

Relevancia y contribución de la Atención Primaria de Salud

DANIEL RIVEROS GALAZ¹, ALEX ORTIZ CABEZAS¹, ÁLVARO MENDOZA CONTRERAS²

Contributions and relevance of Primary Health Care

Abstract

Primary Health Care (PHC) constitutes the basis of the Chilean public health system. For more than 30 years, Primary Health Care (PHC) has been internationally recognized as one of the key components of an effective health system, since it is considered a development strategy to achieve better levels of health, which is why WHO strongly encourages countries to strengthen the primary level of care. However, despite the relevance of PHC and the evidence in its favor, there are important barriers to the implementation of the family medicine model in the health system in Chile. Therefore, it is important to know in detail the benefits of a strong PHC and the difficulties that plague the public care system for its development.

Keywords: contribution, relevance, primary health care

Resumen

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye la base del sistema público de salud chileno. Desde hace más de 30 años la Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida internacionalmente como uno de los componentes claves de un sistema de salud efectivo, puesto que se considera una estrategia de desarrollo para alcanzar mejores niveles de salud, razón por la cual la OMS promueve enfáticamente que los países fortalezcan el nivel primario de atención. Sin embargo, a pesar de la relevancia de la APS y la evidencia a favor, existen barreras importantes para la implementación del modelo de medicina familiar en el sistema de salud en Chile.

Por lo tanto, es importante conocer a detalle los beneficios de una APS fuerte y las dificultades que aquejan el sistema público de atención para el desarrollo de ésta.

Palabras clave: Contribución, relevancia, atención primaria de salud

1. Médico familiar mención Adultos. Docente Subdepartamento de Medicina Familiar. Universidad Católica del Maule.

2. Médico. Becado medicina familiar mención adultos. Universidad Católica del Maule.

Correspondencia:

Daniel Riveros Galaz

Email: driveros@ucm.cl

Introducción

El sub-sistema de salud público en Chile se encuentra conformado por 3 niveles de atención (Figura 1) conocidos respectivamente como *Nivel Primario de Salud*, *Nivel Secundario de Salud* y *Nivel Terciario de Salud*. Se encuentran articulados y las diferencias entre ellos responden a la cobertura que ofrecen a una comunidad determinada y el nivel de complejidad de las prestaciones de salud incluidas.

Históricamente se ha graficado estructural y funcionalmente a estos niveles adquiriendo una configuración triangular, en que la base está representada por el nivel primario de salud (comúnmente conocido como APS), la cual presenta una amplia participación en las comunidades y con distribución nacional. La realidad local exhibe una marcada tendencia a subestimar el nivel de complejidad de la APS, puesto que si bien desde un punto de vista técnico o de la gravedad de parámetros biológicos de sus usuarios, es más baja que los otros niveles. No obstante, podemos mencionar que la complejidad de la APS está explicada por parámetros psicosociales y por la presencia de otros determinantes de la salud, que son el foco principal y exclusivo de este nivel de atención. Los centros asistenciales que componen este nivel son los hospitales de baja complejidad, los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), las Postas de Salud Rural (PSR) y, los Servicios de Urgencias de la Atención Primaria en todas sus modalidades: Servicios de Urgencia Rural (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) y Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR).

El nivel secundario, está encargado de las acciones que involucran tanto atenciones ambulatorias como hospitalarias, a cargo de equipos con médicos especialistas de al menos las 4 áreas básicas (pediatría, obstetricia y ginecología, cirugía y medicina interna), para la realización de prestaciones de salud tanto diagnósticas

como terapéuticas de mayor complejidad que en el nivel primario. Los centros asistenciales correspondientes a este nivel son los hospitales de mediana complejidad y algunos centros ambulatorios de especialidades.

