresponde una MODALIDAD TIPO DE SUBSISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD, y cada modalidad está constituida por UNIDADES O ESTABLECIMIENTOS TIPO, como se describe a continuación:

A. En la RGD de gran ciudad, la modalidad de atención está formada por el "Hospital de gran ciudad" y por una constelación de Centros de Salud o Consultorios Urbanos periféricos. Estas son las Unidades tipo de esta modalidad. En una ciudad de varios millones de habitantes, como el Gran Santiago, esta modalidad se encuentra multiplicada, debiendo haber una constelación "Hospital-Consultorios" por cada 500 mil habitantes (beneficiarios), aproximadamente. Además, una población de este tamaño requiere un volumen de recursos hospitalarios que resulta inadministrable si se les concentra en un

solo establecimiento. De ahí resulta, en este caso, el concepto de "Grupo hospitalario", según el cual el "Hospital de gran ciudad" está formado por varios establecimientos próximos entre sí y que pueden compartir algunos servicios generales y de apoyo, por ejemplo: hospital de adultos agudos, hospital de niños, maternidad y algún hospital especializado (Instituto). Cada hospital proporciona atención externa de especialidades, atención de urgencia (vinculada a la asistencia pre-hospitalaria) y atención cerrada, todo ello con integración de las cuatro funciones mencionadas más arriba.

Un "grupo hospitalario" determina fuertemente una adaptación del espacio urbano que lo circunda: vías de acceso, comercio, viviendas del personal, hotelería, etc.

Los Consultorios Urbanos proporcionan atención de primera línea organizada en programas que cubren las especialidades básicas y las acciones de promoción y prevención; por lo tanto deben ofrecer máxima accesibilidad física, además de accesibilidad económica, técnica y sociocultural. Esta ha sido definida aproximadamente por una distancia no mayor de 13 cuadras (1300 metros) entre el establecimiento y el hogar más alejado de éste. La cantidad de población a atender por cada consultorio dependerá, por lo tanto, de la densidad de población que haya en cada lugar de la ciudad. Una alta densidad significará que, dentro del radio indicado vivirá una gran cantidad de personas y que, para atenderlas, se requerirán más equipos de atención, pero no más consultorios (11).

Se comprende que el equipo de atención sí debe tener una cantidad definida de población a cargo, por ejemplo, diez mil personas (dos mil a dos mil quinientas familias): este es el concepto de SECTORIZACIÓN. Queda por definir el equipo de sector para la población urbana concentrada. Este comprende profesionales de distintos tipos, técnicos paramédicos y auxiliares; los médicos deben ser especialistas básicos formados y en formación, en una proporción de tres jornadas completas para cada sector de diez mil habitantes. De haber recursos, el equipo de sector puede disponer de una "estación de salud comunitaria" en el seno de su sector.

Una actividad a compartir en forma planificada entre hospital y consultorio es la atención domiciliaria o parahospitalaria, así como la atención posthospitalaria y la de discapacitados y ancianos sin apoyo familiar directo. Estos "programas" optimizan la eficiencia y la efectividad del hospital al hacer po-

sibles las estancias abreviadas y las intervenciones ambulatorias (12).

Entre todas estas formas de atención es necesario mantener una integración funcional y horarios compartidos de algunos funcionarios, de modo que se asegure la continuidad de la atención (13).

Se puede preguntar cuál es el lugar que corresponde a los Centros Diagnóstico-terapéuticos (CDT) y a los Centros de Referencia de Salud (CRS), que se crearon en Chile a partir de 1990. Los CDT no son otra cosa que la modernización del consultorio de especialidades y de los servicios técnicos de apoyo hospitalario. Afortunadamente han sido construidos junto a los respectivos "Hospitales de gran ciudad" y su dirección ha sido coordinada o unificada con la de éstos. Los CRS son, en algunos casos, Consultorios Urbanos perfeccionados; y en otros casos son satélites del Consultorio de Especialidades del respectivo Hospital base.

