

OPS/OMS – Ministerio de Salud
Santiago, 30 de octubre 2013

FORO DE SALUD

¿Cómo hacemos una mejor APS?

Bienvenida del representante interino de la OPS/OMS en Chile, Roberto del Águila

La atención primaria de salud, APS, es la base fundamental para lograr la cobertura universal en salud, cuestión que fue aprobada en la última Asamblea Mundial de la OMS. Esta cobertura universal es el gran propósito que hoy se discute a nivel mundial y la APS es la mejor forma de lograrla. Una atención primaria en la que se debe considerar la calidad, los recursos humanos, los medicamentos, entre otros, como aspectos relevantes. Por lo tanto, les pido a todos ustedes que participen activamente en la discusión y nos planteen sugerencias.

Resumen de la presentación del moderador, Dr. Antonio Infante

Para iniciar la discusión, quiero entregarles información proporcionada por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, información que muestra dos cambios relevantes que se han producido en la APS durante el último quinquenio, 2008-2012. En primer lugar, se ha registrado una baja de las consultas habituales en los centros APS –caída cercana a un millón de consultas– y, en cambio, un crecimiento significativo de las consultas en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). En el año 2012 las curvas de la atención primaria electiva y de la atención primaria de los SAPU son equivalentes. La explicación que suele dar la administración municipal es que la atención médica ha migrado a los controles de salud, lo que es absolutamente incorrecto porque el nivel de controles de salud hechos por médicos se mantiene constante en el período. Es decir, hay una baja de la actividad de los consultorios municipales, porque la gente está privilegiando la atención en la emergencia de atención primaria. Por otra parte, los controles de salud, que son de todo tipo, desde ciclo vital, crónico, etcétera, presentan, más o menos, la misma estabilidad de los años anteriores.

En segundo lugar, entre el año 2011 y el 2012 hay un crecimiento espectacular de las atenciones médicas Fonasa de libre elección, lo que muestra la tendencia de los usuarios a evitar los consultorios por los problemas que allí existen. Esto coincide con una política pública de incentivo a la libre elección, pero también coincide con la

decisión de la población que, al no encontrar en los centros de salud lo que ella requiere, migra a la medicina privada.

En mi opinión, el principal problema actual de la atención primaria municipal es la falta de capacidad resolutive, porque no responde a las expectativas de las personas. En esto inciden dos elementos importantes. El primero es la fragmentación de la red de atención pública, que se explica no solo por el modelo municipal sino por el concepto que se tiene de hospital autogestionado. El segundo es el desapego de los médicos especialistas ante la APS. El médico, funcionario del sistema público en los hospitales, está absolutamente despreocupado y no le interesa conocer lo que pasa en la atención primaria municipal.

PANEL

Los panelistas expertos invitados a contextualizar el tema de este foro fueron:

Joaquín Montero. Médico internista. Especialista en Medicina Familiar de Adultos. Profesor titular de la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Mario Waissbluth. Ingeniero químico. Profesor del Departamento de Ingeniería Industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile. PhD en Ingeniería de la Universidad de Wisconsin. Director del Proyecto Fondef de Atención de Salud Primaria.

Emilio Santelices. Médico anesthesiólogo. MBA por la Universidad de Berkeley. Doctorando en Salud Pública por la Universidad de Chile. Jefe de Departamento de Desarrollo Estratégico del Minsal.

Antonio Infante. Médico, académico, consultor e investigador en Salud Pública. Universidad de Chile.

Resumen de la presentación del Dr. Joaquín Montero

Quiero compartir con ustedes la experiencia de los centros de salud Áncora y parte de una tesis de magister de ingeniería que aporta algunos datos y grafica una realidad, desde el punto de vista de los directores de salud comunal, realizada el año 2012.

Experiencia de los Centros de Salud Familiar Áncora UC

La reforma de salud, aprobada unánimemente por el Parlamento en el año 2003, consideró como contexto la transición demográfica, la transición epidemiológica, la falta de equidad, los costos crecientes en salud y la insatisfacción creciente de la población por la atención que recibía en los servicios de salud. La reforma definió dos grandes pilares para su desarrollo: abordar los problemas prioritarios con garantías para ser resueltos y potenciar el desarrollo de la APS. El mismo año 2003, la Facultad de Medicina de la Universidad Católica emprendió la formación de los Centros de

Salud Familiar (Cesfam) Áncora, una red de tres centros de atención primaria, uno en la comuna de La Pintana y dos en la comuna de Puente Alto, áreas de alto nivel de pobreza y de vulnerabilidad social, sobre todo en La Pintana.

¿Cuáles eran los principios del proyecto? Implementar centros de atención primaria con un modelo de salud bien desarrollado, es decir, con un equipo médico que fuera capaz de realizar cambios sustantivos y que cumpliera dos funciones: una asistencial y una académica. Esta última función tenía como objetivo formar personas y permitir el desarrollo de la innovación y la investigación en el campo. Otro principio era apuntar a la autosustentación económica con aportes del Estado. El proyecto original era crear seis Cesfam y pudimos implementar tres, con una población a cargo de unas 75 mil personas. Y por último, se trataba de facilitar el desarrollo de políticas públicas en torno a la salud primaria. Hoy estoy orgulloso de presentarles esta experiencia porque nos permite que se cumpla este aspecto relevante del proyecto.

¿Cuáles son las clave diferenciadoras de los Cesfam Áncora? 1) La persona es el centro de la atención y la familia es su medio natural a cuidar, con equipos que se hacen cargo de ella. 2) Mayor capacidad de resolución, para lo cual es necesario tener formación de especialistas en la atención primaria y, en particular, en medicina familiar. 3) Atención continua y agilización de los canales de derivación hacia otras especialidades. 4) Mayor capacidad de gestión, a través de una administración más eficiente con un buen sistema informático, con un registro clínico electrónico que permita tener información permanente de lo que pasa y realizar los cambios pertinentes.

