

EVALUACION DE LA REFORMA DE SALUD DE CHILE, DESDE LA MIRADA DE LOS EJECUTORES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Dr. Jorge Díaz Cortés, MINSAL Chile,
jodiazc@yahoo.com, tel. 56-32-3196416
TM. Soledad Ishihara, MINSAL Chile,
Soledad.ishihara@minsal.cl, tel:5625740698

I. INTRODUCCION

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, donde el Ministerio de Salud es el ente rector y tiene por tarea el rol normativo, a través del diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud ⁽¹⁾.

La base productiva del sistema de salud pública chilena está conformada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 29 Servicios de salud (SS), quienes para llevar a cabo su tarea, poseen y operan varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación.

La Atención Primaria de Salud (APS), atiende cerca del 80% de la población del país, en Centros de Atención Primaria, que son administrados mayoritariamente por los departamentos de salud municipal (DSC) ⁽²⁾.

Desde la década del 50 hasta la fecha, diversos procesos de reforma han logrado desarrollar el sistema de salud que actualmente hay en Chile ⁽³⁾. La reforma del año 2005, es una propuesta política profunda diseñada para enfrentar los desafíos sanitarios del país, proponiendo cambios en el modelo de atención, fortalecimiento de la APS y la integración del sistema de salud en torno a redes asistenciales ⁽⁴⁾.

Con relación a la atención primaria, insiste en su importancia y le atribuye una alta responsabilidad en los cambios del modelo de atención y en la implementación de estrategias destinadas a enfrentar muchos de los problemas de salud priorizados.

El nuevo modelo de atención, actualmente denominado “Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud” ⁽⁵⁾, comenzó a aplicarse en forma sistemática a partir de la creación de los Centros de Salud Familiares (CESFAM), el año 1997.

Este modelo propone una atención centrada en las personas y familias y la aplicación de un enfoque biopsicosocial en reemplazo del tradicional enfoque biomédico. Además propone la constitución de equipos de salud de cabecera que ofrezcan una atención personalizada y continuada, con énfasis en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad ⁽⁶⁾.

II. OBJETIVO

La evaluación de este nuevo modelo de atención y de los objetivos perseguidos por la reforma, desde la visión de los directores de APS de los SS (DAP-SS) y Directores de Salud Municipal, especialmente en lo referente a diversos tópicos de la Atención Primaria, nos muestra como es percibida por los gerentes de salud, la implementación de esta política pública, los desafíos pendientes y las propuestas que nacen desde la trinchera de la atención primaria y nos permite medir el grado de alineación entre los actores, con miras a diseñar las estrategias e intervenciones desde el nivel central, tendientes a consolidar el proceso de reforma, alineando a los gestores con los ejecutores de la atención primaria.

III. METODOLOGIA

Durante el segundo trimestre del año 2012, se aplicó una pauta estructurada con preguntas que buscaban conocer la opinión de los gerentes de salud en el nivel de SS y municipio, respecto a 6 tópicos de atención primaria de salud relacionados con los objetivos generales de la reforma de salud ⁽⁷⁾.

Los tópicos abarcados, buscaban evaluar el grado de implementación e impacto que la reforma ha causado en la atención primaria. Las áreas evaluadas fueron las siguientes: modelo de atención, la gestión local, Integración/Resolutividad, recursos humanos, infraestructura, y financiamiento.

Esta pauta fue enviada a los 29 servicios de salud del país y a las 346 municipalidades que administran la atención primaria municipal.

En total, se recibió una total de 28 respuestas de los Servicios de Salud, que corresponde al 96,55%; y de 236 comunas, con un total de 246 respuestas, que corresponde a 68,2%

La pauta de recolección estructurada recogía la opinión respecto a factores positivos y negativos existentes en APS, identificación de intervenciones con impacto sanitario y en la satisfacción de los usuarios y además se solicitaron propuestas de mejora e intervenciones en los factores negativos identificados.