El nivel terciario se caracteriza por el desarrollo de prestaciones de salud de alta complejidad y tiene como función la resolución de las prestaciones que no encuentran respuesta en los niveles más bajos de atención. Se consideran como centros de derivación para pacientes del área geográfica asignada. Sin embargo, también pueden dar respuesta a requerimientos desde otras provincias en una misma región o, inclusive, de otras regiones a nivel nacional (ejemplos son el Instituto Traumatólogo, el Instituto Nacional de Neurocirugía, entre otros).

Desarrollo

APS y Modelo de Salud Familiar

Normalmente se entiende el nivel primario de atención como el primer contacto entre los usuarios y los sistemas de salud.¹ La APS se enmarca en ese contexto y es un componente del nivel primario de salud, tiene un carácter multidisciplinario con amplia cobertura en la población y, en los sistemas desarrollados, corresponde a una única puerta de entrada al sistema. Además, está encargada de coordinar e integrar toda la red asistencial. Según la evidencia disponible, se hace cargo de la mayor parte de los problemas de la población y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha demostrado que la APS “puede ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos”.

En línea con la declaración de Alma Ata,² la APS se caracteriza por un bajo nivel de complejidad técnica, con alta cobertura poblacional y una fuerte vinculación comunitaria.

Desde hace más de 30 años la Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida internacionalmente como uno de los componentes claves de un sistema de salud efectivo, puesto

que se considera una estrategia de desarrollo para alcanzar mejores niveles de salud.

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) ha sido definido como “*El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural*”. Concibe la salud como un derecho, fenómeno que sitúa a los usuarios en el centro de la programación y provisión de salud. Es un *modelo de relación* entre los miembros de los equipos del sistema de salud y las personas, sus familias y la comunidad del territorio. Concibe la salud como un estado de bienestar más amplio, no tan basado en el continuo salud-enfermedad. El modelo debería determinar una estructura que se organiza en función de las necesidades de estas personas y no necesariamente de los equipos, antes de todo.

Atención Primaria en Chile

Hasta 1993,³ la atención primaria estaba representada por lo que se conocía como consultorios, estos centros de salud se caracterizaban por el modelo de salud que los regía, principalmente centrados en el modelo biomédico de atención, con poca participación de las familias y la comunidad, con énfasis en las enfermedades más frecuentes de la época (infectocontagiosas). A fines de 1998, comienza a manejarse el concepto de CESFAM, comenzando a gestarse un cambio de foco ahora más en aspectos biopsicosociales. Con la *reforma a la salud*, desde el 2001-2002 se comienza a implementar cambios sustanciales en el sistema nacional de salud, que buscaban resolver la problemática dada por aspectos como la transición demográfica, un cambio

del perfil epidemiológico de las enfermedades, los problemas derivados de la inequidad y los altos costos en la salud y, especialmente, por la insatisfacción de la población con respecto a la atención. Una de las formas de responder a estas problemáticas consistía en fortalecer la atención primaria, generando un cambio en el funcionamiento de ella. Sin embargo, se ha podido constatar la dificultad para implementarla y relevar su importancia dado que, eminentemente, no se estableció un marco regulatorio adecuado que pudiera garantizar su concreción. Entre los años 2002-2015^{4,5} la APS se hace parte de un proceso de transformación progresiva de consultorios a CESFAM, y teóricamente, en el año 2015 todos los centros de salud se habrían convertido en CESFAM, determinándose un marcado fortaleciendo del modelo.

La APS tiene dependencia casi exclusivamente municipal (aunque algunos centros aún mantienen dependencia con los respectivos servicios de salud), lugar donde se realiza la gestión los diferentes centros que la componen.

Es inconcebible que se logre desarrollar sus funciones de manera independiente, por lo que se trabaja alineadamente con otras áreas del desarrollo comunal como educación, vivienda, obras públicas, entre otros.