El relato de esta experiencia, que ya tiene casi 10 años, fue publicado en la revista Estudios Públicos Nº 130 (otoño 2013). Quiero agradecer la colaboración del Dr. Antonio Infante y de su equipo, quienes nos ayudaron a visualizar el impacto que estábamos teniendo respecto de la efectividad clínica. El Dr. Infante analizó lo que estaba pasando en nuestros centros de salud y las derivaciones que hacíamos a los centros secundarios; y comparó lo que sucedía en los tres Cesfam Áncora con el sistema de salud municipal. Los resultados básicos concuerdan con lo que señalaba el Dr. Infante. En las urgencias SAPU en los centros de salud de Puente Alto, la consulta por usuario por cada año era 0,8 y la de los centros Áncora 0,18, es decir, una tasa de diferencia mayor a 0,6. En las consultas en las urgencias de los hospitales la diferencia es mucho menor. Por otra parte, el porcentaje de derivación por año de los centros municipales era de 8,2%, y el nuestro de 4%, casi la mitad. Y la atención de especialidades en los centros de nivel secundario era 0,7 en comparación con el nuestro que era de 0,6. Por cierto, se trataba de comparar los centros de salud Áncora con los centros de salud de Puente Alto, los que tienen un buen sistema de atención primaria en el país. En la comuna de La Pintana sucedió algo similar. Estoy convencido de que los resultados obtenidos por los Cesfam Áncora se deben a una mejor resolutivez.

La satisfacción usuaria. Un estudio evaluativo del modelo de salud realizado en 41 centros de salud a nivel nacional en el periodo 2007-2008, reveló que los tres centros Áncora recibieron un puntaje promedio de satisfacción usuaria de 6,13, es decir, significativamente mayor que el promedio total de la muestra nacional, un 5,2. Esto muestra que la mejoría de la resolutivez tiene clara incidencia en el nivel de satisfacción usuaria.

Sobre los ingresos y gastos per cápita de los centros de salud municipales de Puente Alto y La Pintana comparados con los ingresos y gastos per cápita de los centros Áncora, es clara la mayor efectividad y eficiencia de estos últimos. Estos gastos, cubiertos por la Universidad Católica, no incluyen los gastos de docencia, sino solo los asistenciales, de manera que la mirada de un validador externo es muy importante. Con nuestro aporte en todos los ámbitos mencionados, el ahorro del Estado por desempeño es de 1.000 millones de pesos al año y si a eso sumamos la menor transferencia per cápita que recibimos, el ahorro total es de 1.700 millones de pesos. Es decir, lo que hemos recibido como aporte extraordinario, era extraordinariamente más bajo del promedio que recibía el resto del sistema.

TABLA N° 5: INGRESOS Y GASTOS TOTALES PER CAPITA ANCORA UC Y MUNICIPALES SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SURORIENTE, SANTIAGO, 2010

Código*	Municipio	Ingresos: Transferencias desde salud sin aporte municipal	Gasto total en salud	Inscritos 2009	Per cápita mes/ ingreso	Per cápita mes/ gasto
13112	La Pintana	\$11.292.351.000	\$10.287.211.000	191.097	\$4.924	\$4.486
13201	Puente Alto	\$16.585.901.000	\$18.207.776.000	410.349	\$3.368	\$3.698
13110	La Florida	\$15.016.405.000	\$16.914.408.000	320.220	\$3.908	\$4.402
13129	San Joaquín	\$4.406.359.000	\$5.171.420.000	84.959	\$4.322	\$5.072
	Ancora UC	\$2.531.648.000	\$2.744.361.000	67.329	\$3.133	\$3.397

* Código Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM).

Infante, A. y X. Salas (2011). "Evaluación de desempeño de consultorios Ancora: Equidad de acceso y resolutivez". Documento de Trabajo, Consultora Epidemiología y Gestión.

Bárbara Starfield plantea tres premisas que no debemos olvidar: los sistemas de salud con APS fuerte son más efectivos, más eficientes y más equitativos. Hoy lo podemos corroborar con los centros Áncora que tienen un enfoque de salud familiar y una formación profesional especializada en APS; damos énfasis a la efectividad y a la resolutivez. Esta gestión especializada nos permite tener mayor satisfacción de la población, mayor efectividad y eficiencia.

Tesis Magister Ingeniería: Percepciones de directores de salud municipal sobre los principales desafíos clínico-sanitarios y de gestión para el control de las enfermedades crónicas

En el año 2012 entusiasamos a un estudiante que realizaba su magister de Ingeniería para efectuar una encuesta a todos los directores de entidades administradoras de salud municipal de Chile, de los cuales respondió el 50%. El objetivo era conocer los principales desafíos y obstáculos que tenían para el control de enfermedades crónicas.

Los principales problemas consignados por los directores fueron: 1) Las deficiencias de los sistemas electrónicos para la toma de decisiones administrativas o clínicas; solo el 34% de las personas encuestadas dijo tener sistemas adecuados. 2) El mal funcionamiento de la red externa, es decir, el escaso interés de los encargados de los hospitales por conocer lo que sucede en los centros de salud; solo el 22% de estos administradores consideró que funcionaba de manera adecuada. 3) El déficit de equipamiento e infraestructura, que es pavoroso en algunas zonas rurales, donde todavía hay centros de atención pública que no tienen agua potable. 4) La escasez de recursos humanos; solo el 32% de los encuestados consideró que la dotación era de buen nivel, mientras que el resto apuntó a la falta de profesionales y a su alta rotación.

Sobre la falta de estructura y de equipamiento clínico, es inconcebible que con los recursos y el per cápita que tiene Chile hoy no nos hagamos cargo de las necesidades de los centros de salud de zonas rurales o alejadas. Tenemos que seguir poniendo un 10% del gasto, el que en otro momento fue hasta del 20%. Es claro que debemos cambiar el modo de ajuste. Hoy podemos estimar por carga de enfermedad y por indexadores. Hay que modificar el método para asignar ruralidad y expresarlo por dispersión geográfica y no por consideración de tipo económico, que es lo que se hace actualmente. Y por indicadores de impacto sanitario, puesto que contamos con los elementos para llegar a eso. Tenemos que revisar el sistema de financiamiento a las comunas pequeñas y/o rurales que siguen trabajando con el costo fijo, lo que es inadecuado.

En términos de formación y desarrollo, faltan profesionales competentes en regiones, problema que puede ser paliado con incentivos relativos a la formación y a la competencia profesional. Si no hay incentivos apropiados para mantener a profesionales de la salud en la APS, la escasez de profesionales en regiones y la alta rotación continuará. Debemos transformar el pregrado de medicina para potenciar el desarrollo de competencias de profesionales de salud en APS y formar médicos familiares, porque son ellos los llamados a ocupar puestos de liderazgo para llevar adelante los cambios que se imponen. Esto no es mágico. Se debe estimular el liderazgo para el cambio de modelo de atención. También se requiere enfatizar la formación de otros profesionales con orientación en salud familiar, proceso en el que la capacitación continua es clave. Otro aspecto es el fortalecimiento del contacto de los centros de APS con los especialistas de hospitales para que estos últimos conozcan la realidad, a través de la telemedicina y otros recursos tecnológicos, además de

establecer reuniones clínicas periódicas de docentes. También es clave fortalecer los vínculos entre los Cesfam porque no cabe duda de que existe creatividad e innovación en muchos centros familiares que no conocemos porque no hay interacción entre ellos. Son 340 entidades y más de 2.500 los centros de atención primaria en todo el país. Nosotros lo hemos estado haciendo desde el desarrollo de las comunidades de práctica junto con la OPS y otras escuelas de medicina para intercambiar las buenas prácticas y aprender unos de otros.