La información recopilada en cada ítem, fue organizado en sub grupos de respuestas relacionadas, generándose al menos 4 grupos de respuestas por cada ítem.

Cada respuesta se ponderó sobre el total de las respuestas enviadas por los que participaron en esta evaluación.

Se estableció el grado de alineación entre los SS y DSC, midiendo el grado de coincidencia de los subgrupos con mayor porcentaje de apoyo, definiéndose un alto grado de alineación cuando la identificación de factores positivos o negativos presentaba un grado de coincidencia similar y mayor al 40% en la suma de los primeros

2 subgrupos, mediano grado cuando esta coincidencia era entre 15 y 39% y bajo cuando era menor al 15%.

IV. RESULTADOS

1.- MODELO DE ATENCION:

En general, en la opinión de los Directores de APS-SS y los Directores de DCS, hay coincidencia en lo que respecta al modelo de atención. Ambos señalan que el modelo, el trabajo comunitario y la cercanía con la comunidad son fortalezas de la Atención Primaria.

Existe una coincidencia menor respecto de que el modelo es una fortaleza, aunque no esta implementado como tal, ya que aun existe a juicio de las DSC una mantención del Modelo biomédico y por parte de los SS se plantea abiertamente una insuficiente implementación del modelo, lo que sumado a la dicotomía entre lo cuantitativo y cualitativo de la evaluación, la descoordinación con el nivel central y la dificultad para realizar el rol preventivo y promocional, explican esta aparente dificultad en la correcta aplicación del modelo.

Queda de manifiesto la importancia del trabajo comunitario, la cercanía con la comunidad y el enfoque preventivo y promocional de la Atención primaria; sin embargo, señalan que no pueden llevar a cabo el enfoque debido a la alta presión asistencial, por lo que proponen definir políticas nacionales en este ámbito y fortalecer la participación social.

Sumado a lo anterior, el desarrollo de la calidad, con evaluación sistemática de la satisfacción usuaria y mejores accesos a la atención medica y a la cartera de prestaciones, impactarían en la satisfacción usuaria.

En este tópico, existe una alineación en la identificación de factores positivos pero no en los negativos, sin embargo existen coincidencias en las propuestas e intervenciones.

Tabla 1: Evaluación del Modelo de Atención.

Componente	MODELO	DAP-SS	DSC
Factores POSITIVOS	Modelo de salud con enfoque integral y comunitario	57,14	83,7
	Fortalecimiento del trabajo comunitario y cercanía con la comunidad	64,29	68,3
	Promoción y prevención en Salud		28,0
	Énfasis en la estrategia APS gracias a la reforma	28,57	
	Desarrollo de trabajo horizontal y en Equipo	14,29	
	Mayor acceso y atención continua		15,4
Factores NEGATIVOS	Dicotomía entre las metas sanitarias (cuantitativo) y el actual modelo (cualitativo)		27,6
	Mantención “encubierta” del antiguo modelo “biomédico”		23,6

	Insuficiente implementación del modelo	28,57	
	Descoordinación de estrategias Minsal/SS/Municipios:	10,71	
	Escaso tiempo para promoción y prevención, desplazado por lo asistencial	10,71	15,0
Propuesta	Fortalecer la instalación del Modelo de Salud Familiar	17,86	14,6
	Definir políticas Nacionales de promoción de salud y fortalecer la participación social	21,34	12,6
	mejorar procesos de control de calidad	7,14	
	Metas Sanitarias en relación con el modelo, a Promoción de la salud y a la realidad local		8,5
Intervenciones impacto SANITARIO	Fortalecer la promoción y prevención de la Salud	57,14	45,1
	Promover y fortalecer el trabajo comunitario y la participación social.		34,1
	Programas preventivos; promoción de autocuidado y detección temprana de patologías prevalentes	32,14	23,2
	Incorporar Indicadores de evaluación de acciones de Modelo	21,43	
	Fortalecer programas preventivos en niños, adolescentes y A. mayor	14,29	20,7
Intervenciones impactan SATISFACCION USUARIA	Desarrollo de Calidad; evaluación sistemática de Satisfacción usuaria	39,29	45,1
	Mejorar accesos a una cartera de servicios permanentes, en especial a horas medicas	10,71	33,7
	Fortalecer participación social en el análisis y toma de decisiones	32,14	26,4
	Atención integral real; holística. Ser efectivos y oportunos.	25,00	
	Fortalecer programas Preventivos y Promocionales		14,23