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) anexos a algunos Consultorios Urbanos indican, en lo esencial, la necesidad de adecuar el horario de atención de dichos Consultorios a la disponibilidad de tiempo de los usuarios, que se da principalmente en las horas vespertinas (como en la atención privada). El Ministerio de Salud reconocía esta necesidad al plantear, en un documento de trabajo del año 2001: "se atenderá de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas en horario continuado y los sábados de 9:00 13:00 horas".

La experiencia de los Centros de Salud Mental Familiar ha señalado la conveniencia de su fusión en los Consultorios Urbanos de las áreas respectivas, en vez de mantener una condición separada.

No hay, salvo excepciones calificadas, necesidad de introducir Unidades tipo adicionales a las contempladas en la modalidad esquemática para la RGD de gran ciudad.

B. En la RGD de Ciudad Intermedia, la Modalidad Tipo está formada por el Hospital de Ciudad Intermedia como Unidad Tipo principal. Según el tamaño y distribución física de la población habrá algunos Consultorios Urbanos que faciliten el acceso a la atención de primera línea; pero el Hospital será un Hospital-Centro de Salud, es decir, tendrá a su cargo la atención "primaria" de los sectores que lo rodean, además de efectuar prestaciones especializadas y de urgencia, y atención cerrada.

C. En la RGD de núcleo urbano menor y población rural, la modalidad tipo está formada por el Hospital

Rural, que también debe ser un hospital-centro de salud, y por las postas y estaciones médico- rurales que lo rodean y que aumentan la accesibilidad continua a la población más alejada. En ciertos casos esta modalidad incluye algún Consultorio Rural.

En cada Región del país coexisten dos o tres RGD diferentes y, por lo tanto, coexisten distintas modalidades tipo de atención. Estas modalidades se relacionan entre sí de manera de optimizar el acceso de toda la población al tipo de acciones que su condición requiere: se constituyen así las REDES regionales y locales de atención de salud, cada una integrada bajo una Dirección común. Algunos de estos subsistemas deben hacerse cargo de peculiaridades geodemográficas que requieren unidades diferentes para proteger a grupos de población; ejemplos son las pequeñas islas, los barcos y los trenes.

Los subsistemas regionales no constituyen conjuntos aislados entre sí, sino que se relacionan en subsistemas macro-regionales y, finalmente, en el gran Sistema Nacional de Atención.

Este es el esquema básico de organización de nuestro Sistema de Atención: ha surgido naturalmente de las decisiones tomadas a lo largo de la historia de nuestra Salud Pública. Es normal que requiera ajustes periódicos a medida que crece la población, que cambia su distribución espacial y que mejoran el transporte y las comunicaciones. También ahora es necesario hacer modificaciones, particularmente en la Región Metropolitana, que ha excedido el marco fijado por su división en sólo seis "Servicios de Salud" o Áreas Hospitalarias actuales.

El esquema básico descrito corresponde a la distribución residencial de la población: esta es la esencia de la caracterización "geodemográfica". Sin embargo, la determinante o **base residencial** se cruza con otras dos:

- **Una base ocupacional** de la atención: las grandes empresas pueden tener su propio Consultorio o aún un Hospital-Centro de Salud. Las Mutuales de Empleadores que administran el Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales también los tienen. En lugares aislados estos establecimientos pueden servir como Unidad Tipo para todos los residentes del área, al incluir entre sus beneficiarios a

las familias de los trabajadores asegurados y a otros vecinos. Al contrario, los trabajadores de empresas y talleres pequeños deberían ser atendidos en cuanto a sus problemas de salud laboral en la modalidad tipo de base residencial que les corresponda.

- **Una base escolar** de la atención, que debe adoptar una organización similar a la anterior, esta vez en estrecha relación con el sistema educacional y la Junta Nacional de Auxilio Escolar (JUNAEB).