La comunidad. Esto no está basado en la encuesta sino en el aporte de expertos. La comunidad todavía está poco o mal informada, tiene poca educación en salud y su participación es escasa. Para potenciar la atención primaria tenemos que fortalecer las alianzas con la comunidad organizada, así como apoyar el desarrollo de redes de apoyo comunitario para la prevención de la salud de la población y abordar de manera colaborativa los determinantes sociales locales.

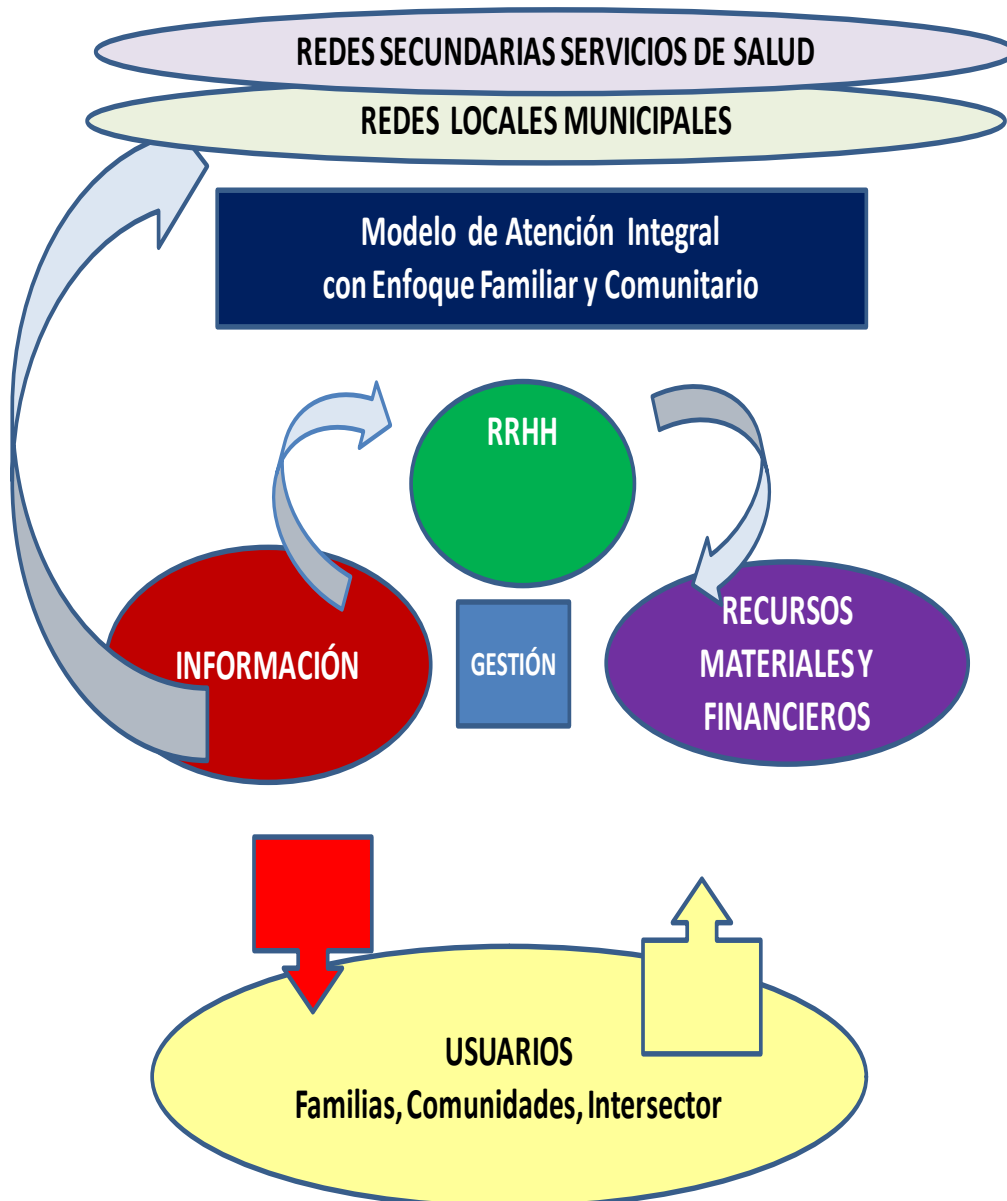
La pobreza de información de los centros de APS es dramática. Comparamos datos de la Encuesta Nacional de Salud con los datos de los resúmenes estadísticos mensuales (REM) que levantamos desde las comunas y los agregamos a nivel regional y vimos la cobertura efectiva de hipertensión. Las cifras de la Encuesta de Salud señalan que el logro del control efectivo de la hipertensión varía entre el 20% y 80%, según las regiones. Pero los informes REM no expresan esta alta variabilidad sino que muestran cifras alrededor de la meta exigida por el Minsal, que es del 65%. Es claro que hay un sesgo que falsea información para cumplir el estándar requerido por el Ministerio. Es decir, la importancia de la informática en el desarrollo de los registros clínicos no merece duda.

Necesitamos tener indicadores de procesos críticos, por ejemplo, comparar el tiempo de espera de una atención en APS y la atención privada para responder adecuadamente a la población. Requerimos también mejorar los indicadores de efectividad de pacientes crónicos. Tenemos que medir el impacto de patologías trazadoras relevantes y esta información debe estar accesible al público en forma sintética e inteligente; la comunidad tiene que conocer lo que estamos haciendo.

Por último, un punto clave es la gestión. No estamos haciendo una gestión seria y rigurosa, porque no tenemos información de la realidad en la que tenemos que actuar y no podemos reasignar recursos en forma ágil. Esto se da en el ámbito municipal con apoyo del servicio de salud, pero necesitamos un apoyo a nivel nacional. Mi propuesta es crear una Subsecretaría de Atención Primaria que se preocupe de la gestión del sistema. También se requiere de una gestión regional, un gestor de las redes para la APS con profesionales que puedan acompañar en este proceso a las entidades administradoras de salud y a los responsables políticos locales. Esta gestión local necesita, además, una profesionalización y una dirección municipal a nivel de los Cesfam. Pero la responsabilidad primera es de la alcaldía, es decir, con acompañamiento, con una red y con información, la alcaldía es el ente responsable para poder avanzar. Y también es necesario definir el perfil del director municipal, un

perfil preferentemente profesional. Finalmente, la gestión comunitaria y del intersector también puede agilizarse y mejorar los resultados.

