



**INSTITUTO
DE ECONOMÍA,
GESTIÓN Y SALUD**
EQUIDAD, SOLIDARIDAD, INNOVACIÓN



Políticas para la economía gestión y salud

Atención Primaria: reformas a los modelos y sistemas de salud



WWW.IDEGYS.CL

Contenido

1- Editorial. **Pág 3**

2- Consejo Editorial. **Pág 4**

3. Atención Primaria de la Salud como un Sistema Complejo. - Fabián Norambuena **Pág 5**

4. Integralidad y Atención Primaria de la Salud en las Reformas de los Sistemas de Salud - Med. Ernesto Taboada **Pág 9**

5. Atención Primaria: Reformas y Transformación a los Sistemas de Salud - Med. Fernando Vignoni **Pág 13**

6. Lecciones de la Pandemia para Cambios en el Sistema Primario de Salud - Rafael Urriola **Pág 16**

7. Por una Salud más allá de las Metas Sanitarias - Med. Carlos Guerrero Ubeda - Med. Daniela Matta Daniels **Pag 20**



Editorial

Boletín 4 Idegys: Atención Primaria: Reformas a los Modelos y Sistemas de Salud

No solo se trata de prevención, promoción y participación en salud. También, se trata de devolver la autonomía y soberanía de la población sobre su salud, que a la larga, permitirá mejorar sus condiciones materiales de vida, y por añadidura se podrá caminar a una sociedad más equitativa, solidaria y sustentable.

Para que esto ocurra, los países deben realizar reformas a sus modelos y/o sistemas de salud. En general este cambio ocurre cada 10 años. Con el pasar del tiempo, la Atención Primaria de la Salud se integra a estos cambios de forma más robusta, poniendo de relieve su rol dentro de los sistemas de protección social.

Lamentablemente, sean las reformas que sean, los problemas siguen siendo repetitivos en los últimos 50 años, por ejemplo, la fragmentación de los sistemas y equipos de salud, la distorsión entre modelo y sistema de salud, donde este último no logra dar sustento a los objetivos planteados en los modelos; formas de financiamiento insuficientes, la gestión de la atención que se encuentra orientada a la continuidad y no a la longitudinalidad de la atención; solo por mencionar algunos elementos en conflicto dentro de la Atención Primaria de la Salud.

Lo claro, es que las mismas recetas para viejos problemas parecen no funcionar. Es momento de establecer innovaciones en la visión de cómo integrar y mejorar la Atención Primaria de la Salud como la estrategia central en cualquier país. Para esto (especialmente en Latinoamérica), será necesario ir más allá de lo conocido, con una mirada interdisciplinaria atreviéndose a ampliar los espacios hacia, por ejemplo, a la economía de la salud y la ingeniería como catalizadores de la creatividad de quienes hoy dan gobernanza a los sistemas de atención primaria de la salud.

Finalmente, los cambios necesarios para una mejor vida de las personas ocurrirán en la Atención Primaria de la Salud, guste a quien le guste.



Consejo Editorial

Viviana Garcia Ubillo

Fonoaudióloga.

Profesor Adjunto Universidad de Valparaíso

Formación en Gerontogeriatría; salud y economía y en derechos humanos, políticas públicas y vejez.

Directora Ejecutiva Geropolis UV.

Rafael Urriola Urbina

Economista de la Salud.

Magister en Economía Pública y Planificación. Past President. Asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019. Investigador y docente del Instituto de Economía Gestión y Salud. IDEGYS

Dr. Antonio Orellana Tobar

Neurocirujano.

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cargo en el cual ha sido reelecto en dos oportunidades (en 2015 y 2019).

Es miembro del Directorio de CONACEM (Corporación Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas).

Fabián Norambuena Contreras

Ingeniero Industrial.

Maestría (c) en Economía y Gestión de la Salud.

Director asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019.

Presidente Instituto de Economía Gestión y Salud. IDEGYS.

Rafael Zamarguilea

Politólogo.