Cada uno de estos centros tiene una población a cargo, habitualmente sectorizada según área geográfica, con un equipo multidisciplinario y un jefe de sector quien se encarga de coordinar el trabajo entre los diferentes miembros del equipo, equipos de apoyo transversal y, que actúan bajo el modelo de salud familiar. El Equipo de profesionales de cada sector conoce a la población que tiene a cargo y está conformado por profesionales y funcionarios con funciones de apoyo al equipo clínico.

Principios y Ejes del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)⁴

Del MAIS, podemos mencionar que existe tres *principios irrenunciables* que regulan su desarrollo^{6,7}:

- **Centrado en la persona:** en este principio aplica la lógica de que las personas son capaces de decidir sobre su salud, respecto de las conductas que desean cambiar y no. El equipo de salud al proponer un plan estaría haciendo básicamente recomendaciones y no indicaciones rígidas unilaterales, que centradas en las necesidades y expectativas de las personas y sus familias. A este fenómeno le conocemos como corresponsabilidad en la toma de decisiones.
- **Integralidad:** el modelo aplica estrategias para cada etapa del proceso de salud-enfermedad. Aborda estrategias que promueven la mantención o incorporación de conductas hábitos saludables para conservar el buen estado de salud. Incita a los usuarios a suspender las conductas o hábitos que determinan o aumentan riesgo de enfermar. En los que están enfermos ya, provee atenciones para recuperar la salud o rehabilitar en caso de que esto no sea posible. Finalmente, cuando las personas se encuentran en etapas irreversibles y de fin de vida, ofrece acompañamiento y cuidados continuos, inclusive hasta luego de la muerte, en lo que respecta al cuidado de la familia que queda en vida.
- **Continuidad del cuidado:** de este principio, podemos mencionar que quizás existe menos acuerdo respecto a que es. Principalmente se hace referencia a la continuidad de la atención durante el ciclo vital (todas las etapas de la vida de un individuo, desde que nace hasta que muere), haciéndose cargo de todo el proceso de manera integral, como se describe en el principio anterior (continuidad funcional). Pero también, entendemos la continuidad como la disponibilidad de un equipo o un profesional (en su defecto) para cada vez que el paciente lo requiera, que lo conozca y optimice la atención de acuerdo a lo que ya se conoce de éste (continuidad del equipo de salud). Y finalmente, como concepto se entiende a que el paciente pueda recibir continuidad en la atención para di-

cha condición clínica que motiva la consulta (más conocida como continuidad clínica).

La APS debe contar y disponer de los recursos para abordar los siguientes objetivos:⁸ mejorar el grado de satisfacción de los usuarios, aumentar la capacidad resolutoria de los equipos, detectar precozmente y limitar la progresión de las enfermedades crónicas, promover estilos de vida saludable evitando la aparición de enfermedades, hacerse cargo de la problemática psicosocial, mantener cobertura de los programas de salud que actualmente se ofrece, abordar los problemas de salud propios de cada etapa del ciclo vital individual y familiar, articular la red asistencial de manera protagónica mejorando la resolutoria del sistema de salud propiamente tal y, realizar una gestión eficiente de los recursos que habitualmente son reducidos y limitados.

Financiamiento de la APS

Respecto del financiamiento, mencionamos que este proviene principalmente desde el Estado de Chile y se entregan montos para el funcionamiento de los centros de salud. Se distinguen dos tipos de administraciones o dependencias de centros, que, a su vez, determinan la forma de financiarse.⁹

- Los centros de salud bajo administración municipal reciben financiamiento por ejecución de la Ley 19.378 (y algunas modificaciones), lo que garantiza un aporte de un monto per capitado según número de población inscrita asignada al centro de salud, dando cobertura financiera para el Plan Salud Familiar, el cual es equivalente a una canasta de prestaciones de salud familiar. Existen criterios para ajuste de este monto per cápita, los cuales pueden ser considerados como basales y otros variables. Los criterios basales son el porcentaje de personas mayores de 65 años y desempeño difícil. Los variables son ruralidad, pobreza y dificultades de acceso a la salud. Podemos

mencionar entonces que a mayor número de personas inscritas mayor es el aporte. A mayor factor de vulnerabilidad, que depende del nivel socioeconómico, la edad de los pacientes y la ruralidad de estos, mayor es el aporte. Todos estos criterios con dinámicos y están sujetos a cambios según las variaciones que experimente la población que recibe cobertura del centro de salud.