Para tener una APS competente debemos realizar una gestión en la que deben interactuar todos los elementos que ya he señalado, de forma ágil y dinámica, para acoger la demanda de los usuarios y poder integrarnos con las redes secundarias y locales. Este gráfico muestra la interrelación que se requiere.



Por supuesto, esto no se hace desde un escritorio ministerial. El éxito que hemos obtenido en los centros Áncora se explica porque hemos acogido las inquietudes de jóvenes profesionales que quieren cambiar las cosas. Fueron ellos los que se embarcaron en esta experiencia en circunstancias de que tenían buenas alternativas de empleo. Es nuestra responsabilidad acoger las inquietudes y no poner trabas, porque esta potencialidad existe, está en las universidades y hay gente joven que está dispuesta a hacer cambios sustanciales.

Resumen de la presentación de Mario Weissbluth, Director del Proyecto Fondef de APS

Voy a comenzar utilizando una frase incluida en una lámina de la presentación del Dr. Montero, que dice “Fortalecer los vínculos entre los Cesfam (comunidades de prácticas), para transmitir buenas prácticas”. Esto es esencial y de eso se trata el proyecto que les voy a presentar.

El proyecto “Colaboración Pública” es realizado por el Centro de Sistemas Públicos del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. Es financiado por el Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondef) y desarrollado en convenio con el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Desarrollo Regional (Subdere) y la Asociación Chilena de Municipalidades. Es un proyecto de investigación cuyo propósito es entregar como producto final el diseño de un sistema para hacer que las buenas prácticas fluyan, muten, se innove con mayor velocidad y se empareje la heterogeneidad de gestión entre distintos centros de salud.

¿Para qué gestionar el conocimiento? Para disminuir los múltiples obstáculos al desarrollo de innovaciones. Creo que el decaimiento anímico que se observa en los consultorios primarios restringe la innovación. La gran pregunta es cómo lograr innovar en un ambiente hostil, que no es solo propio del sistema de salud pública en Chile, sino un fenómeno internacional que afecta al sector público.

Una de las fuentes bibliográficas que más nos ha impactado es el libro *Liderando la innovación en el sector público: co-creando para una sociedad mejor*, de Christian Bason. La palabra co-creando es relevante. Nuestra idea original era visitar, por ejemplo, un Cesfam Áncora para ver cómo gestionaban a los pacientes crónicos y cómo los convocaban al hospital para que esa buena práctica se replicara en otro consultorio. No funcionó. ¿Por qué? Porque existe el síndrome del *not invented here*: “no, es que nosotros lo hacemos de otra manera”; surgen las barreras psicológicas y también las barreras objetivas respecto de las realidades diversas de los Cesfam. Sin embargo, el proceso de co-creación sí funciona. Por ejemplo, reunir a gente de cuatro o cinco consultorios interesados en gestionar mejor a los pacientes crónicos para que conversen y discutan sobre diferentes ideas que vayan surgiendo. En estos círculos de innovación se produce un fenómeno de mutación evolutiva de las innovaciones de gestión clínica o administrativa.

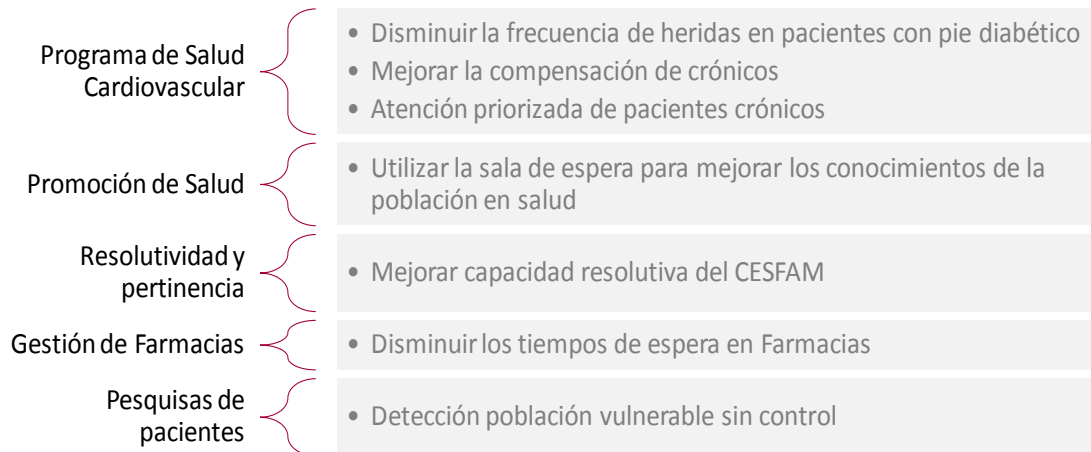
El punto es cómo generar espacios de colaboración entre especialistas en la gestión crónica o la informática de la salud primaria, entre otros muchos ejemplos. Cómo generar procesos conversacionales entre pares, en espacios abiertos y que esto converja en mejoras en uno o varios consultorios en un proceso mucho más “despeinado” y desestructurado de lo que originalmente era nuestro proyecto.

Hay innovaciones muy pequeñas y otras que son masivas. Y estas tienen que pasar desde una idea a una innovación materializada, luego a una compartida, y finalmente a una innovación co-creada. El propósito del proyecto es que las ideas de la gente se alimenten entre ellas y se vayan transformando en nuevos cambios, concretos y medibles en algún Cesfam o en un grupo de Cesfam.

¿Cuál es la misión de este proyecto? Formar lo que nosotros llamamos *coffee-shop*. (El término *coffee-shop* lo tomamos de un libro que narra las grandes innovaciones de la humanidad. Uno de los períodos en que se produjo una explosión de innovaciones fue durante la revolución industrial en Inglaterra. Esta revolución coincidió con la llegada del café a Inglaterra, lo que hizo que aparecieran muchos *coffee-shop*. En estos lugares, frecuentados por caballeros que conversaban y tomaban café, se gestaron muchas ideas que dieron paso a importantes y numerosas innovaciones.) Para ello, identificamos algún desafío, por ejemplo, gestionar mejor a los pacientes crónicos y luego convocamos un cierto número de Cesfam a participar en una mesa redonda y abrir los espacios de construcción de confianzas, lo que es fundamental. En estas conversaciones se produce este fenómeno de co-creación, pero también de adaptación. Un ejemplo concreto: nunca hemos tenido el caso de una innovación que se replique de igual manera en otro consultorio; siempre sufre mutaciones para mejorarla o para adaptarla a la realidad del otro consultorio. Y este proceso conversacional continúa en torno a un desafío específico y se va produciendo esta especie de nube evolutiva y creciente de mejoras. Nuestra misión es hacer que este proceso fluya.