2.- GESTION:

Respecto de la gestión, los datos señalan que existen diferencias en la percepción de ambos grupos de Directivos. Los DSC señalan menor valoración de las fortalezas en Gestión y no son coincidentes con los SS.

Para los SS, la fluidez de comunicación con los Municipios y el sistema de redes de atención son una fortaleza; sin embargo, creen que hay insuficiente gestión directiva a nivel comunal, proponen mayor supervisión técnica-financiera; monitoreo permanente y control de la gestión.

En cambio para los Directores de Salud Comunal señalan algunas fortalezas con poca relevancia; menos del 10% de los participantes de la encuesta señalan que realizan autogestión, tienen autonomía y proponen, superar esta dificultad. A diferencia de los SS, señalan como aspectos negativos la insuficiente integración de la red asistencial; señalan además, problemas de eficiencia en la ejecución de los recursos financieros, una escasa supervisión del Servicio de Salud en este aspecto; y sumado a lo anterior, como amenaza los cambios en la administración municipal por elecciones municipales lo que conlleva inestabilidad en la gestión en salud; para ello proponen fortalecimiento de la red asistencial y al igual que los SS, un mayor control y supervisión de parte de los Servicios de Salud.

Los DSC, proponen la existencia de planes estratégicos y la acreditación de APS como intervenciones que causarían impacto sanitario. Coinciden, en menor porcentaje, con los SS, señalando que mejorar accesos a atención realizando gestión de demanda y de Red efectiva, con supervisión y monitoreo constante del Servicio de Salud, impactaría en la satisfacción usuaria.

En este tópico, se observa una baja alineación entre SS y DSC, al igual que una gran dispersión en las propuestas e intervenciones.

Tabla 2: Evaluación de la Gestión General de la Atención Primaria de Salud.

Componente	GESTION	DAP-SS	DSC
Factores POSITIVOS	Relación SS con municipios, fluidez de comunicación:	21,43	5,7
	Sistema de redes de atención:	17,86	
	Competencia y compromiso de equipos de DAP de SS:	17,86	
	Autogestión, descentralización y Mayor autonomía		9,3
	Administración Municipal comprometida.		7,7
Factores NEGATIVOS	Insuficiente gestión directiva a nivel comunal:	42,86	
	Insuficiente gestión de demanda a nivel comunal:	17,86	
	Insuficiente integración de la Red asistencial		21,95
	Deficiente Ejecución y procedimientos financieros y escasa supervisión del SS	28,57	8,94
	Inestabilidad en la gestión local por dependencia de los cambios políticos comunales		8,94
Propuesta	Supervisión técnica – financiera, monitoreo y control de gestión	25,00	13,01
	Fortalecimiento de las Redes locales y macroregionales	14,29	
	Concursar las Direcciones de Salud Comunal	10,71	
	Fortalecimiento de la red asistencial y acompañamiento del SS a la APS		7,72
	Mayor autonomía, descentralización y Mayor participación en la Toma de decisiones		5,69
Intervenciones impacto SANITARIO	Existencia de planes estratégicos, evaluación y rendición de cuentas		4,07
	Mejorar funcionamiento línea 800	3,57	
	Cumplir con la cartera de prestaciones de APS	3,57	
	Acreditación APS Institucional y de todos los prestadores		2,03
Intervenciones impactan SATISFACCION USUARIA	Mejorar Gestión de Demanda, aumentar oferta y mejorar acceso	39,29	9,35
	Mejorar la gestión de la red y la supervisión y monitoreo del SS		2,44
	Disminuir tiempos de espera, especialmente en especialidades	21,43	
	Gestión anticipatorio en eventuales ausencia de médicos, falta de Fármacos	17,86	
	Mejorar la gestión de la red y la supervisión y monitoreo del SS		0,00
	Mejorar sistema de acogida (salas de espera, atención telefónica, etc)	17,86	2,03

3.- INTEGRACION/RESOLUTIVIDAD.