- Los centros de salud que cuentan con menor cobertura (menos de 3.500 inscritos) reciben financiamiento con montos fijos, independiente de la cantidad de usuarios que hagan uso del sistema.

Otras fuentes de financiamiento complementaria para estos centros, son los programas de reforzamiento de la APS, más conocidos como PRAPS (Programas de Resolutividad de la APS), que son convenios de prestaciones entre la APS y los respectivos servicios de salud donde están insertas.

- Otros centros de salud primaria, la menor parte de éstos, no tienen dependencia directa de las municipalidades, más bien directamente de los servicios de salud donde están insertos. Estos se financian a través de la Ley 19.937.
- Otros aportes fiscales.

Evidencias en entorno al Modelo de Salud Familiar

La evidencia nacional e internacional que respalda este modelo de atención es cuantiosa y creciente. Se ha demostrado que los países que cuentan con APS robustas son los que mejores resultados en salud obtienen, razón por la cual la OMS promueve enfáticamente que los países fortalezcan el nivel primario de atención. Los principales atributos que permiten conseguir estos logros están explicados por la presencia de equipos clínicos que se forman, se capacitan y se desarrollan en la APS misma, que incorporan tecnología e innovan en

la atención de salud y, que poseen una organización que permite en trabajo en equipos, junto con un enfoque clínico centrado en las personas, sus familias y la comunidad donde están insertos.

Se ha demostrado sistemáticamente que una APS fuerte trae de la mano mejores resultados en salud. Se expone las siguientes evidencias de esto:

- Mejores indicadores en salud: menos AVPP, menor carga de enfermedad. Esto se ha demostrado ajustando según diferentes niveles de desarrollo de los países.¹⁰
- Menor gasto en salud: los países con APS mejor desarrollada según un score de nivel de implementación tienen menos gasto en salud, tanto en el sistema como en el que incurre el usuario directamente.¹¹
- Menos AVPP: en los países de la OCDE se ha demostrado que, a mayor nivel de desarrollo de la APS, menor es la cantidad de AVPP.¹²
- Inequidad en salud: la evidencia reporta que los países con APS más desarrollada y con mayor tasa de médicos especialistas en la APS (médicos familiares) se asocian a menor inequidad en salud.¹³
- Disminución de la mortalidad: se ha demostrado tanto a nivel internacional¹⁴ como nacional que el dotar de más médicos especialistas en la APS se asocia con disminuciones significativas en las tasas brutas y ajustadas de mortalidad en la población general. Esto sólo se ha demostrado con médicos especialistas de la APS y no de manera sistemática con médicos generales no especialistas.
- Formación académica e inequidad: también se ha demostrado que los países que logran avanzar en la formación académica especializada de sus médicos que trabajan en la APS, logran alcanzar mayores niveles de equidad.¹⁵
- Atenciones de urgencias: a nivel nacional se ha demostrado una adecuada implementación del modelo de salud familiar se rela-

ciona con menos consultas en los servicios de urgencias, tanto en los establecimientos de alta complejidad como en los del nivel primario de salud.