¿Qué estamos haciendo en estos círculos de innovación o *coffee-shop*? Este gráfico muestra los siete principales desafíos de gestión clínica en los que estamos trabajando, entendiendo que se nos han planteado más de 60.

7 desafíos de gestión clínica en APS



El tema más sofisticado en el que estamos trabajando es el de compensación de crónicos. Para eso fuimos al Cefsam San Alberto Hurtado, que tiene una muy buena metodología para gestionarlo. Y el Cefsam Cristo Vive, que no es del mundo estrictamente municipal, se interesó. Tomó un tiempo informar a los médicos del Cristo Vive y que estos se interesaran por aplicar la metodología, pero ya estamos en la etapa de inducción y entrenamiento del personal del Cristo Vive, Cefsam que está a punto de iniciar el uso de esta metodología, con algunos ajustes.

Uno de los desafíos en que estamos trabajando puede parecer la trivialidad misma: utilizar la sala de espera para mejorar los conocimientos de la población en salud. Tan simple como eso. En los Cefsam Violeta Parra y Garín se instalaron televisores donde se proyectan videos educativos para los pacientes y mostrarles cómo autocuidarse, es decir, promoción de la salud. ¿Cuánto cuesta? Si ya tienen instalado el televisor, cuesta el valor del *setting* y de transmitirlo. Lo importante es que otros Cefsam están interesados en replicar esta buena práctica.

Los beneficios de este proyecto son varios, de los cuales los más importantes son: compartir innovaciones; comentar experiencias propias en torno a desafíos; generar nuevos círculos de innovación (temáticos o con identidad); opinar sobre temáticas generales en APS; identificar procesos de gestión. Yo los invito a participar en estos círculos de innovación para que aporten ideas que lleven a soluciones concretas en la gestión clínica de la APS.

Resumen de la presentación del Dr. Emilio Santelices, Jefe de Departamento de Desarrollo Estratégico del Minsal

En el Ministerio de Salud también estamos interesados en la co-creatividad. Ya hace algunos años, autores como Gary Hamel y C. K. Prahalad, del Instituto del Futuro, describieron cómo se estaba pasando desde una sociedad del conocimiento a una de co-creatividad, y afirmaban que los modelos virtuosos para generar nuevas propuestas dirigidas a resolver temas de la sociedad se lograban de mejor forma si había una participación de las personas involucradas en esos problemas (*bottom-up*). Lo recalco porque eso es justamente lo que hemos hecho estos últimos tres años. Cuando nos planteamos avanzar en la mejora de la gestión hospitalaria nos dimos cuenta que faltaba claridad en la información y decidimos desarrollar todo el programa clínico financiero desde el gabinete. El objetivo era utilizar una herramienta que identificaba a los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para conocer exactamente las actividades que se desarrollaban en nuestros hospitales y los costos de las prestaciones. Ese modelo lo pudimos construir gracias a esta co-creatividad, porque generamos lo que se llama hoy la comunidad GRDiana, formada por 800 personas, profesionales de la salud que están distribuidos a lo largo de todo el país y que constituyen los equipos GRD de todo Chile. Para formar esa comunidad, primero los capacitamos y generamos un modelo virtual de comunicación semanal para hacer una curva de aprendizaje en conjunto, recogiendo las prácticas de los distintos hospitales. De allí surgieron indicadores productivos en términos de dejar enseñanzas, quizás no de las mejores prácticas, pero sí de aquellas que estaban dando mejores resultados en ese momento.

Luego de instalado ese programa, desarrollamos la segunda etapa que es avanzar en la gestión de la APS. Esto es lo que quiero compartir con ustedes, mostrarles cómo avanzamos en generar bases estructurales para mejorar la APS. Quienes tenemos la vocación de servicio público y queremos solucionar los problemas de la gente, tenemos que ponernos de su parte. Un cambio importante es el convencimiento de que los temas de salud deben ser resueltos desde una política de Estado, es decir, a la gente lo que le interesa es que la atiendan de manera oportuna, que esa atención sea de calidad y que se avance hacia la cobertura universal, poco importa quién administre el país.

Otro elemento importante es que estamos incorporando el tema de la intersectorialidad. Como decía el director del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, los problemas en salud son eminentemente sociales y tenemos que entender que hay una dimensión que vamos a tener que abarcar una vez que instalemos la gran plataforma de atención en la APS, porque ese es el eje.

Para conocer y medir la eficiencia de la gestión clínica y general de la APS necesitábamos conocer el ajuste de riesgo y las características de la población en términos de carga de enfermedad. Nos llamó la atención que el capitado que existía

no incorporaba tales variables. Eso, para nosotros, es un elemento de inequidad estructural.

Existen distintos programas para medir la eficiencia de la APS, pero elegimos el sistema de Grupos Clínicos Ajustados (GCA), que incorpora variables como edad, sexo y diagnóstico de los pacientes, además de los fármacos asociados al tratamiento, porque nos pareció el más adecuado para Chile. Para ello trabajamos con la Universidad John Hopkins. Este sistema incorpora a pacientes en un método de celdas, para constituir 100 celdas excluyentes. En esta metodología también se pueden incorporar los recursos, los costos por admisión, los conjuntos de diagnósticos mayores que se pueden condensar, lo que nos permite saber el costo de la prestación total de esos pacientes y establecer un promedio.

Desarrollamos un piloto sobre una población de 600 mil personas en 10 comunas y establecimos las estadísticas que validaran el estándar que exigía la Universidad John Hopkins. Para ello utilizamos datos 2010-2011, lo que dio los siguientes resultados estadísticos.