En lo que respecta a Integración/Resolutividad, también existen diferencias desde la perspectiva de ambos actores. Para los DAP-SS tienen una percepción mayor respecto de las fortalezas y debilidades; sin embargo, coinciden con los DSC en las propuestas de mejora y en las intervenciones que pueden causar impacto sanitario y en la satisfacción usuaria.

Ambos, señalan que los recursos del convenio de resolutividad, y el trabajo de la Red son factores positivos para la APS. Sumado que para los DAP-SS la incorporación de nuevas tecnologías y para los DSC, la alta resolutividad de APS, también son una fortaleza.

Coinciden que hay una deficiente coordinación de la Red, insuficiente referencia-contrareferencia y brecha de especialista en el nivel secundario, que implica una espera prolongada en la atención de especialista, según señalan los DSC. Sumado a lo anterior, para los DAP-SS, existe además, una brecha de equipamiento y apoyo diagnóstico, terapéutico.

Ambos proponen, consolidar los dispositivos existentes (UAPO, RBC, y otras) implementación de Tecnologías en Salud y fortalecer la coordinación y contrarreferencia. Señalan que la incorporación de especialidades básicas en APS, fortalecer los dispositivos existentes e incorporar la telemedicina, sumado a la eficiencia en el trabajo en red, implicaría un impacto sanitario. De igual manera, una Atención Primaria mas resolutiva, efectiva y oportuna, fortaleciendo acceso a atención y a diagnóstico, reduciendo tiempo de espera, impactarían directamente en la satisfacción usuaria.

En este tópico existe una mediana alineación, sin embargo existe una importante coincidencia en las propuestas e intervenciones necesarias para enfrentar este tópico.

Tabla 3: Evaluación de la integración de la Red y Resolutividad:

Componente	INTEGRACION / RESOLUTIVIDAD	DAP-SS	DSC
Factores POSITIVOS	Convenios de Resolutividad (aporte extra de recursos)	25,00	15,85
	Alta resolutividad en los problemas de salud, Incluida Urgencia		13,01
	Incorporación de nuevas tecnologías:	14,29	
	Coordinación y trabajo en Red	17,86	11,38
Factores NEGATIVOS	Deficiente coordinación de la Red asistencial, insuficiente Referencia – Contrareferencia	21,43	29,27
	Brecha en equipamiento y apoyo diagnóstico y terapéutico:	32,14	
	Espera prolongada para atención especialistas		16,67
	Brecha de especialistas:	14,29	12,20
Propuesta	Consolidar dispositivos existente e incorporar especialidades básicas y medicina familiar	39,29	36,18
	Fortalecer la coordinación de red y Contrareferencia	10,71	25,20
	Mayor capacidad resolutiva de niveles secundarios y superiores		14,23
	Implementación de Tecnologías en Salud (telemedicina y otras)	10,71	13,41

Intervenciones impacto SANITARIO	Incorporar especialistas en APS e Incorporar dispositivos resolutivos y telemedicina	32,14	30,9
	Mayor efectividad de la Red asistencial, Mejorar Referencia - contrareferencia.	7,14	10,16
Intervenciones impactan SATISFACCION USUARIA	Incorporar médicos especialistas. fortalecer Servicios de Urgencia y Diagnostico	42,86	41,06
	Reducir tiempo de espera en forma efectiva	17,86	28,05
	Mejorar coordinación entre niveles	7,14	7,72

4.- RECURSOS HUMANOS.

