

# **MODELO DE SALUD CHILENO: PRIMERO LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

## **Asociación de Economía de la Salud de Chile**

Camilo Bass (1), Tomás Lagomarsino (2) y Rafael Urriola (3)

- (1) Vicepresidente Colegio Médico Santiago y asociado AES – Chile.
- (2) Presidente CONFUSAM Viña del Mar y asociado AES – Chile.
- (3) Presidente Asociación de Economía de la Salud Chile. AES – Chile.

1. El sistema de salud chileno requiere urgentes cambios. La reforma de la salud de 2005 permitió introducir en la población el concepto de salud como derecho al garantizar un conjunto de problemas de salud. No obstante, todavía no hay una evaluación completa, certera e integral de esta reforma y sus impactos en los resultados de salud de la población.

2. La tasa de crecimiento del gasto en salud de Chile es de las más altas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) alcanzando al 7% anual entre 2003 y 2017. Aún así, 258.000 personas se encuentran en listas de espera para intervenciones quirúrgicas en agosto de 2019, según el Minsal.

3. Las reformas que actualmente han sido planteadas por el Ejecutivo en el ámbito de la salud se refieren más bien a mejorar los ingresos del sector privado y a ampliar las compras desde el sector público. Sin embargo, se posterga un debate más a fondo sobre el modelo de atención. El debate debe centrarse en cómo mejorar la atención y la salud de la población definiendo asimismo qué instituciones estarán facultadas para hacerlo de manera continua.

4.- Se ha demostrado que los modelos más eficientes son los que actúan a tiempo en detectar y prevenir enfermedades de su población a cargo; los que hacen seguimiento de tratamientos para enfermedades crónicas; los que actúan con un concepto integrado de red en que la derivación a especialidades es una responsabilidad clínica, administrativa y financiera de la red (del CESFAM y el hospital como institucionalidad indivisible y menos autónoma), los que amplían física e institucionalmente en el ámbito de la atención primaria la atención de especialidades y la ambulatorización de cirugías. Todo esto corresponde a la Atención Primaria de Salud.

5. Hoy la APS tiene efectivamente responsabilidades decisivas en la salud que varían según las comunas y los establecimientos. La población a cargo en algunas partes se satura más allá de lo soportable y sin que medien decisiones compensatorias. Por ejemplo, la migración se

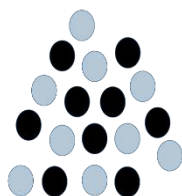
concentra en algunas comunas y no se resuelve financieramente esta situación ya que los pagos per capitados requieren documentación que numerosos migrantes no poseen.

6. Fortalecer la atención primaria no solo es necesario por lo dicho sino permitiría “liberar” hasta un 17% de los días cama hospitalarios que hoy son ocupados por no haber tomado las precauciones necesarias en el nivel APS y que permitirían reducir de manera significativa las listas de espera a precios menores que las compras privadas. En efecto, los episodios de diabetes 2, asma y otras enfermedades de las vías respiratorias, infección renal y de vías urinarias, neumonía bacteriana, úlceras del aparato digestivo, entre otras, podrían haber sido resueltas en APS antes de llegar a la hospitalización. Estas patologías ocuparon en 2018 más de un millón de días cama del sistema público del país.

7. En todo el mundo, los formuladores de políticas están explorando estrategias innovadoras de pago de proveedores o de transferencias internas en el caso del sector público que promueven el valor en la atención médica. Estas son conocidas como pagos basados en el valor que deberían constar de dos componentes: un pago base poblacional relativamente grande que corresponde a las tareas habituales de los establecimientos para mantener una población sana y un pago relativamente pequeño que recompensa explícitamente los resultados, entre otros, las capacidades de evitar derivaciones para hospitalizaciones innecesarias.

8. El pago base podría pagarse a: (1) un grupo de proveedores multidisciplinarios y de multinivel (atención primaria y secundaria como componente único) (2) para un conjunto coherente de actividades de cuidado para una población a cargo predefinida, (3) es fijo, (4) se ajusta para el perfil de riesgo de la población, y (5) Incluye medidas de mitigación de riesgo clínicos, poblacionales y administrativos. Estos son los componentes de un cambio significativo y eficiente en el modelo de atención de la salud chilena al cual llamamos a discutir.

9. Para enfrentar estos problemas, se requiere una profunda transformación del sistema de salud chileno, con un financiamiento solidario y una provisión de servicios de calidad en la red asistencial pública, que resuelva efectivamente los problemas de salud de la población en todos sus niveles. El Sistema de Salud debe orientarse desde una perspectiva multisectorial, considerando el enfoque de los determinantes sociales de salud, para resolver de forma integral los problemas presentes en el estado de salud de la población, con una APS fuerte.



***AES – CHILE***  
Asociación Economía de la Salud