Piloto ACG

Información Estadística Resumen	2010	2011
Diagnósticos Procesados	1.600.095	1.743.335
Diagnósticos Únicos	6.300	6.496
Pacientes Procesados	654.969	692.822
Población que no Demanda Atención	404.476 (62%)	438.869 (63%)
Pacientes Atendidos	250.493 (38%)	253.953 (38%)
Diagnósticos por Pacientes Inscritos	2,4	2,5
Diagnósticos por Pacientes Atendidos	6,4	6,9
Diagnósticos Únicos No Reconocidos	7	7
Porcentaje de Diagnósticos No Reconocidos	0,8%	0,6%

El programa piloto nos demostró que la herramienta utilizada se ajustaba a la realidad chilena y entonces aplicamos esa metodología a otros seis millones de beneficiarios.

¿Cuál es la visión subyacente que hay en todo este desarrollo? ¿Cómo podemos entregar mayor información a la APS para que tome mejores decisiones y pueda colaborar con estos círculos de innovación? Lo que subyace es que si nosotros logramos conocer cuánto gasta la población en salud podemos avanzar en cómo

cambiamos los mecanismos a pagar por poblaciones. Es decir, el director de servicio va a tener que juntar un presupuesto que se lo va a entregar a la municipalidad y a unos hospitales y entre todos ellos van a tener que decidir dónde poner los recursos. Esa es una apuesta.

Metodología de costeo



Este gráfico muestra lo que hicimos para cambiar el costeo de fijación. Como gasto residual se consideró el gasto que hacía la municipalidad en APS menos todos los gastos que se habían identificado como gastos de los pacientes. Y ese gasto residual no debía superar el 5%. De hecho, de los seis millones de pacientes de los 300 Cesfam, descartamos aquellos que tenían un gasto residual muy alto porque evidenciaba un mal registro. Finalmente, trabajamos con tres millones y fracción de población para establecer que el valor del gasto anual de una persona promedio de la población nacional era de \$44.017. Esta cifra es muy cercana al promedio real, lo que nos alegra. Pero nos aclara un tema del que ya hablábamos, que tiene que ver con un problema estructural de inequidad, porque asumíamos que el capital debía ser igual para todos. Esperamos que en el presupuesto futuro se incorpore este conocimiento que el GCA nos entrega para que se pueda otorgar con mayor eficiencia el gasto por servicio.

Si logramos avanzar en conocer nuestra carga de enfermedad y de qué manera utilizamos los recursos en cada uno de los centros de salud, si conocemos el impacto medible de alguna de las medidas que surgen de estos centros de innovación, es claro que vamos a poder establecer políticas públicas más robustas y sostenibles en el tiempo, independiente del gobierno que administre el país.

DEBATE

El intercambio que se produjo entre el público y los panelistas incluyó preguntas y comentarios sobre las deficiencias en la atención y gestión de la APS; el interés de los médicos para trabajar en atención primaria; remuneraciones e incentivos para los médicos; gestión del riesgo en comunas vulnerables; incorporación de nuevos indicadores y participación de la comunidad; regulación del Estado y la intersectorialidad.

Deficiencias en la atención y gestión de la APS

– ¿La atención primaria es hoy el núcleo principal en salud? No, no lo es. El usuario que necesita atención en salud en una APS todavía debe llegar al consultorio a las 6 ó 6:30 AM y la atención en los consultorios sigue teniendo las mismas falencias: falta de especialistas, carencia de medicamentos. En muchos casos el paciente es derivado a la atención secundaria o el paciente opta por ir a los SAPU. Y las esperas para atención secundaria varían entre los seis y dieciocho meses. ¿Cómo se arregla todo el sistema? El Estado debería tener una política permanente, pero las políticas cambian según los gobiernos. Aquí se presentó un plan piloto que se está llevando a cabo en algunos lugares, pero si el gobierno cambia, ese plan piloto entra a dormir el sueño de los justos.

– Desde mi experiencia, sobre todo como dirigente médico en el año 2008, es que hay horas ociosas de los médicos especialistas en los hospitales. Me consta porque yo soy especialista. El año 2008 propusimos que en los contratos médicos de los especialistas en los hospitales se estableciera incluir horas de prestación en los consultorios o que los médicos de atención primaria pudieran actualizar sus conocimientos en seminarios. Nunca se ha hecho. Para poder estandarizar la gestión de los consultorios y la atención primaria deberían existir actualizaciones centralizadas de los médicos de atención primaria con especialistas. La actual gestión de la APS es pésima. Para hacerlo bien, hay que estandarizar el conocimiento de quienes dirigen los consultorios y establecer una conexión expedita entre los hospitales de alta especialidad y los consultorios. O traemos a los médicos de atención primaria a los hospitales a aprender o los especialistas van a la atención primaria a educar.

El interés de los médicos para trabajar en atención primaria

– Como médico y profesor asociado en una escuela de Medicina, suelo hacer una pequeña encuesta entre mi alumnado para saber cuántos quieren ser especialistas, y el promedio es el 99%. Creo que todos los profesionales médicos tenemos que empezar a mirar la medicina desde una perspectiva distinta y dejar de considerar a la APS como una breve etapa para hacer contactos y ascender a la especialidad. Para eso,

lo importante es, primero, dar a la atención primaria el lugar que le corresponde, con los salarios y la estructura correspondiente. Y segundo, pensar cómo formar médicos que atesoren el trabajo en APS. Y, finalmente, mirar críticamente nuestro actuar en medicina, que es extraordinariamente bio-médica y orgánica.

Remuneraciones e incentivos para los médicos

– ¿Se ha considerado crear un sistema de incentivos para la APS, de manera que el usuario no se vea obligado a ir a la urgencia o a la libre elección? No da lo mismo entregar a un consultorio el per cápita al 100%, y cuyos pacientes no se ven obligados a ir a la urgencia, porque significa que ese centro de salud hizo una muy buena labor en su atención, y dar a otro consultorio el mismo per cápita si el 50% de sus pacientes terminan en urgencia o utilizando la libre elección. Eso es políticamente poco presentable.

– ¿Es adecuada la remuneración que se ofrece a los médicos de los consultorios para evitar la alta tasa de rotación? Los médicos de la salud primaria están todos los días atendiendo a pacientes. No tienen tiempo para perfeccionarse ni para discutir entre colegas sobre ciertos problemas.

– ¿Existe en la APS un procedimiento adecuado de selección, formación y remuneración de directivos en los consultorios primarios? Si la primera línea de batalla en salud va a ser la salud primaria, quienes los dirigen deben ser los profesionales más idóneos, no solo por sus capacidades médicas, sino también por sus capacidades de liderazgo y gestión.