Subsecretario de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Mariana Leidi

Médica.

Secretaria de Extensión Universitaria de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.



Atención Primaria de la Salud como un Sistema Complejo



Fabián Norambuena Contreras
Ingeniero Industrial, Maestría (c)
en Economía y Gestión de la Salud
Presidente Instituto de Economía
Gestión y Salud (IDEGYS)
fabian@idegys.cl

La discusión sobre los sistemas complejos no es nueva. Tampoco, se ha agotado con el tiempo, es más, pareciera que el desarrollo tecnológico y las nuevas formas de relacionarse en la sociedad, dificultan llegar a un consenso sobre qué elementos se deben considerar para que un sistema se defina como complejo en el siglo XXI. Esto, se exagera aún más en los sistemas de salud.

Como sistema complejo, el sistema de salud reviste características propias, tales como ser un sistema imperfecto, fragmentado por grupos (o estamentos), con una cantidad considerable de subsiste-



mas (subsistema de financiamiento, gestión no clínica, gestión clínica, y el subsistema de atención de usuarios). Este último podría considerarse un sistema por sí mismo, dada su complejidad y que, en definitiva, es la razón de ser del sistema de salud: proveer de bienes y servicios de salud a las personas. El sistema de atención de usuarios debe mantener su continuidad. Idealmente sin interrupciones.

En general, el análisis de los sistemas de salud pone su foco en los centros hospitalarios, en desmedro de la Atención Primaria de la Salud (APS).

La APS, puede ser vista desde distintos prismas. “Uno de estos, mira la APS como un conjunto de actividades, que debe dar sustento

al acceso a la atención de salud, alimentos, y del medio ambiente; otro, como un nivel de atención de salud, reducido a la “Atención en el Primer Nivel de Complejidad” o “Puerta de Entrada al Sistema de Salud”. También la APS puede ser vista como filosofía, refiriéndose a la salud como un derecho fundamental, equitativo, justo y solidario; finalmente, la APS puede ser considerada como una estrategia, lo que significaría que el sistema de salud completo debe tener a la APS como eje central de sus políticas, recursos materiales, financieros y humanos” (Torres y Siade, 2016. Atención Primaria de la Salud).

Al ser la APS un sistema complejo, se le asignan elementos técnicos y sociales. En lo social, a diferencia del resto de niveles del sistema de salud, el usuario se empodera y posee un rol activo sobre su salud.

La relación del usuario con el equipo profesional y técnico de la salud en la APS, es más cercana que en el resto de los niveles de atención de salud, ergo, las asimetrías de poder disminuyen. Así, afloran con mayor nitidez las contradicciones de los sistemas complejos.

El contacto entre el usuario y quien le atiende, se relaciona con la búsqueda de longitudinalidad en la atención¹, pero, muchas veces comienza a evidenciarse una contradicción de los usuarios de la APS: “el usuario asiste a su atención cuándo la enfermedad ya le repercute en su vida diaria, y no asiste de forma preventiva”.

Esta contradicción, provoca en la APS desorden. En esencia, los usuarios no buscan ir a consultas de salud (a no ser que sea la última opción para mantener o recuperar su estado de salud), y por el otro lado, los trabajadores y trabajadoras de la salud, deben realizar acciones hacia fuera de los sistemas de atención, esto quiere decir, ir a buscar a los usuarios y no esperar que lleguen cuando la enfermedad sea más difícil y costoso de tratar. Esta dualidad de comportamientos tensiona la complejidad de los sistemas de salud, pero puede ser un ele-

“Es en la APS, donde los cambios por una salud más equitativa, solidaria e innovadora ocurrirán de una u otra forma. La economía de la salud y la ingeniería, serán facilitadoras en tiempos de transformación”



mento de transformación (y evolución) de las políticas sobre los sistemas de atención de usuarios en el APS. La contradicción deberá ser minimizada, y no considerar que desaparecerá.

