LITORALPRESS

Fecha: 03-06-2025
Medio: Le Monde Diplomatique
Supl. : Le Monde Diplomatique
Tipo: Noticia general
Título: La atencjón primala de salud tiene una estrategia para mejorar

Pág. : 10
Cm2: 675,5

Tiraje: 6.200
Lectoría: 18.600
Favorabilidad: No Definida

A cien a 100 años de la "cuestión social"

La atención primaria de salud tiene una estrategia para mejorar

por Soledad Barría Iroumé*

Hoy la salud es un problema para los y las chilenas. La salud privada es cara y discrimina a los enfermos, atiende al 13% de la población más sana y rica. La salud pública cubre al 82% de la población y casi completamente a las personas con mayor riesgo de enfermar: adultos mayores, enfermos crónicos y personas en situación discapacidad. Tiene problemas importantes de acceso, especialmente a las especialidades, lo que se transforma en listas de espera interminables.

El actual gobierno y parlamentarios han buscado mejorar o solucionar estos problemas con legislaciones como: la Ley Corta de Isapre que mejora también el Fonasa; proyectos hoy en el congreso para terminar con las declaraciones de salud y la discriminación en el sistema privado; fortalecer el Fonasa; incidir en las listas de espera y el sistema público de salud, etc.

Sin embargo, lo más relevante que está sucediendo en salud no ha requerido seguir un camino legislativo, es el inicio hace más de 2 años de la "Estrategia de Atención Primaria Universal", poco conocida hasta ahora. Se trata de ampliar y mejorar la atención primaria para todos y todas.

Para entenderlo, vale la pena revisar algo de la historia de la salud en Chile.

A comienzos del siglo XX, la salud del pueblo era un desastre. La esperanza de vida era de 30 años y morían más de 300 de cada 1000 niños que nacían. A propósito de las pésimas condiciones de vida y de trabajo aparece la llamada "cuestión social" con manifestaciones y huelgas que, si bien reprimidas con dureza e incluso matanzas, permite abrir un espacio de legislación por lo derechos laborales y de salud (Illanes, 1993)

Participación social

Se establece el código sanitario, el Seguro Obrero, la ley de enfermedades preventivas y se inician policlínicos ambulatorios, que hoy llamaríamos de Atención Primaria. En 1952 nace el Servicio Nacional de Salud que agrupa establecimientos dispersos. La creación del SNS, entidad centralizada, desconcentrada en zonas territoriales, cada una con poblaciones a cargo, es según Goic, el evento más importante de la primera parte del siglo XX (Goic, 2015). Permitió una visión integrada de las necesidades sanitarias desde el punto de vista social y de condiciones de vida con una atención médica con visión tanto individual como poblacional. Se empiezan a abordar determinantes de salud como el agua potable, el alcantarillado y la educación de las personas. En salud nacen los programas preventivos y de promoción de salud y se estructura la Atención Primaria con una fuerte participación social. Son relevantes el programa infantil con controles de salud y vacunaciones masivas, la lucha contra la desnutrición; el programa maternal con atención de parto por profesionales matronas a lo largo del país así como la entrega gratuita de anticonceptivos. Ello, sumado a las mejoras de las condiciones económico sociales ha permitido un enorme salto en los indicadores sanitarios del país, con descenso dramático de la mortalidad general e infantil (Lopez Jaña 2021), llegando la esperanza de vida a 81,2 años para 2023 y la mortalidad infantil a menos de 6 por cada 1000 niños nacidos vivos.

Podemos señalar que la atención primaria (APS) ha sido y es una Política de Estado, incluso en dictadura se mantuvo su presupuesto aun cuando en todo el Sistema Público disminuyó dramáticamente. Se transfirió su administración a los municipios (con Alcaldes designados) y se mantuvieron la gran mayoría de los programas preventivos lo que, a juicio de Razcinsky permitió que pese a la pobreza de los años 80, no se incrementara la mortalidad infantil y se mantuviera la baja en la desnutrición (Razcinsky 1984). A la vuelta de la democracia, se rearticuló la APS como base del Sistema Público, manteniendo la administración municipal, coordinada y financiada por el Ministerio de Salud (Fonasa)

Tenemos poca conciencia que la población de cada pedacito de nuestro territorio tiene a un equipo de salud a cargo que responde tanto a la administración del gobierno local, como a las políticas sanitarias país. Todo ello ha sido y es relevante a la hora de las frecuentes emergencias que sufrimos en el país. Hoy más de 100.000 funcionarios trabajan en APS, entre médicos, enfermeras, matronas, kinesiólogos, psicólogos, trabajadores sociales, químicos, nutricionistas, técnicos paramédicos y otros, en los más de 2.500 dispositivos de APS, 600 Centros de Salud, 100 hospitales comunitarios y postas y centros familiares. Es una tremenda inversión país que hemos ido construyendo a lo largo de más de un siglo.