Gestión del riesgo en comunas vulnerables

– En los consultorios municipales de la comuna de El Bosque tenemos un comportamiento de patologías distinto al de otros de la misma área territorial. Nosotros atendemos a muchos niños abandonados y la mortalidad infantil es más alta. También tenemos problemas de salud mental y consumo de drogas entre los adolescentes. ¿Qué está pasando en los barrios pobres que hace que las políticas de salud no estén impactando de la manera que deberían hacerlo? ¿Y cómo gestionamos el riesgo? Los equipos quieren saber dos cosas. 1) ¿Cuál es nuestra responsabilidad como equipo de salud respecto de lo que está pasando en el aspecto sanitario? 2) ¿Cuándo se van a incorporar los determinantes sociales en salud? La atención primaria es un tema tremendamente relevante en el desarrollo de los países; estamos hablando de capital mínimo.

Incorporación de nuevos indicadores y participación de la comunidad

– Creo que el modelo de salud ha ido cambiando, pero no ha habido cambios relevantes en su evaluación. Me refiero a la incorporación de indicadores positivos, de bienestar, indicadores de calidad de vida, de satisfacción. Algo se está haciendo. Pero para tener mejores indicadores en estos aspectos tenemos que trabajar más con la comunidad.

Regulación del Estado

– El Estado debería regular la educación superior. ¿Por qué? Cada casa de estudios tiene un paradigma y una cultura que forma profesionales con distintas miradas. Los consultorios Áncora se rigen por las mismas normas ministeriales que cualquier otro consultorio. ¿Cuál es la diferencia? Su cultura, conocimiento o la forma de educación entregada por la Universidad Católica. Aquí falta la función reguladora del Ministerio de Salud, como apoyo al Ministerio de Educación, en la formación de los profesionales de salud porque no se está formando a profesionales para el enriquecimiento del país, sino a profesionales que quieren trabajar y recibir los beneficios que quiere todo profesional de la salud. La pregunta es: ¿existe formación en Chile de profesionales de la salud para el crecimiento del país?

Intersectorialidad

– Sobre la intersectorialidad para enfrentar los temas de salud, quiero recordar que el doctor Salvador Allende, cuando fue Ministro de Salubridad entre 1939 y 1942, ya hablaba de los condicionantes de la salud. Él decía que los problemas de la salud tenían que ver con la vivienda, con la educación, con la alimentación. En alguna parte, entre 1940 y el año 2000, nos perdimos y empezamos a resolver solo desde la perspectiva del médico. Es necesario interrelacionar los temas. Por ejemplo, ¿las viviendas en las que hacemos vivir a nuestra población son las mejores viviendas? Pensemos solo en el hacinamiento. Finalmente, la multisectorialidad también tiene que aplicarse al poder político, porque no se justifica que los centros de atención primaria sigan siendo dirigidos por personas que no son las más idóneas.

Respuestas de los panelistas a las preguntas y comentarios

Antonio Infante

Respecto del cambio de políticas en salud de acuerdo a quien gobierna el país, tenemos la esperanza de que eso no suceda esta vez. Se están tomando las precauciones y el Dr. Santelices está, generosamente, poniendo a disposición de las próximas autoridades las herramientas necesarias para que no se produzca lo que ha

sucedido con anterioridad. Creo que esto habla extraordinariamente bien del profesionalismo en el manejo de la formación que él está haciendo.

Sobre el interés de los médicos por permanecer en el sistema público, algunos estudios señalan que no es la remuneración lo que incide en la permanencia, sino la posibilidad de desarrollo profesional. Si se equilibra remuneración y desarrollo profesional, se podría llegar a un punto de encuentro. Y para que haya desarrollo profesional deben existir espacios y ciclos de formación.

El tema de resolutiveidad de la atención primaria, de contención y de hacerlo bien, es crucial. Por otra parte, vincular la eficiencia de los centros de salud GCA con los GRD es fundamental como modelo de continuidad para saber cómo lo está haciendo el sistema.

Mario Waissbluth

Pretender intersectorialidad entre ministerios es un sueño de opio, aquí y en cualquier parte, porque los ministros de educación, de salud o de vivienda son cambiados, en promedio, cada año y medio. El espacio donde se puede lograr intersectorialidad es en el nivel local, es decir, en el municipio, con el cual la corporación de la comuna o personas clave puedan trabajar estrechamente.

Joaquín Montero

Voy a responder a la profesional de la comuna del El Bosque, quien planteó una pregunta relevante. Pero antes me voy a referir a lo planteado por el Dr. Infante sobre el crecimiento explosivo de consultas en los SAPU y en la libre elección. Hoy, el modelo de salud se ha convertido en un modelo que responde a lo que la gente pide, es decir, una mejor salud, y por eso consulta más. El SAPU es una respuesta barata a una demanda social por consulta, pero no conocemos sus resultados. El modelo de salud, que se cambió a un modelo estructurado que apuntaba a construir salud, ha cambiado y hoy es un modelo de hacer consulta, consultas que, reitero, no conocemos ni sus resultados ni su costo. Esto tiene que ver con lo que planteaba la colega de El Bosque, porque el desafío que existe en términos de salud mental, de violencia en la convivencia, y de lo que pasa particularmente con los niños, es enorme. Y ahí el trabajo lo tiene que hacer la comunidad, que tiene capacidad, y enfrentar los determinantes sociales, pero con la conducción, la colaboración y participación del equipo de salud. Se ha demostrado que sí se puede construir, asumiendo estos problemas que tienen un tremendo impacto para la salud de la población.

La complejidad de la APS es enorme. Cuando partió la reforma de salud se buscaban dos grandes pilares para fortalecerla. Sin embargo, las herramientas legales que se implementaron fueron menores. Lo contrario pasó con el AUGE, es decir, las herramientas legales fueron demasiado poderosas y torcieron el corazón que era la

atención primaria hacia una atención de AUGE. Eso nos desvirtuó. Yo participo en el consejo del AUGE, pero defendiendo la atención primaria porque quedó prácticamente descolocada. El modelo de salud es integral, comprensivo, de territorio y nos hemos tenido que ir a un modelo de especialistas. Existen pequeños núcleos de especialistas que no consideran la integralidad como parte constitutiva del modelo, lo cual es un error, pero no es irreversible. Es irreversible cuando no hay gestión, pero cuando la hay se puede hacer reasignación de recursos. Pero como no tenemos información, lo que hacemos es responder al director de salud o al nivel de atención primaria, que no tienen la capacidad de adecuación de recursos.