Para efectivamente minimizar los efectos negativos de este comportamiento, se necesitarán metodologías, conocimiento y herramientas que pueden no estar hoy insertas en la APS, como, por ejemplo, el uso de la economía de la salud como una ciencia que permita sistematizar, analizar y entregar información a los gestores sobre la APS, para luego, definir herramientas y estrategias concretas desde la ingeniería, para impulsar resultados sobre la gestión en el sistema de atención de usuarios.

Es en la APS, donde los cambios por una salud más equitativa, solidaria e innovadora ocurrirán de una u otra forma. La economía de la salud y la ingeniería, serán facilitadoras en tiempos de transformación.



Nota al Pie de Página

1. La longitudinalidad de la atención de salud se basa en que el mismo equipo profesional atienda a una población asignada, y no solo a la continuidad de la atención. En la APS, podría haber continuidad (porque se le presta la atención al paciente, pero no necesariamente con el mismo equipo de salud) de la atención sin longitudinalidad.

Integralidad y Atención Primaria de la Salud en las Reformas de los Sistemas de Salud



Ernesto Taboada
Médico Magister en Salud Pública por la Universidad Nacional de Rosario (UNR)
Director de la Carrera de Epidemiología de la UNR
Presidente del Instituto de la Salud “Juan Lazarte” de Rosario, Santa Fe. Argentina
etaboada@intramed.net

La búsqueda de desarrollos de los sistemas de salud en Latino América que incluyan modelos de atención más equitativos, accesibles e integrales tiene un largo recorrido. Numerosos países de la región han organizado e implementado reformas que procuran lograr esos atributos basados en diferentes esquemas de políticas sociales de protección social con diversos resultados desde comienzos del siglo XX.

El surgimiento de los sistemas de salud en la región, su evolución y características fueron determinados en cada país por las respuestas políticas de protección social implementadas por los distintos gobiernos a las demandas poblacionales en los diferentes períodos políticos-sociales históricos y por la influencia de los diferentes intereses de los actores involucrados en el campo sanitario.

En general, la prestación de los servicios de atención de la salud son producidos por diversos tipos de instituciones, modalidades de financiamiento y regulación, organizados de manera fragmentada en un subsector público, de la seguridad social y el privado (Cetrángolo, O. 2014). La organización, su articulación y coordinación que estructuran estos subsectores originan las diferentes modalidades de funcionamiento y provisión de servicios para implementar la cobertura, optimizar la eficiencia y la eficacia de sus acciones. A esta fragmentación se le suma la segmentación poblacional en el subsector del seguro privado de acuerdo al esquema de aportes para el financiamiento de la cobertura.



En esta configuración es posible observar que, el subsector público es financiado esencialmente con impuestos generales y da cobertura a población no asegurada inserta en su mayoría en la economía informal. El subsector de la seguridad social da cobertura a asalariados dentro de la economía formal y se financia por una contribución de parte de su nómina salarial. Y por último, el privado se organiza y financia por seguros privados o pagos directos de los demandantes. En este tipo de organización, un esquema de protección social no puede sostenerse solo con la capacidad contributiva del mundo laboral, sino que necesita dimensionar la magnitud del problema y diseñar esquemas de integralidad y solidaridad para alcanzar estándares igualitarios en los resultados en salud poblacional. (Centrón-golo, O. 2014).

En América Latina los sistemas de salud han tenido un desarrollo mixto con grandes dificultades en alcanzar una real cobertura universal de servicios de salud oportunos y eficaces. La forma en que nuestros países se han propuesto reorganizar sus estructuras y las relaciones entre los diferentes subsectores del sistema de salud y con las demás estructuras del Estado y la sociedad civil es la que ha otorgado las características a los distintos procesos de reformas.

Es muy conocido que los esquemas más integrados y solidarios en donde la totalidad de la población está incorporada a una forma de financiación unificada por contribución general es posible alcanzar una cobertura equitativa con integralidad funcional y prestacional.

Con esta aproximación al problema de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud en América Latina, la integralidad de los servicios de salud aparece como uno de los rasgos centrales a ser introducidos en las reformas de las políticas públicas en salud fundamentadas en la Atención Primaria de la Salud (APS).