Está claro que el Sistema de Atención no es una pirámide ni una cadena; es una serie de constelaciones interrelacionadas. **Cada establecimiento tiene una posición y un rol único dentro del Sistema;** ninguno se identifica con sólo un nivel determinado de complejidad técnica. Por ello, en vez de invertir esfuerzos en definir y redefinir clasificaciones de ellos, lo que procede es que la Dirección Nacional del Sistema establezca, en conjunto con las respectivas Direcciones de los Subsistemas o redes, Regionales y Locales, cual es esa posición y rol único dentro de una fase trienal, quinquenal o decenal. De esta definición debe resultar la especificación de las actividades que cada uno debe realizar y la dotación de recursos adecuada a su función.

Por ejemplo, un Hospital de Gran Ciudad tiene varias poblaciones asignadas: la de la Comuna o grupo de comunas en que está ubicado; la del Servicio de Salud al cual pertenece y a cuyos habitantes debe dar la atención de especialidades clásicas y derivadas; y la de una macro-región donde es el recurso único para una especialidad compleja como neurocirugía, trasplante cardíaco, u otra de este orden.

Los Consultorios de las distintas Modalidades-Tipo son administrados en Chile, en su gran mayoría, por las Municipalidades. Desde siempre, las autoridades comunales han tenido sus propias funciones de salud, a saber: coordinar la participación intersectorial y de la comunidad, cuidar de la higiene del ambiente, y proporcionar información y educación. Al crearse el Servicio Nacional de Salud, en 1952, los consultorios que poseían fueron fusionados dentro de la nueva gran institución. Durante el gobierno militar, a partir de 1980, los Consultorios fueron puestos bajo administración municipal, con lo cual se lesionó la integridad del sistema y se debilitaron aquellas funciones que en salud le corresponden propiamente a las comunas. Sin embargo, esto no altera el esquema conceptual del Sistema Público de Salud, al interior del cual se busca permanentemente el modo de remediar la fractura.

Referencias:

1. Montoya-Aguilar C, *Conceptos de doctrina y política de salud*, Cuad Méd Soc (Chile) 2004; 44(4): 241-50
2. Organización Mundial de la Salud, *Estrategia Global para la Salud de Todos en el año 2000*, Ginebra, 1981
3. Organización Mundial de la Salud *Informe sobre la Salud del Mundo Sistemas de Salud: mejorando su desempeño*, Ginebra, 2000
4. Organización Mundial de la Salud, Unicef, *Declaración de Alma Ata, Párrafos VI y VII*, Sept. 1978
5. Montoya-Aguilar C, *Una experiencia de Medicina Integral*, Cuad Méd Soc (Chile) 1961; (2): 10-13
6. Colegio Médico de Chile, *Política de Salud para Chile: Nuestra Visión*, Santiago 1997, Cap. IV
7. Fuenzalida A, *Modelo de atención en la red pública de salud. Conferencia en: Jornadas sobre el modelo de atención*, Ministerio de Salud de Chile, Santiago, Diciembre 2004.
8. Montoya-Aguilar C, *La víspera del año 2000: los sistemas de atención a la salud. Conceptos y ejemplos*, Cuad Méd Soc (Chile) 1998; 39 (1): 5-23
9. Montoya-Aguilar C, *Atención Médica*, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago 1965
10. Rajs D, *Propuesta de política de salud*, Cuad Méd Soc (Chile) 1993;34 (2,3):43-47
11. Montoya-Aguilar C, *Elementos de administración en el sistema de Salud*, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Ed. Mediterráneo, Santiago, 2000
12. Varios autores, en: *El Hospital Público en Chile, Volúmenes I a III*, Ministerio de Salud, Santiago, 2002 a 2004
13. Ipinza M, *Cómo solucionar el déficit de médicos en los Consultorios urbanos Municipalizados*, Cuad Méd Soc (Chile) 2004;44 (2): 73-80