Estoy absolutamente de acuerdo con que la atención primaria es eminentemente local. Y el AUGE tiene un defecto mayor, porque prioriza en función de promedios nacionales y determina esas prioridades para el nivel local. Pero las prioridades locales no son todas iguales; alguien ya mencionó la dificultad del acceso geográfico al sistema de atención primaria y eso no está considerado en las políticas de asignación de recursos que garantice que esta atención cumpla con el objetivo para el cual fue creada. El problema de la atención primaria es que no hemos podido priorizar, porque al poner los problemas como grandes cosas, reafirmamos el modelo de especialistas; y al aumentar el problema de la libre elección de Fonasa, también lo hacemos. Esto, por un lado es bueno, porque se acaba con la discriminación social para alguien que quería acceder a otro tipo de prestación, pero va perdiendo sentido para quienes están velando por todo el sistema.

Nuestra realidad hace imperioso poner el acento en la gestión. Hemos mejorado el per cápita, está en \$3.600, ha habido un crecimiento año a año, pero no es suficiente. En términos de recursos humanos ha habido una mejoría, pero tampoco es suficiente. Todo esto tiene que conjugarse en una mirada de saber a dónde queremos llegar con este modelo.

Tiene que haber uno o varios responsables de la APS, porque, hasta ahora, al no haber una función específica, la responsabilidad es de todos y de nadie. Los alcaldes tienen que ser responsables de la gestión municipal y para eso es muy importante trabajar con el apoyo del sistema de salud, del Ministerio. También tiene que haber gestores responsables. Parte de las soluciones son la gestión y la responsabilidad, sin olvidar nunca que esto surge del nivel local, pero con responsabilidades según los niveles que correspondan.

Emilio Santelices

En relación al tema del modelo, yo creo que no lo hemos perdido, pero tenemos que hacerlo avanzar para que la atención primaria se convierta en el eje. Y para resolver los temas a los que apunta la colega de El Bosque, es fundamental que el sector salud avance hacia un modelo intersectorial que trabaje y actúe con otros servicios y ministerios. Los problemas de salud son fundamentalmente problemas sociales. Lo

que sucede en El Bosque es común a muchas otras comunas de mayor densidad poblacional. Lo que ocurre es que estamos perdiendo el capital social. Ni siquiera lo medimos. ¿Cómo se mide el capital social? Hay países que lo hacen. Nosotros no lo hemos hecho aún. El capital social es entendido actualmente como la relación que existe entre distintos actores y no solamente como la existencia de tejido social.

Tenemos que ser muy claros y dar el salto hacia la intersectorialidad. Los problemas crónicos de la población y los problemas asociados fuertemente a los determinantes sociales se resuelven con una mayor ponderación de la participación de la comunidad y de la familia. Es la comunidad la que puede ayudar a encontrar la solución y la mejor prueba la tenemos en la Encuesta Nacional de Salud. Al observar la hipertensión y la diabetes como trazadores, nos damos cuenta que la mayor parte de la población tiene conocimiento sobre ellas y las dos están en el GES. Sin embargo, si comparamos lo que sucedía antes y después del GES, todavía estamos al debe respecto a la fidelización de las poblaciones y eso se debe a la atención. ¿Qué quiero decir con esto? Que la población, si bien tiene la capacidad de atenderse o acceder a los medicamentos, no adhiere, porque hay un factor que no estamos considerando y que tiene que ver con el capital social, con la sensibilización de las poblaciones para hacerse cargo. Entonces, creo que la atención primaria debe ser el eje central. Pero el tercer pilar del modelo de salud es el cuidado socio-sanitario y ese se instala a través de la comunidad. Para eso necesitamos un profesional de la salud que articule a la red comunitaria y que convoque a los profesionales de la salud como interconsultores cuando se los requiera.

Los GCA no han incorporado aún los determinantes sociales. Lo que se debe hacer como hacedor de políticas y tomador de decisiones es entender las ventajas del modelo, pero también darse cuenta de lo que falta. Nosotros hicimos un estudio de eficiencia hospitalaria GRD con el componente de determinantes sociales: ingreso de población por hospital, índice de pobreza, índice de educación y nos dimos cuenta que los ingresos y en parte la educación eran variables indicativas y esto lo asociamos a la eficiencia hospitalaria.

Sobre los recursos humanos, si analizamos la actual proyección de *stock* de profesionales en salud que tenemos en Chile y la proyección que tendremos en cinco años más, vamos a poder resolver en gran parte el problema de las tasas de médicos y de enfermeras por habitante, y de la relación médico-enfermera. La conclusión es que ningún país, poco importan sus ingresos y su eficiencia, va a resolver la brecha en atención de salud de su población por la vía de los especialistas, particularmente en salud mental. La conclusión final es establecer la política de dar a los médicos de atención primaria la categoría de especialista.

La remuneración de los médicos no es suficiente. También tiene que haber incentivos económicos. Francia estableció tres incentivos para la atención primaria. Los médicos reciben un bono si cumplen tres condiciones: 1) usan y recetan genéricos; 2) adhieren a los protocolos y 3) se aseguran que las personas usuarias del centro de salud

adscriban al control de mama, de papanicolau y próstata. Esto ha dado resultados muy exitosos. Pero no bastan las remuneraciones, lo que se requiere es un reconocimiento social de la atención primaria. También es necesario tener posibilidades de desarrollo de carrera y avanzar hacia una mirada generalista, como se hace en los centros Áncora, en donde hay gente que se dedica a la salud mental y que tiene acceso a cursos de capacitación. Y por último, se requiere del desarrollo de tecnología que va asociado a lo anterior para una mejor resolución. Esos son los ejes sobre los que vamos a construir soluciones más integrales para el modelo de salud en los Cesfam, sin perder de vista que hay que implementar una tercera etapa, la de los equipos operativos de desarrollo socio-sanitario.

Sobre la institucionalidad, no es excluyente que las políticas tengan que ir desde la base hacia arriba, sobre todo cuando hablamos de intersectorialidad. Contar con esa misma visión del nivel administrativo central va a ser muy valioso. Les recomiendo leer el último reporte de la OMS y del Observatorio Europeo, *Salud en todas las políticas*, en el que se entrega información sobre lo que se ha avanzado y sus características. En otro tema referido a la institucionalidad, hay que revisar el tema municipal, pero para perfeccionarlo. También hay que discutir por qué los directores de los hospitales o los directores de los Cesfam son determinados por los alcaldes o el administrador de turno.

Finalmente, quisiera transmitir una mirada más optimista. Creo que hemos progresado enormemente en la manera de enfrentar los problemas: asumir que estamos ante una situación que es compleja; asumir que es un problema que tiene que trascender a las administraciones de turno; asumir que necesitamos mejores herramientas, que tenemos que gestionar mejor son cuestiones que décadas atrás no formaban parte de las problemáticas en salud.