El diseño e implementación de esquemas de

sistemas de salud integrados en los que el concepto de integralidad se asocie al de la integración de servicios de salud por medio de redes asistenciales (Araujo Harzt, Z. Contandriopoulos J. P., 2004), en donde se reconoce la interdependencia cooperativa de los actores y organizaciones bajo la regulación del Estado, residen los fundamentos para una propuesta de transformación del esquema estructural histórico de los sistemas de salud desarrolla-

“Con esta aproximación al problema de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud en América Latina, la integralidad de los servicios de salud aparece como uno de los rasgos centrales a ser introducidos en las reformas de las políticas públicas en salud fundamentadas en la Atención Primaria de la Salud (APS)”

dos en nuestra región. En esta perspectiva, un sistema integrado de salud tendría un esquema representado por una red de cuidados con múltiples dimensiones de integración entre los diferentes subsistemas. Relacionando los equipos de atención y cuidados clínicos con el conjunto de funciones de la gestión financiera, la de integración funcional, la de información, la de gobernanza y rectoría, y con la población y sus valores y representaciones acerca de sus problemas y necesidades. (Araujo Harzt, Z. Contandriopoulos J. P., 2004). Es esencial además, que toda iniciativa de reforma en el



sector salud se encuadre en la perspectiva de ampliación de los derechos humanos, como componente inalienable de la dignidad humana como un bien en sí mismo. Es decir, un sistema en el que todas las personas sin exclusiones tienen derecho a la salud. (Ase, I. Burijovich, J. 2009).

La implementación de APS en los diversos sistemas de protección social y en los sistemas de salud no tiene una comprensión conceptual unánime en los diversos países de Latino América. Es posible sintetizar en general dos conceptos diferentes para definirla. Una noción abarcadora, que comprende un sistema de atención integrado de la salud y del desarrollo social en su totalidad y otra denominada selectiva organizada como un tipo de respuesta hacia problemas específicos o a poblaciones con recursos escasos. Entonces, es primordial asumir que el concepto de APS y su implementación debe contener una noción abarcadora, considerando que es una política de reorganización del modelo asistencial y una estrategia para el desarrollo y transformación de la estructura organizacional del sistema de salud. De esta manera se comprende que, la APS pueda constituirse en el eje que organiza las redes de servicios de salud y sus prácticas de promoción, prevención y recuperación de la salud, integre sus funciones, asegure la continuidad de las prestaciones que garanticen el derecho a la salud de la población y establezca bases de desarrollos con orientación territorial, comunitaria, intersectorial y participativa con objetivos hacia la construcción de sistemas universales de salud. (Giovannella; L. 2015) .



Referencias Bibliográficas

1. Cetrángelo, O. Financiamiento Fragmentado, Cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Rev. De Economía Política de Bs. As. Año 8, Vol. 13, 2014 |145-183 | ISSN 1850-6933
2. Giovanella, Ligia et al. Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, jun. 2015. DOI:10.1590/0103-110420151050002002.
3. Giovanella, Ligia et al. Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, jun. 2015. DOI:10.1590/0103-110420151050002002.
4. Araújo Hartz, Zulmira M. de, Contandriopoulos André-Pierre. Integralidad de la atención e integración de servicios de salud: desafíos para evaluar la implantación de un “sistema sin muros” Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.
5. Ase, I. Burijovich, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva. Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril, 2009
6. Giovanella, Ligia. et al “Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social” Intercambio III.2-1-2007. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Junio de 2007.