- **Resolutividad:** se ha demostrado que los sistemas de salud que se basan en APS fuertes, tienen menores tasas de derivación a nivel secundario o terciario en salud. En otras palabras, esto se entiende como mayores porcentajes de resolutividad, lo cual se alinea con los COMGES y metas IAAPS derivadas del nivel central.¹⁶
- **Número de consultas por pacientes:** los usuarios que se atienden en centros con nivel desarrollado del MAIS, tienen menores tasas de consultas en la APS por los mismos motivos de consulta (redundancia o reconsultas).
- **Satisfacción usuaria:** en un estudio nacional realizado de manera independiente en la Red de Centros de Salud Familiar Áncora UC, se demostró que los centros de salud con mejor implementación del modelo de salud familiar presentan mayores niveles de satisfacción usuaria.¹⁷

Se entiende como APS fuerte¹⁸ a aquella que al menos mantiene estas 6 características: se constituye como el primer y más estable contacto con amplia cobertura y acceso; un enfoque centrado en la persona y continuo a lo largo del ciclo vital; comprensión del usuario; cuidado centrado en la familia y sus necesidades; enfoque comunitario y, finalmente, un rol de coordinación de toda la red asistencial. Ejemplos de países APS fuertes son Inglaterra, España, Canadá, Finlandia, Dinamarca, Nueva Zelanda, entre otros.

Recursos Humanos en APS

La medicina familiar es la especialidad de la APS, sin embargo, la mayor parte de los médicos familiares en Chile no trabaja, incomprensiblemente, en el sistema de salud público o en la atención primaria. Las explicaciones son

varias, pero principalmente podrían estar dadas por las brechas salariales, las condiciones laborales impuestas por los empleadores o porque muchas veces la APS presenta alta rotación de profesionales lo que podría atentar contra la adecuada implementación del modelo.

Lamentablemente, se desconoce el número real de médicos familiares acreditados que se desempeñan en Chile, pero existe estimaciones ya bastante desactualizadas, situando a la cantidad de médicos familiares acreditados por la superintendencia de salud en 2011 en tan solo 278 especialistas. Sin embargo, la sociedad científica que los reúne, en el 2010 estimaba el número en cerca de 470 especialistas.

El estudio de brechas realizado por un equipo liderado por la Dra. Rojas,¹⁹ reporta que en Chile se cuenta con una dotación de médicos por debajo de lo que cuentan países desarrollados como EE. UU., Reino Unido y España. Con una proporción muy baja de médicos dedicados a la APS y, una dotación de especialistas en Medicina Familiar que es marginal. De este mismo estudio se desprende que la brecha de médicos en APS para Chile supera el 60% de su dotación estimada el año 2008 (datos publicados por la subsecretaría de redes asistencial en 2010) según estándares nacionales y, bajo estándares internacionales (países pertenecientes a la OCDE), este déficit supera el 200%. (Figura 2)

Discusión

La situación sanitaria de Chile destaca por una transición marcada desde el punto de vista sociodemográfico, en el que originalmente se observaba altas tasa de natalidad y mortalidad, con bajo crecimiento vegetativo de la población, a un perfil más bien marcado por bajas tasas de natalidad y fecundidad (inclusive por debajo de lo que se describe necesario para obtener tasas de reemplazo), con aumento de la expectativa al nacer y un rápido envejecimiento de la población, tal como ha ocurrido históricamente en los países desarrollados.

Desde un análisis epidemiológico, la situación se explica en que Chile ha ido transitando desde un perfil de sanitario marcadamente basado en patologías infecciosas, traumatológicas y un componente de complicaciones materno-fetales, hacia un perfil más bien explicado por la disminución de estas y el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las de salud cardiovascular, cáncer y salud mental.

Una de las estrategias que ha permitido a los países desarrollados, que han experimentado este cambio descrito en Chile, ha sido la reestructuración de los sistemas de salud fortaleciendo el nivel primario de atención. A pesar de este fenómeno, en **Chile el sistema sanitario no ha logrado adecuarse a los tiempos y las necesidades**. A raíz del análisis de la red asistencial regional, así como del análisis de expertos en el sistema de salud chileno y la APS, se explica que el sistema de salud chileno no ha logrado implementar de manera adecuada la recomendación hecha por la OMS, que sitúa a la APS en un puesto clave para la obtención de mejores resultados en salud debido a que en nuestro sistema de salud se observan las siguientes tendencias²⁰:

Hospitalocentrismo: concepto que aborda el excesivo desarrollo de nuestro sistema de salud entorno a hospitales. Gran parte de la formación médica y de otras profesiones afines a la medicina, ocurre predominantemente en los hospitales. Los estudiantes aprenden a identificar y manejar enfermedades en etapas avanzadas y en formas de presentación más graves, precisamente lo que se busca (y se ha demostrado) evitar a través del enfoque de salud familiar. Junto con esto, los futuros profesionales de la salud, cuando deciden incorporarse a la APS, intentan contribuir desde sus competencias adquiridas en el nivel hospitalario. Otro punto importante, es que la atención centrada en los hospitales constituye una estrategia política para los partidos y las per-

sonas dedicadas a esta. Existe evidencias de que, en periodos de eleccionarios, en términos de salud se ofrecen “hospitales y más especialistas para estos hospitales”. Este fenómeno, es más crítico en los países menos desarrollados desde un punto de vista socioeconómico y, al contrario, los países desarrollados tienden a relevar el rol de una APS fuerte. Todos estos aspectos, contribuyen a que la población perciba que sus problemas de salud se resuelven en los hospitales y no en la APS.

Fragmentación: este concepto se podría interpretar desde dos miradas. En primer lugar, tiene su mayor expresión en usuarios con múltiples condiciones de salud, dado que, al aún no contarse con altos niveles de desarrollo de la APS, las personas son atendidas de acuerdo con sus enfermedades y en diferentes programas de atención, es decir, equipos encargados de “solo” un tipo de enfermedades y no tanto de otras. En segundo lugar, la fragmentación pueda estar dada a un nivel superior, y está descrito que los sistemas de salud que ofrecen coberturas diferenciadas para ciertos grupos de enfermedades, por una parte, garantizan coberturas para estas enfermedades en quienes el acceso es un hecho, pero quienes no cumplen con criterios de acceso, quedan fuera y reciben atención parcial e insuficiente de sus necesidades.

Mercantilización: surge (o se nutre de alguna manera) por esta mirada de la salud como un bien de consumo, en que quienes disponen de los recursos pueden acceder a las prestaciones de salud.

Por otra parte, la inequidad en salud es un fenómeno que viene ocurriendo y acrecentándose en las últimas décadas en Chile, que tiene su principal origen en brechas en el acceso a los servicios de salud. Estas brechas determinan que el sistema sanitario sea más ineficiente, asociando mayor gasto en el cuidado de los enfermos.

Además, desde otras perspectivas, se ha planteado que constituyen grandes dificultades para el adecuado desarrollo de la APS en el marco del sistema de salud, otras explicaciones:

Financiamiento: habitualmente es escaso y la mayor parte de estos recursos se destinan (principalmente) a sueldos. Lo que determina una brecha entre lo que se necesita y se dispone para hacer frente de manera efectiva a las demandas de salud. Existe en la APS una fuente de financiamiento eminentemente basada en el valor per cápita que se entrega, pero actualmente existe iniciativas para mejorar este aspecto, ya sea aumentando el monto per cápita o, eventualmente, cambiando a una modalidad de pago asociado a prestaciones.

Administración de los recursos: este aspecto es muy importante, puesto que la APS está bajo dependencia municipal, se encuentra sujeta a los constantes cambios políticos y la determinación que se tome desde las alcaldías. No pocas veces, priman aspectos políticos por sobre los técnicos.

Recursos humanos: existe insuficiencia de funcionarios y de éstos capacitados, dado a una alta rotación de profesionales (especialmente de médicos) puesto que se utiliza la APS como plataforma de lanzamiento para propósitos personales. Además, los incentivos no están del todo puestos que la APS, tanto financieros como relacionados con carrera funcionaria, entre otras. Las demandas crecientes no logran ser cubiertas por la cantidad de horas ofertadas de acuerdo a la dotación funcionaria. Si bien se ha logrado establecer mejoras los últimos años, las brechas de médicos, especialmente de médicos especialistas en la APS, está lejos de resolverse. Por otra parte, sumado al déficit de médicos, se ha determinado que los médicos con que se cuenta tienen bajos niveles de capacitación y competencias clínicas.