En cuanto a los recursos humanos, en general, hay coincidencia en lo que plantean ambos Directivos; sin embargo la ponderación es distinta.

Se observa una coincidencia en que la atención primaria cuenta con funcionarios comprometidos, con acceso a programas de capacitación, con personal multidisciplinario que trabaja en Equipo y que han favorecido la incorporación de otros profesionales que aportan en áreas específicas al equipo de salud como fortalezas. Sumado a lo anterior, los DAP-SS señalan que la existencia de un marco regulatorio de la APS es una fortaleza; y los DSC, suman la existencia de Trabajo en Equipo como un factor positivo en la Atención Primaria.

Coinciden en los problemas que enfrenta la APS respecto del recurso humano. Señalan que la alta rotación de médicos, escasos incentivos y la dotación insuficiente, le dan el aspecto negativo que impide la formación de Equipos.

Tanto a nivel de SS como de municipio proponen que las dotaciones sean adecuadas al modelo y avanzar en definir estándares de dotaciones mínimas para el trabajo en Salud Familiar; capacitación continua y permanente, especialmente en atención al usuario, e incorporar beneficio e incentivos, mejorarían la atención primaria. Además, los DAP-SS proponen una capacitación continua a los Directores de Salud Comunal, para hacer más eficiente la gestión.

Ambos creen que las dotaciones adecuadas al modelo, la capacitación continua y permanente, especialmente en atención al usuario, y incorporación de médicos de familia y de especialidades básicas, causarían impacto sanitario y en la satisfacción usuaria.

Existe en este tópico una alta alineación entre SS y DSC, así como un importante grado de ajuste entre las propuestas e intervenciones en materia de Recursos Humanos.

Tabla 4: Evaluación de los Recursos Humanos.

Componente	RECURSOS HUMANOS	DAP-SS	DSC
Factores POSITIVOS	Funcionarios comprometidos	46,43	32,52
	Acceso a programas de capacitación:	53,57	26,42
	Existencia de Equipos multidisciplinarios e Integración de nuevos profesionales	21,43	24,80
	Ley APS entrega grandes beneficios:	35,71	
	Existencia de trabajo de equipo		15,85
Factores NEGATIVOS	Falta de Recursos humanos, especialmente médicos Salud Familiar. Dotación insuficiente	32,14	46,75
	Alta rotación de Profesionales	60,71	28,86
	Bajos incentivos a permanencia y contrato a honorarios:	35,71	13,41
Propuesta	Fortalecer la capacitación, en Salud Familiar, temas comunicacionales, trato al usuario	42,86	26,02
	Capacitación continua a los Directores de Salud municipal	10,71	
	Aumentar Dotación y Definir estándares de Dotación mínimas	14,29	24,39
	Otorgar beneficios e incentivos		22,36
Intervenciones impacto SANITARIO	Dotaciones de acuerdo a Modelo	25,00	12,60
	La capacitación continua en temas ajustados a la realidad local	21,43	10,57
	Incorporar y aumentar médicos de Salud Familiar	7,14	6,91
Intervenciones impactan SATISFACCION USUARIA	Capacitación permanente basado en la atención al usuario	25,00	21,95
	Dotaciones según estándares. Dotaciones de médicos especialistas y EDF	28,57	16,26
	Incorporar incentivos, disminuir Rotación de personal	14,29	10,16

5.- INFRAESTRUCTURA.

Respecto de la Infraestructura, existe coincidencia en lo que señalan ambos cuerpos directivos, la infraestructura no esta acorde al modelo y a la normativa.