Atención Primaria: Reformas y Transformación a los Sistemas de Salud



Fernando Vignoni.
Medico General y de Familia. UNR
Director de Centros de Salud de la
Municipalidad de Rosario
fernandovignoni@yahoo.com.ar

Desde Alma Ata a la fecha, es mucho lo que se ha avanzado en las reformas, modificaciones y transformaciones de los Sistemas de Salud en el nombre de la Atención Primaria. No obstante, las mismas han variado en un amplio abanico ideológico, y conceptual que han moldeado Sistemas de Salud muy diferentes. Por mencionar algunas están desde las iniciativas que impulsó el Banco Mundial a principio de los 80, que la entiende como prácticas restringidas de salud para pobres con un paquete de acciones y prestaciones, pasando por la concepción de que es la puerta de entrada al Sistema, ya que se ubican efectores de salud mas cerca de donde viven las personas o un Primer Nivel haciendo referencia a la complejidad de la aparatología dentro de la Red de Salud, a otros proyectos que la comprendieron como una Estrategia de construcción Sanitaria, que sintetiza muchas de las propuestas operativas de las concepciones anteriores, pero enmarcadas en un enfoque filosófico de Derechos Humanos, y considerando la activa participación de la comunidad como actores de las transformaciones.



Siguiendo el marco teórico de este último punto, en nuestra ciudad tenemos un muy rica experiencia de construcción colectiva, de mas de 30 años, desde una perspectiva de derechos, que transformó el Sistema de Salud, alcanzando un gran desarrollo territorial, que ha permitido garantizar accesibilidad y un ordenamiento de la red de salud que consiguió mostrar logros respecto a longitudinalidad y continuidad en los procesos de atención. También se ha logrado una mirada integral de los procesos de cuidado, a través de la conformación de equipos interdisciplinarios, que han complejizado la construcción de los problemas relacionados al campo de la salud, permitiendo interactuar con otros actores sociales y del Estado, para abordar los problemas de salud en su mayor complejidad que es donde viven las personas.

No obstante, es necesario seguir potenciando y profundizando el modelo. A partir de tomar como directriz del sistema, la inserción y responsabilización territorial, con una participación comunitaria activa, es que se van a potenciar los otros atributos muchas veces enunciados (accesibilidad, longitudinalidad en los procesos de cuidados, integralidad, intersectorialidad, y utilización apropiadas de las tecnologías). Estos atributos, necesitan ser profundizados para producir movimientos que sean reales transformaciones en el sistema de cuidado (que excede el sector sanitario), y que sumen en la producción de salud. No todas las modificaciones, innovaciones, e intentos de reformas al Sistema, implican una mejora en la condición de Salud, sino por el contrario, muchas implican un retroceso en el modelo, porque avanzan hacia la fragmentación, al predominio de lo biomédico, la hiper especial-

ización, la obnubilación por las tecnologías duras (aparatoología). Estas tensiones se transitan cotidianamente, y quedan evidenciadas en los históricos versus que impregnan al sector salud; (prevención/atención, centros de salud/hospitales, médicos de cabecera/especialistas, tecnologías duras/blandas, sector salud/el resto del estado, trabajadores/comunidad, etc).

En tal sentido, en nuestra ciudad, estamos avanzando con fortalecer las dos directrices,

“Para finalizar, y como consideramos que no hay transformación posible de los sistemas de salud sin la participación activa de los trabajadores, es necesario generar nuevas condiciones de formación de grado y de postgrado, que sigan esta misma sintonía de construcción”

una con la institucionalización de la Participación Comunitaria a través de la creación de los Consejos de Salud, y la otra con una profundización de la estrategia de territorialización de especialidades. La primera a través de una propuesta de ordenanza que se presentó en el Consejo Municipal, para la creación de los Consejos de Salud, donde dicha representación sea elegida por los usuarios de los centros, y que reproduzca la lógica organizativa de

la red de Salud, con espacios sistemáticos de discusión, encuentro y problematización entre trabajadores, gestores y usuarios. Y la segunda, en función con la oportunidad que brinda la crisis generada por la Pandemia Covid-19 (y que volvió a potenciar las contradicciones de modelos a nivel mundial), se intenta una nueva instancia organizativa de la red, que integre distintas instancias de la producción de cuidados. Se pretenden articular corredores o agrupamientos de centros de salud, en función de las características de los distintos territorios y sus necesidades, que actúen como base de recepción o encuentro entre distintos actores de la red de producción de cuidados en un territorio (organizaciones sociales, programas



transversales, equipos de salud de los centros, especialistas). Se pretende una nueva etapa de construcción y transformaciones, que exceda una simple (pero no menos compleja) descentralización de especialidades históricamente ancladas a estructuras Hospitalarias o centralizadas, y que articule un nuevo discurso de cuidado integral y complementario de saberes, anclado en una concepción de Salud Colectiva.