Trabajo en equipos

Desgraciadamente, esta APS muchas veces se hace invisible para personas que toman decisiones en el país y también de los medios de comunicación que ven en el sistema privado, en la atención de especialidad y el uso intensivo de la mayor tecnología, lo que "debiera" realizarse en salud, presionando por cambios en el sistema público.

Así durante los últimos 20 años se han hecho grandes avances en resultados sanitarios y en APS con equipos multidisciplinarios e incremento de la resolución de problemas, lo cual es ampliamente reconocido en el extranjero. Sin embargo estos avances se cruzan con mayores necesidades de la población. En efecto hoy la expectativa de vida de los habitantes supera los 81 años y han cambiado entonces el tipo de problemas de salud a enfrentar. Adicionalmente se mantienen desigualdades según lo urbano/rural, lejanía de los territorios, etnias entre otros y ha aumentado la población portadora de enfermedades crónicas y a todo ello debe ir respondiendo el sistema de salud.

La APS y el Sistema Público han impactado en los resultados sanitarios del país, no sólo por responder a las enfermedades individuales sino especialmente por preocuparse de la salud de los colectivos humanos. Se trata de acentuar los factores que promueven la salud, prevenir las enfermedades y hacer notar y buscar mejorar los determinantes sociales y ambientales que inciden en los colectivos humanos, trabajando en conjunto con la comunidad afectada. Esto siempre es un desafío. Si bien contamos en Chile con un Modelo (manera en que se organizan los servicios) que en teoría hace promoción de salud y prevención de enfermedades, la realidad es que la mayor parte de la actividad en APS es curativa o bien centrada en programas preventivos dispersos que se han ido agregando progresivamente. Así una persona puede ser vista por profesional del programa cardiovascular y luego citada en la semana por hipotiroidismo, otro día por depresión, etc. Además la atención individual muchas veces hace olvidar los riesgos y la salud colectiva así como el trabajo comunitario.

Desde el 2022 el Gobierno ha iniciado una Reforma de la Atención Primaria, llamada **Atención Primaria Universal.** Se busca instalar efectivamente la APS como centro del cuidado de toda la población, independientemente de su seguro y con importantes mejoras y cambios en su funcionamiento. Se trata *de "hacer efectivo un enfoque de salud que compromete a toda la sociedad, que tiene como objetivo maximizar el nivel y la distribución de la salud y el bienestar combinando tres componentes: a) El primer nivel de atención y las funciones esenciales de salud pública como núcleo de los servicios de salud integrados; (b) políticas y acciones multisectoriales; y (c) personas y comunidades empoderadas"(FABREGA 2023).*

Comunas pioneras

Para ello se han ido adscribiendo comunas y poblaciones de diferentes municipios a esta estrategia, hoy día presente en 28 comunas "pioneras" comprometiendo aproximadamente al 10% de la población de municipios diversos, urbanos y rurales, con mayor o menor vulnerabilidad de sus poblaciones, de gobiernos de diferentes partidos políticos. Adicionalmente otros 41 municipios "de avanzada" han solicitado adscribirse a la reforma, reconocida como un avance, implementando líneas de trabajo aún cuando no se cuente con financiamiento especial, lo cual cubre otras 2 millones de personas. Esta estrategia compromete recursos para la ampliación de cobertura, mejorar el desempeño de los servicios por ejemplo ampliando los horarios de atención hasta las 20 horas, nuevos mecanismos las horas y citas, además de una mayor participación comunitaria, detectando los "activos comunitarios" que permiten a la propia comunidad potenciar elementos que favorecen la salud (salutogénicos) en lugar de los que producen enfermedades y finalmente el trabajo mancomunado de municipios y regiones para trabajar sobre los determinantes sociales.