Ambos señalan que la nueva infraestructura y la incorporación de mayor tecnología en la APS, son factores positivos; sin embargo, estos aspectos son mas importante para los DAP-SS que para los municipios. Coinciden que a pesar de que se ha renovado la infraestructura, señalan que no esta de acuerdo al Modelo y que, a pesar de incorporar Tecnología, existe una deficiente implementación de TICs, con escaso desarrollo. Entonces, proponen el cierre de brechas en infraestructura, incluyendo equipamiento y vehículos; y la explotación de TICs, con un sistema centralizado y único o en su defecto, interoperabilidad entre estos.

Tambien creen que mejorar la infraestructura, su renovación y generar estrategias que garanticen la mantención continua causaría un impacto sanitario y en la satisfacción usuaria, al igual que la incorporación de tecnología informática, con instalación de Call Center y Registro Clínico Electrónico, aunque en menor medida.

Se observa una alineación alta en la identificación de factor negativo común, que la infraestructura no acompaña al modelo y a la normativa generada a partir del proceso de reforma. Por su parte las propuestas e intervenciones son variadas para este factor negativo identificado.

Tabla 5: Evaluación de la Infraestructura de los centros de Atención Primaria.

Componente	INFRAESTRUCTURA	DAP-SS	DSC
Factores POSITIVOS	Incorporación de nuevas tecnologías (SIDRA, OMEGA; SIGGES).	14,29	8,13
	Nueva infraestructura. Reposición progresiva de CESFAM.	25,00	6,91
Factores NEGATIVOS	Infraestructura no acorde a modelo y normativa	46,43	41,06
	Deficiente implementación de TIC y escaso desarrollo tecnológico	28,57	11,79
Propuesta	Mejorar Infraestructura. Cierre de brechas (incluye Equipamiento y Vehículos)	35,71	28,05
	Explotación de TIC centralizado, único; o enlaces entre existentes	21,43	11,79
Intervenciones impacto SANITARIO	Mejorar Infraestructura, según modelo	10,71	8,54
	Implementar móviles de atención médica		2,44
Intervenciones impactan	Mejorar infraestructura acorde al modelo (salas multiuso, Mas Box, salas de espera, etc) que dignifiquen la atención del usuario.		32,52
	Renovación y mantencion continua de Infraestructura y equipamiento	25,00	
SATISFACCION USUARIA	Incorporar sistemas tecnológicos para administración de horas, e instalación de Call Center		10,16
	Registro clinico electronico unico, e integrado		7,72

6.- FINANCIAMIENTO:

Respecto del financiamiento, existe coincidencia en lo que plantean gestores y ejecutores, respecto de la necesidad de mejorar el aporte per cápita y de convenios, además para los DSC, la oportunidad en la transferencia de los fondos es un problema, que no es compartido con los SS.

Sin embargo poco más del 10% de los encuestados señalan como factor positivo el aumento paulatino del aporte per cápita, al igual los fondos de convenio para líneas programáticas.

Además, para los DAP-SS, existe un insuficiente aporte municipal; y para los DSC, existe escasa flexibilidad en el gasto de los recursos.

Una propuesta común con un importante apoyo es la reformulación del per cápita, considerando indexadores distinto a los actuales incorporando variables territoriales, sociales, étnicas en la asignación de recursos, con valorización de la canasta a un costo real; también proponen que se incorpore al per cápita aquellos programas y convenios que tienen continuidad, especialmente aquellos asociados a RRHH. Además, ambos plantean que se debe mejorar la oportunidad de entrega de los recursos. Los DAP-SS, proponen además, entregar financiamiento para mantención de infraestructura y Equipamiento, y los DSC, aumentar los recursos de convenios específicos y estrategias relevantes.

Ambos, señalan además, que aumentar el financiamiento per cápita para mejorar accesos y reducir brechas; e incrementar fondos para Promoción, especialmente para campañas comunicacionales impactaría en lo sanitario y en la satisfacción usuaria.

Si bien hay una alta alineación en base a la demanda histórica de aumento de recursos, en el ámbito propositivo, no aparecen nuevas ideas, manteniendo las líneas del debate e los últimos años, análisis de indexadores, aumento del aporte, etc.