Para finalizar, y como consideramos que no hay transformación posible de los sistemas de salud sin la participación activa de los trabajadores, es necesario generar nuevas condiciones de formación de grado y de postgrado, que sigan esta misma sintonía de construcción. Para ello, también es necesario avanzar en espacios de formación en territorio, integrados, interdisciplinarios, relacionados a la comunidad de todas las disciplinas y áreas relacionadas al sector salud. Es la relación con la comunidad, la que construye agentes de cambio, que posibiliten transformaciones, y no actores que solo reproduzcan lo instituido.





Lecciones de la Pandemia para Cambios en el Sistema Primario de Salud

Rafael Urriola
Economista de la Salud
Magister en Economía
Pública y Planificación.
Past President. Asociación
de Economía de la Salud
de Chile 2017 - 2019.
Investigador y docente
del Instituto de Economía
Gestión y Salud.
IDEGYS
r.urriola@idegys.cl

Al inicio de la pandemia, la Atención Primaria de Salud (APS) fue subestimada y subutilizada en casi todos los países de la Región, incluyendo Chile, en cuanto a aspectos cruciales como la capacidad para desplegar servicios en el territorio; descentralizar organizadamente la detección de casos por PCR; cuidar de los enfermos no graves y hacer seguimiento de poblaciones vulnerables, así como articular la acción social y comunitaria.

Los énfasis de las autoridades se centraron en preparar y fortalecer la atención hospitalaria más que en la vigilancia de la salud, es decir, en la identificación de casos y contactos y el seguimiento de los casos que requerían condiciones adecuadas y especiales para el confinamiento. En Chile, recién el 4.6.2020 (Las Últimas Noticias p. 2) en el marco del



inquietante crecimiento de los contagios, el ministro de Salud declaró “Hemos decidido encargar a la Atención Primaria de Salud (APS) dependiente de los municipios, el seguimiento activo de los casos y sus contactos, y generar las alertas apropiadas para tener un aislamiento más efectivo...”. Esto es casi en el peak de la primera ola de la Covid-19 que había comenzado el 3 de marzo en el país.

Esta pandemia entrega nuevos e irrefutables argumentos para repensar el sentido de las reformas que son necesarios en los sistemas de salud. Una APS integral e integrada – promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención biopsico-socio-cultural – tiene un rol fundamental y debe ser el centro de los sistemas sanitarios de enfoque territorial colectivo, comunitario, centrados en el cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad (Giovannella 2020).

El cambio en la gobernanza, es decir, en la estructura en que se construye y ejerce el poder sectorial parece ser decisivo. El modelo hospitalo-céntrico ha alejado a los tomadores de decisiones de los ciudadanos; la curación del cuidado; los médicos de los equipos de salud. Todo lo cual se ve reforzado porque el primer nivel de atención en lugar de ampliar y concentrar atenciones, especialmente todo lo ambulatorio, deriva -sin capacidad de seguimiento- las atenciones de especialidad que siguen concentradas en los hospitales.

El cambio demográfico y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas que, además, influye en los efectos de contraer el virus exige hacer vigilancia integral en salud para prever y controlar la expansión de las epidemias, coordinar desde el territorio las acciones de prevención primaria y secundaria, de educación, de promoción y de acompañamiento en cuidados a adultos mayores.

La experiencia en medio de la pandemia en la APS es que hay cosas que se venían haciendo pero que se generalizaron y que no debiesen suspenderse una vez controlada la Covid-19.