Otro cambio relevante que modifica el cómo se entregan los servicios, es la atención "Centrada en la persona" (ECICEP). Se trata de establecer con la persona una relación diferente, horizontal, en que es vista por uno o más profesionales por todos los riesgos y problemas de salud que presenta la persona y familia, estableciendo un plan consensuado de abordaje. Se supera así la fragmentación en diversos "programas" y la separación entre prevención y enfermedad poniendo realmente en el centro a la persona y su familia. En reuniones con usuarios he podido notar cómo este cambio ha sido muy bien recibido por ellos que sienten que ahora efectivamente los escuchan, los consideran.

Este importante cambio en APS se ha estado llevando a cabo con participación de los actores a través del Consejo Asesor para la APS Universal, actores que van realizando un seguimiento del proceso y quienes han aportado importantes reflexiones -hoy desafíos a seguir enfrentando- sobre cómo: profundizar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario poniendo el foco en la salud y no en la enfermedad, mejorar el financiamiento per cápita y contrarrestar las inequidades entre comunas, adecuar las competencias del personal que trabaja en los centros, hoy mayoritariamente formados en el perfil biomédico (Ues 2021), mejorar la capacidad de resolver problemas en APS y darle una efectiva continuidad a la atención en la Red asistencial incentivando el diálogo y acuerdos entre niveles; la necesidad de dar una nueva mirada a la Participación comunitaria, incluyéndola efectivamente en este cambio de modelo que busca la salutogénesis y la mejora de los determinantes sociales.

Estos desafíos deben seguir siendo desarrollados como señala el Consejo Asesor (Síntesis 2023) pero la evaluación general es positiva, al igual que aquella realizada por Cepal respecto a esta estrategia (Cepal 2024) y la opinión positiva de los usuarios a través de su organización Ancosalud. En las comunas donde se ha implementado se han inscrito personas de Isapre, de las FFAA y también personas Fonasa que no conocían el trabajo de la APS y que sólo se atendían con la modalidad libre elección, pero adicionalmente han mejorado los horarios y la calidad de la atención para todos los usuarios.

El gran reto es mantener estas líneas de mejora más allá de un período de Gobierno, dándole la sustentabilidad política y económica requerida, transformándola, al igual que la APS, en Política de Estado. Necesitamos una Atención Primaria que nos cuide y que aprendamos entre todos a cuidarnos, que esté enfocada a la calidad de vida de las personas y comunidades y que también cuando nos enfermamos sea de fácil acceso y solucione los problemas ya sea en la misma atención primaria o nos envíe rápidamente donde exista solución a nuestro problema. ■

BIBLIOGRAFÍA
Cepal 2024, Castillo Carla, Atención primaria de salud universal en Chile: un análisis de la implementación inicial del proyecto en comunas pioneras, https://www.cepal.org/es/publicaciones/80736-atencion-primaria-salud-universal-chile-un-analisis-la-implementacion-inicial
Fabrega 2023, Coordinador Consejo Asesor Atención Primaria Universal, presentación a Asociación de Municipios 2023: https://www.achm.cl/wp-content/uploads/2023/04/HACIA-LA-APS-UNIVERSAL.pdf revisado abril 2025
Goic G, Alejandro. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile, 143*(6), 774-786. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011
Illanes María Angélica, 1993, "En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia.." Historia Social de la Salud Pública Chile 1880-1973. (pp28) (pp65) Santiago de Chile, Colectivo de Atención Primaria
Llorca-Jaña, Manuel, Rivero-Cantillano, Rodrigo, Rivas, Javier, & Allende, Martina. (2021). Mortalidad general e infantil en Chile en el largo plazo, 1909-2017. *Revista médica de Chile, 149*(7), 1047-1057. https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000701047
Raczynski, D. 1984. Contexto socioeconómico del descenso de la mortalidad infantil en Chile. *Estudios Públicos*. 16 (sep. 1984). Revisado abril 2025: https://www.estudiospublicos.cl/index.php/cep/article/view/1761
Síntesis Final 2024, Consejo Asesor: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/01/Documento-Final-de-Sintesis-Consejo-Asesor-APS-U.pdf
UES POR EL TERRITORIO 2021: Hacia la formación de profesionales que el país necesita: https://www.udecmed.cl/wp-content/uploads/2021/06/HACIA-LA-FORMACION-DE-PROFESIONALES-DE-SALUD-QUE-CHILE-NECESITA-Universidades-por-el-territorio.pdf

*Médica, académica, exministra de Salud.