Resolutividad: la APS altamente resolutiva es aquella que dispone tanto de recursos financieros como tecnológicos, que logra disponer de una canasta adecuada de exámenes y medicamentos, que logra mantener capacitados a sus funcionarios en la toma de decisiones. Si bien en Chile existe buenos niveles de resolutividad, evidentemente estos podrían ser mayores si se contara con las herramientas e insumos para enfrentar los problemas de salud.

Resistencia al enfoque preventivo y promocional: tanto de los equipos como de las comunidades. La comunidad siente que necesita y solicita más enfoque asistencial.

De manera complementaria, mencionamos que actualmente el sistema de salud chileno se encuentra en etapas avanzadas en la implementación de las medidas que la reforma a la salud ha intencionado, y sin haberse desarrollado de manera completa esta profundización (producto de motivaciones sociales y de grupos políticos detrás de, especialmente, la búsqueda de mayor regulación al sistema privado) hoy en día se está planteando una nueva revisión y ajustes a esta reforma en curso.

Sin embargo, lamentablemente ha sido poco visualizado y valorado el rol de la APS, que se ha hecho cargo de una gran parte de la demanda menos compleja biomédicamente, pero con una mayor complejidad desde lo psicosocial y manejo de otras determinantes en la salud. Para la APS, la demanda basal siempre se mantuvo y se adicionó lo relativo a la pandemia. La APS se vio con una capacidad de respuesta reducida especialmente para los pacientes con enfermedades crónicas, los que por varios meses vieron suspendidos o acotados sus controles, limitándose a veces a tan sólo extender sus recetas. Como era de esperar y se anticipó nacional e internacionalmente, se está visualizando una alta demanda en los servicios de urgencias dependientes de la APS (los llamados SAPU, SAR y SUR que previamente se mencionaron).

Existe estimaciones de que hasta el 50% de las atenciones ambulatorias de la APS tienen un carácter de consulta de urgencia y esto atenta contra los principios del modelo que se intenta implementar.

Conclusión

Es fundamental fortalecer la APS. La evidencia internacional y nacional ha demostrado que se logran mejores indicadores en salud, menor carga de enfermedad, menor gasto en salud, menores tasas brutas y ajustadas de mortalidad. Una APS más desarrollada y con mayor tasa de médicos familiares se asocian a menor inequidad en salud y mejor resolutivez; menores tasas de derivación a nivel secundario o terciario, además de mejorar la satisfacción usuaria. Es necesario que avancemos en superar la brechas y limitaciones que lamentablemente debilitan la APS en Chile y realizar un cambio profundo de paradigma orientado a fortalecer la atención primaria acogiendo las recomendaciones OMS, siguiendo el ejemplo de países desarrollados, en los que el eje central para lograr mejores resultados en Salud es una APS Fuerte.

Referencias

1. González C, Castillo-Laborde C, Matute I: [ed.]. Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD. 2019.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- 3.- Ministerio de Salud. De consultorio a centro de salud: marco conceptual. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1993. Disponible en [http:// bibliotecaminsal-chile.bvsalud.org/cgi- bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/](http://bibliotecaminsal-chile.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/) Acceso el 10 de octubre de 2023.
4. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud. Serie Cuadernos Modelo de

Atención No. 1. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2005.

5. Ministerio de Salud. En el camino a centro de salud familiar. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2008. Disponible en: [http:// www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf) Acceso el 10 de octubre de 2023.

6. Ministerio de Salud. Informe de Implementación del Programa MAIS Familiar y Comunitario 2015–2017. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018.

7. Ministerio de Salud. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de Atención Primaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, División de Atención Primaria; 2015.