Por ejemplo, la implementación de mecanismos de referencia rápida cuando sea necesario o potenciar el transporte sanitario.

La línea de cuidados puede potenciarse usando medios de comunicación prácticamente universales en Chile en la actualidad como el celular que permite una llamada telefónica, un mensaje de texto o la referencia de un vecino para la comunicación al equipo de salud de su área que evalúa el caso e inicia la atención. En la mayoría de los centros de salud se separó el flujo asistencial de los sintomáticos respiratorios (sospechosos de Covid-19), del flujo de pacientes con otros problemas o necesidades. Estas son herramientas de gestión que pueden generalizarse, mejorando la eficiencia del sistema.

Al inicio de la pandemia fueron los funcionarios de APS que identificaron rápidamente a los grupos más frágiles y vulnerables. Este año

“La APS ha jugado un rol protagónico en lo que concierne a la distribución de medicamentos para enfermos crónicos, control prenatal, vacunación y afecciones agudas”





fue el Covid-19 pero todos los años se satura la APS por enfermedades respiratorias de adultos mayores e infantes que necesitan atención especial. Esta acción puede ser completada por el equipo de salud con el concurso de la comunidad organizada y de otros sectores de asistencia social, incluyendo apoyo para el acceso y uso de tecnologías de información y comunicación.

La APS ha jugado un rol protagónico en lo que concierne a la distribución de medicamentos para enfermos crónicos, control prenatal, vacunación y afecciones agudas. Esta atención requiere ampliarse cambiando las restricciones sectoriales e incluso constitucionales que impiden que en Chile el Estado cree empresas. Las farmacias populares y/o comunales constituyen un rol fundamental de la APS del siglo XXI y que puede apoyarse en la telemedicina cuando esté disponible.

En resumen, citando el texto de Giovanella y sus colaboradores, un equipo de APS, debidamente equipado y protegido, es el elemento más eficiente sanitaria y socialmente para comandar la organización de la atención y referencia de pacientes, sospechosos, contactos infectados y no infectados y de las poblaciones vulnerables. Esto se probó en pandemia, pero debiese generalizarse en adelante.

Referencias Bibliográficas

1. Cetrángelo, O. Financiamiento Fragmentado, Cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Rev. De Economía Política de Bs. As. Año 8, Vol. 13, 2014 |145-183 | ISSN 1850-6933

Por una Salud más allá de las Metas Sanitarias



Carlos Guerrero Ubeda, Médico de Familia, médico contralor provincial, Dirección de Área Salud, Corporación Municipal de Valparaíso
cguerrero@cmvalparaiso.cl

Chile enfrenta un momento histórico. La victoria en las urnas del “Apruebo” abre las puertas a modificar la Carta Magna que regula el modo en cómo nos relacionamos y, al mismo tiempo, nos brinda la oportunidad de reflexionar sobre los derechos que nos han sido reconocidos hasta el momento, cuáles han sido invisibilizados y cuáles merecen ser reinterpretados al momento de redactar la nueva Constitución. En ese sentido, el Derecho a la Salud es una constante fuente de debate en nuestro país.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”. Podríamos decir, entonces, que el derecho a la salud y al buen vivir trasciende más allá del sistema de atención en salud.



Daniela Matta Daniels, médica de familia, CESFAM Manuel Lucero, Olmue
danielamatta.olmue@gmail.com

Si bien, en Chile la Constitución actual reconoce el derecho a la protección de la salud, ello se enmarca en una política de un Estado subsidiario, que ha conllevado a la interpretación del derecho a la salud de una manera individual por sobre lo colectivo, a la fragmentación del sistema de salud y a la expresión de inequidades en el acceso, la oportunidad, la calidad y los resultados de las atenciones de salud.

Por otra parte, el Estado debe cumplir compromisos internacionales en la materia y es así, como debe definir periódicamente sus políticas en salud, lo cual se traduce en que cada década debe declarar los objetivos sanitarios que se propone alcanzar. A partir de estos objetivos, se establecen metas sanitarias que determinan bonos que recibirá el personal de salud en base al cumplimiento de estas.

