

# FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PROPUESTA PARA MEJORAR LA SALUD EN CHILE

Santiago, 20 de Octubre de 2016

## **Fortalecimiento de la Atención Primaria Propuesta para mejorar la Salud en Chile “La ley que la Reforma Sanitaria olvidó”**

### **Autores Comunidad de Prácticas en APS (1):**

Joaquín Montero - Patricia Villaseca - Isabel Segovia - Irma Vargas - Lidia Campodónico - Ricardo Fábrega - Jorge López - Macarena Moral - Patricia Pérez - Carolina Reyes – Eleana Oyarzún - Camilo Bass - Isabel Bravo - Maritza Cofré - Lilian Fernández - Carlos Tapia

La siguiente propuesta la realiza la Comunidad de Práctica (CdP) en Atención Primaria de Salud (APS), espacio integrado por actores vinculados a ella desde diversos escenarios<sup>[1]</sup>, motivados por avanzar en el fortalecimiento de la APS y la Red Asistencial del Sistema de Salud de nuestro país.

### **Propósito**

El propósito de esta propuesta es crear convicción sobre la necesidad de contar con una ley que resguarde el Modelo de atención integral, familiar y comunitario, para toda la red de salud y con énfasis en APS. Los fundamentos de esta propuesta se exponen a continuación.

### **Análisis**

Existe consenso técnico internacional y nacional sobre la importancia de la APS como base y eje de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud.

La evidencia muestra en forma consistente que países o regiones con APS desarrollada generan menor tasa de consulta de especialidades, menor consulta de urgencia, menor tasa de hospitalizaciones y menor mortalidad de la población (Starfield, 2012).

A nivel nacional existe evidencia de efectividad clínica demostrada en Centros Ancora UC, en comparación con Centros municipales de las comunas de La Pintana y Puente Alto. Este estudio muestra que Ancora-UC logra una mayor efectividad clínica expresada en reducciones en un 20% de derivaciones a especialidades secundarias, 12% de consultas de urgencia y 30% de hospitalizaciones, respecto a los Centros comparadores, con una muy alta satisfacción usuaria y un financiamiento menor. Estos resultados son consistentes con experiencias nacionales similares en otros Centros de APS del sistema público de Salud (ej: CESFAM San Joaquín de la comuna del mismo nombre) y con experiencias desarrolladas en Canadá e Inglaterra.

La última Reforma de Salud (2005) en nuestro país, especifica que la APS es el eje coordinador y base del cuidado continuo de los pacientes. Si bien contemplaba originalmente un fortalecimiento de la APS y un cambio en el modelo de atención, desde uno esencialmente curativo a otro que incorporara con mayor fuerza la prevención y la integralidad de la atención, esta Reforma de Salud no ha tenido los resultados esperados y no se ha producido a nivel país el cambio necesario para disminuir las listas de espera, las derivaciones a servicios de urgencias y las hospitalizaciones (Montero, 2010).

Los recursos para salud y para la APS han crecido en forma importante desde el año 2002 al 2015; el gasto en APS en comparación al gasto total en este período ha aumentado desde el 12 al 20%, siendo menor al 30% proyectado en el momento de instalación de la Reforma.

Existen problemas en la asignación de mayores recursos, no sólo desde la voluntad política, también por la ausencia de mecanismos efectivos de control de gestión, los que deben ser mejorados importantemente. La asignación de recursos vía convenios corresponde al 30% del total de los recursos asignados para la APS y si bien permite mejorar el control de gestión, es distorsionador porque solo contempla el gasto asistencial directo y no el gasto indirecto de la acción. El financiamiento vía convenios debiera ser corregido incorporándolo al per-cápita, junto con un mejor control de gestión.

La mayor dificultad en la implementación del modelo ha sido la existencia de múltiples programas en la APS, en especial el GES, que fragmentan y verticalizan la atención, todo lo cual dificulta una atención más personalizada e integrada, como propone el modelo de atención integral, familiar y comunitario. Además las prioridades GES no consideran las características y necesidades de la población a cargo, sino que han sido fijadas en base a promedios nacionales. En estricto rigor, es lo opuesto al modelo de atención integral, familiar y comunitario.

Este modelo se basa en trabajar con población a cargo manteniendo un contacto cercano y permanente con su equipo de cabecera, en todo el ciclo vital, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de intervención en la red articulada de servicios. Favoreciendo la relación vincular en el manejo de la situación de salud de personas y familias, en su contexto de vida.

La calidad de la información es un factor a corregir por razones sanitarias, de control de calidad de los servicios prestados y como medida de control de gestión. Para esto es necesario contar con sistemas de información estadística confiables, consistentes, de utilidad en los distintos niveles del sistema de salud y conocidos por los actores finales de éste.

Las actuales inconsistencias de datos en relación a cifras de compensación en población con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, entre el Registro Estadístico Mensual (REM) y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011, son inaceptables y deben ser corregidas, para el logro sanitario esperado.