Tabla 6: Evaluación del financiamiento de la Atención primaria.

Componente	FINANCIAMIENTO	DAP-SS	DSC
Factores POSITIVOS	Aumento progresivo del per cápita como una política de estado.	10,71	11,0
	Se cuenta con fondos de Programas y Convenios con directrices definidas y consolidados.		10,6
Factores NEGATIVOS	Insuficiente aporte percapita:	39,29	43,50
	La transferencia de recursos financieros, vía convenios, habitualmente no son oportunos. Produce discontinuidad en las prestaciones y dificulta la gestión		11,38
	Aporte municipal escaso	14,29	
	escasa flexibilidad en los convenios en el gasto de los recursos de acuerdo a las necesidades de la comuna		10,98
	Insuficiente aporte por convenios para estrategias relevantes (promoción, CHCC)	14,29	10,98
	Incrementar el aporte per cápita. Reformulación Calculo per cápita (Indexadores territoriales, sociales, étnicos)	35,71	47,97
Propuesta	Inversión de Recursos para mantencion (infraestructura, Equipamiento, etc.)	14,29	
	Aumentar los recursos en programas específicos y estrategias relevantes		21,54
	Mejorar oportunidad en la entrega de recursos de programas y convenios	25,00	20,73
	Intervenciones impacto sanitario	25,00	17,07
Intervenciones impactan SATISFACCION USUARIA	Mejorar el aporte per cápita, asegurar financiamiento para mejorar acceso y disminuir Brechas	14,28	8,54
	Aumentar financiamiento	10,71	5,69

A. CONCLUSIONES:

De acuerdo a lo planteado la existencia de dificultades en varios diversos ámbitos de la Atención primaria, ha impedido que el modelo de atención se instale correctamente según lo establecido.

Se observa que en los tópicos de Modelo de atención, Recursos Humanos, Financiamiento e infraestructura, existe una gran alineación entre los gestores y ejecutores, lo que facilita el abordaje de estos tópicos. Por otro lado vemos una alineación media en lo referente a Integración y resolutiveidad y una preocupante baja alineación en la Gestión general de la atención primaria.

Estos últimos dos tópicos son ejes en el proceso de la reforma planteada el 2005 y que según lo evidenciado en este estudio, aun no ha logrado consolidarse, al menos en lo referente a la atención primaria de salud.

Se desprende también que existen elementos que pueden servir de facilitadores en los procesos de diseño e intervención en los tópicos que muestran desalineación de actores, por ejemplo el avance en la disminución de brechas de financiamiento, Infraestructura y Tecnologías, así como también el avance en la definición de estándares mínimos en materias de RRHH para la correcta implementación del modelos, incluidos especialistas para aumentar la resolutiveidad de la APS, son elementos que generan consenso, entre

los protagonistas de la APS y pueden servir como punta de lanza para los procesos de intervención o gestión del cambio en las áreas con mayores dificultades.

Es importante destacar que los DSC, plantean que algunos problemas existentes en la Atención primaria, se deben a la incorrecta gestión de terceros; la falta de integración de la red asistencial, gestión deficiente de Cenabast, y la descoordinación interna de la APS en el Minsal, Seremi y Servicios, podrían explicar el retraso en la implementación del modelo.

Referencias:

- 1.- www.minsal.cl
- 2.- Modelo de atención integral; serie de cuadernos Modelo de Atención N°1, , Minsal 2005.
- 3.- La Red Publica de Salud, serie cuadernos de redes, N°8, Minsal 2007.
- 4.- Tellez A., Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud, en Temas de la agenda publica, 1 N°2, PUCCH, 2006,
- 5.- Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria, Minsal, 2008.
- 6.- Manual de apoyo a la implementación de centros comunitarios de salud familiar, serie cuadernos de redes N° 19, Minsal 2008.
- 7.- Orientaciones para la planificación y programación en Red año 2012, Minsal 2012.