8. Téllez A. Atención primaria, factor clave del proceso de reforma al sistema de salud, Temas de la Agenda Pública. 2006 Ago;1(2):1-12.

9. Montero J, Poblete F, Torche A, et al. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. Propuestas para Chile, Concurso de Políticas Públicas 2008.

10. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.

11. Phillips RL Jr, Starfield B. Why does a U.S. primary care physician workforce crisis matter? *Am Fam Physician.* 2003 Oct 15;68(8):1494, 1496-8, 1500. PMID: 14596437.

12. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003 Jun;38(3):831-65. doi: 10.1111/1475-6773.00149. PMID: 12822915; PMCID: PMC1360919.

13. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012.* *Gac Sanit.* 2012 Mar;26 Suppl 1:20-6. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.009. Epub 2012 Jan 21. PMID: 22265645.

14. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J Public Health Med.* 2002 Dec;24(4):252-4. doi: 10.1093/pubmed/24.4.252. PMID: 12546200.

15. Puschel K, Rojas P, Erazo A, Thompson B, Lopez J, Barros J. Social accountability of medical schools and academic primary care training in Latin America: principles but not practice. *Fam Pract.* 2014 Aug;31(4):399-408. doi: 10.1093/fampra/cmu010. Epub 2014 Apr 22. PMID: 24755665.

16. Infante, A, Salas X. “Evaluación de desempeño de consultorios Ancora: Equidad de acceso y resolutivez”. Documento de Trabajo,

Consultora Epidemiología y Gestión. 2011. 17. Peñaloza, B., Th. Leisewitz, L. Nogueira, G. Bastías y L. Villarroel (2008). “Evaluación del Modelo de Salud Familiar en Atención Primaria desde la Perspectiva de los Usuarios”. IV Concurso del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS). SA07I20032, 2007-2008.

18. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002 Jun;60(3):201-18. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00208-1. PMID: 11965331.

19. Rojas MP. Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena. En: Irrázaval I, editor. *Propuestas para Chile. Concurso Políticas Públicas para Chile 2011.* Santiago de Chile: Centro de Políticas públicas UC; Primera edición; 2011. p. 231-265.

20. Brahm S. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Primera edición. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Políticas Públicas UC; 2017.

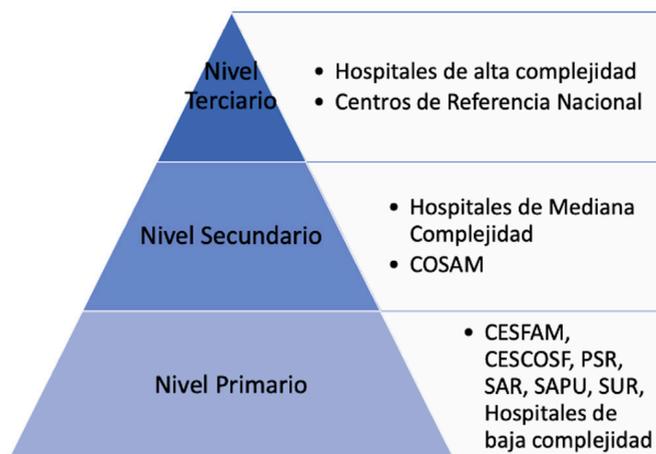


Figura 1: Niveles de atención del Sistema de Salud Chileno
Fuente: Elaboración propia a partir de descripciones ministeriales.

	Médicos por 10.000 habitantes en el sistema	% de médicos en APS	Médicos APS por 10.000 habitantes
Estados Unidos	25	40	8
Reino Unido	24	30	5.8
España	23	38	8.5
Chile país	17.9	S.I	S.I
Chile subsistema público	7.9	9*	1.6*
S.I : Sin Información			
*Esencialmente médicos generales indiferenciados			

Figura 2:Dotación de médicos en el sistema y APS.
Fuente: Revista Propuestas para Chile, año 2011, PUC