El efecto negativo de metas asociadas a incentivos económicos (metas supeditadas a negociaciones), ha fomentado la práctica por actividad en desmedro de favorecer la atención centrada en la persona. Se debe revisar el tema de los incentivos actuales y buscar fórmulas que realmente ayuden a mejorar la calidad de la atención que le prestamos a nuestra población a cargo y que refuerce a los equipos de salud que lo hacen mejor. Es necesario transitar hacia sistemas de metas por resultado e impacto sanitario, e incluso revertir la mirada hacia indicadores de población sana.

La cantidad de actividades monitoreadas no da cuenta de la calidad de los procesos, por ejemplo el número de exámenes preventivos no informa sobre el porcentaje de factores protectores y de riesgo pesquizados, ni de su evolución en el tiempo.

La desvinculación de las metas actuales con el modelo de atención integral, familiar y comunitario, exige integrar los programas por ciclo vital. Es necesario que esto surja desde el Ministerio de Salud.

El tipo de profesional médico que trabaja en APS es el factor más importante que aparece con mucha consistencia en diversos estudios que se han enfocado en los factores específicos del modelo vinculados a una APS más desarrollada y los efectos positivos observados.

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. El desafío de la formación universitaria de Médicos Especialistas en Medicina Familiar ha sido asumido por varias Universidades en nuestro país. Estos especialistas, que existen en la mayoría de los países desarrollados, son los que cuentan con las competencias para hacerse cargo de la salud de las personas y de sus familias en forma continua e integral y, a su vez, cuentan con una mayor capacidad resolutoria.

En Chile no ha habido una política masiva de desarrollo de los Médicos Generales para la adquisición de las competencias necesarias para desempeñarse en APS, ni desarrollarse como Médicos Familiares. Por el contrario, la certificación por los Servicios de Salud de Médicos Generales como Médicos de Familia, con diversidad de criterios, revela la falta de valoración de la especialidad y la dificultad en la comprensión de lo que la APS necesita como especialista para lograr la efectividad clínica esperada. Se suma a esto el desconocimiento del Médico de Familia por parte de la población, en virtud de lo cual se deben desarrollar estrategias para que la Medicina Familiar sea apreciada y valorada en su real dimensión. Se hace necesario entonces mantener el esfuerzo que se está haciendo en potenciar la formación y la permanencia de los médicos de familia en la APS.

La atención centrada en la persona, la integralidad y la continuidad de los cuidados, implica:

- Integrar programas por ciclo vital con indicadores de resultados, de forma tal que desarrollen en la práctica los principios del modelo, como por ejemplo el programa Chile Crece Contigo.
- Poblaciones pequeñas a cargo de equipos multidisciplinares específicos (5.000 personas).
- Médicos de Familia con formación universitaria y Médicos de Familia acreditados por CONACEM.
- Médicos integrados al equipo de cabecera, cumpliendo los tres principios básicos del modelo.
- Profesionales de la salud con formación universitaria con enfoque familiar y comunitario.
- Apoyar decididamente a las Universidades que están formando profesionales en este ámbito y buscar fórmulas para que se asocien con la APS, incentivando de esta forma el ambiente formativo y poder estimular la investigación aplicada a la APS.
- Avanzar en indicadores y metas de resultado e impacto sanitario, que reflejen la integralidad de los cuidados.
- Sistema nacional de percepción de satisfacción usuaria, periódico, que permita definir tendencias por área evaluada, por establecimiento.
- Establecer en el marco jurídico la responsabilidad del Alcalde en el desarrollo y la operación de la APS a nivel comunal.
- Asignación de recursos para resolver más ágilmente los problemas de listas de espera “no GES” en la red secundaria o terciaria local.

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

Esta falta de resguardo legal implica fragilidad en la permanencia y el desarrollo del modelo, así como la poca consistencia en su implementación. De esta forma cobran relevancia la voluntad de los administradores de

salud y los énfasis en las políticas del sector, no siempre alineadas con la evidencia generada en países con alto nivel de desarrollo social y APS avanzada.

### **Propuesta**

Proponemos la promulgación de una ley que resguarde el Modelo de atención integral, familiar y comunitario y su permanencia en el tiempo, que sea vinculante con la formación del recurso humano, la adecuación de las metas sanitarias, el progresivo aporte presupuestario y el posicionamiento de la APS como base y eje del sistema de redes asistenciales.

### **Referencias bibliográficas**

- Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2016.** Orientaciones para la Planificación y Programación en Red.
- David Debrott, 2015.** Financiamiento de la APS Municipal. Congreso de Salud Primaria Municipal. Asociación Chilena de Municipios.
- Centro Políticas Públicas UC. 2014.** Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno.
- Püschel, K et al. 2013.** Hacia un nuevo modelo de APS: evaluación del Modelo de Salud Familiar Ancora-UC. Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Starfield, B. 2012.** Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services.
- Montero, J. et al. 2010.** Reforma sanitaria chilena y la Atención Primaria de Salud. Algunos aspectos críticos. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro Políticas Públicas UC.
- MINSAL. 2008.** Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria.

[1] Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de Valparaíso, Universidad de La Frontera, Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, Waynakay, Asociación Chilena de Municipios, CESFAM, Agrupación de Médicos de APS, Ministerio de Salud, OPS/OMS