Entonces, ¿carecen las metas sanitarias de todo sentido como algunos(as) autores pro-



ponen? En estricto rigor no, ya que contribuyen al logro de los objetivos sanitarios planteados. ¿Acaso no es importante la detección precoz del cáncer cérvicouterino mediante la realización del Papanicolau (PAP)? ¿Acaso no es importante que se mantengan compensadas las personas con Diabetes e Hipertensión? Claro que sí, puesto que estas medidas evitarán muertes precoces.

¿Son entonces las metas sanitarias perversas? Es un punto interesante a discutir. Las metas por sí son etéreas, no tiene la cualidad de ejercer un acto de perversión, pero sí se debe considerar la dimensión humana de los equipos de salud. Por un lado, la mayor parte del tiempo, no se percibe que estas metas sean un aporte para la salud de la población. Por otro, es casi inevitable la búsqueda del beneficio monetario, lo que se traduce en actividades que no se centran en las personas, dando prioridad a aquellas prestaciones que impactan en las metas por sobre otras que, si bien podrían contribuir a la salud de la población, no se acompañan de dicho beneficio. Por esta razón muchas veces se habla de perversión al referirse a las metas sanitarias.

Además, habitualmente impera un modelo de gestión en salud centrado en la productividad, donde la maquinaria sanitaria no se puede detener, y los equipos humanos se ven forzados a ejecutar acciones mandatadas desde niveles superiores para cumplir con compromisos políticos de las autoridades, o acatar protocolos y flujogramas generados en otros niveles de atención, sin sentido de fondo, es decir, cumplir por cumplir.

Volviendo a la pregunta anterior, ¿Son entonces las metas sanitarias perversas? Creemos que no, el problema es su origen. Los objetivos sanitarios no han sido contruidos junto a la población y en su mayoría no dan respuesta a sus demandas y necesidades. Por ello se sienten ajenas, carentes de sentido y, a veces, perversas por el modo en que se logra su cumplimiento.

Existe entonces, una desconexión entre las políticas públicas, las demandas sociales y la construcción de sentido que los(as) funcionarios(as) de la salud le otorgan a su labor.

Habitualmente, los(as) detractores(as) del funcionamiento de los equipos de salud a partir de un estímulo económico vinculado al cumplimiento de metas sanitarias proponen que se debe eliminar esta práctica. ¿Solucionaría esto el problema? Es un punto a debatir. Ciertamente daría mayor libertad a los equipos y podría facilitar que se realicen acciones históricamente postergadas, principalmente el trabajo en los territorios y con las comunidades, apuntando hacia la cogestión y la corresponsabilidad en salud.

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”

Sin embargo, ¿se puede lograr lo anterior manteniendo las metas sanitarias? quizás sí, ¿qué tal si los objetivos sanitarios y las metas fueran co-contruidas con la población y el personal de salud? ¿y si se reconociera el derecho de las comunidades a tomar decisiones en salud y realizar control de gestión y se consideran los determinantes sociales como eje del trabajo?

La propuesta es, entonces, diseñar un nuevo modelo de gestión acorde a una nueva definición del Derecho a la Salud, con carácter pro-



teccionista en vez de subsidiario, donde prime lo colectivo sobre lo individual, donde sea más importante la salud de las personas que la economía, con participación sea vinculante, donde la producción de salud en los territorios prime sobre la atención de enfermedades y, donde la búsqueda de la felicidad y el bienestar sean más importantes que alcanzar indicadores de salud netamente biológicos, fríos y distantes. En otras palabras, un modelo que permita el desarrollo de un Sistema de Salud equitativo, solidario, centrado en las personas, sus familias y las comunidades, con integralidad, pertinencia cultural, pertenencia territorial y un vínculo longitudinal entre el personal de salud y las comunidades.





www.idegys.cl



contacto@idegys.cl



Fanor Velasco 85, piso 2,
Santiago. RM

