

Develando el valor social de la atención primaria en Chile

Unveiling the social value of primary care in Chile

Pamela Eguiguren ¹

Irma Vargas ²

Ximena Barros ³

Alejandra Quiroz ⁴

Deiza Troncoso ⁵

RESUMEN

Objetivo. Describir los elementos centrales en torno al valor social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

Métodos. Diseño de investigación mixto, basado en la consulta nacional desarrollada en tres modalidades entre 2016 y 2017. Se realizó análisis estadístico descriptivo de 10.145 respuestas de consulta individual online y 408 actas codificadas de conversatorios. Análisis cualitativo de 4 conversatorios grabados y los resultados finales se presentaron triangulados e incrustados.

Resultados. La mayor participación en las tres modalidades fue de mujeres, trabajadores de salud, usuarios del sistema público de salud y en rango etario de 20 a 44 años. La atención primaria es reconocida como eje rector del sistema de salud, vigilante de la equidad y justicia social, con énfasis en promoción y prevención, valorándose el acceso oportuno, la atención integral y la entrega de medicamentos. No obstante, las brechas a subsanar se refieren a la continuidad del cuidado, la integralidad, el fortalecimiento de la prevención, promoción y participación social, el fomento del respeto como valor fundamental y la necesidad de avanzar hacia cambios constitucionales que garanticen la salud como derecho, más allá del acceso.

Conclusiones. El valor social de la atención primaria atribuido por las personas y sociedad civil es alto y positivo, no obstante, las oportunidades de mejora detectadas podrían favorecer la guía de políticas públicas para potenciar la atención primaria.

Palabras clave: *participación, valor social, atención primaria*

ABSTRACT

Objective. Describe the central elements relative to the social value and opportunities for improvement in primary health care that emerged from the national consultation process addressed to natural persons, health officials and members of civil society in Chile.

Methods. Mixed research design, based on the national consultation developed in three stages between 2016 and 2017. A descriptive statistical analysis was performed on 10,145 individual online query responses and 408 coded conversational minutes. Qualitative analysis of 4 recorded conversations was

Recibido el 3 de septiembre de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

2 Departamento de Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Santiago, Chile. Correspondencia a: ivargas@minsal.cl

3 Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago, Chile.

4 Departamento de Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

5 Médico de Familia, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile

performed and the final results were triangulated and embedded.

Results. The highest participation in the three stages was from women, health workers, users of the public health system and in the 20-44 age bracket. Primary care is recognized as the guiding axis of the health system, vigilant of equity and social justice, with emphasis on promotion and prevention, assessing timely access, comprehensive care and delivery of medicines. However, the gaps to be corrected refer to the continuity of care, integrality, the strengthening of prevention, promotion and social participation, the promotion of respect as a fundamental value and the need to move towards constitutional changes that guarantee health as a right, beyond access.

Conclusions. The social value of primary care attributed by individuals and civil society is high and positive; however, the opportunities for improvement detected will favor the guidance of public policies to strengthen primary care.

Keywords: *participation, social value, primary healthcare*

INTRODUCCIÓN

El año 2018 se cumplen cuarenta años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud efectuada en 1978 en la ciudad de Alma Ata, correspondiente a la ex Unión Soviética. En dicha ocasión, se elaboró una declaración que destacaba una serie de valores centinelas y principios para el desarrollo de sistemas sanitarios que se hicieran cargo de la acción de los determinantes sociales de la salud (1), mediante el ejercicio fundamental del rol de la atención primaria en los sistemas de salud y en los estados para alcanzar mejores niveles de salud a nivel poblacional. Junto a lo anterior, hacía un llamado a la acción a los gobiernos, trabajadores de salud, autoridades y comunidad internacional para promover sistemas de salud basados en atención primaria y promover así la equidad y justicia en la asistencia sanitaria (2).

Cuando se conmemoraron los treinta años de la Conferencia, la Dra. Margaret Chan, a cargo de la Organización Mundial de Salud, recordaba la resistencia por parte de la comunidad médica en torno a esta declaración. La comunidad médica indicaba que era utópica, que confundía los niveles de atención y complejidad, que parecía una alternativa económica para los pobres (“cuidados pobres para personas pobres”), entre otros (1). Y, a pesar de que la declaración no alcanzó

necesariamente los objetivos que buscaba hacia el año 2000, aquellas resistencias fueron disipándose conforme fue aumentando el valor de la atención primaria.

Con el paso del tiempo, la atención primaria ha ido ganando adhesión y relevancia crucial como elemento transformador del desarrollo de la salud pública en los países (1). Por ejemplo, los estudios desarrollados por Bárbara Starfield (3–6) han arrojado evidencia de que la atención primaria tiene una serie de atributos que permiten afirmar que su fortalecimiento contribuye a mejorar la salud poblacional de todo país. En ese sentido, la atención primaria, al facilitar la accesibilidad y el primer contacto, disminuye las probabilidades de agravamiento de la salud de las personas; está a cargo de los cuidados de una población específica y se responsabiliza por ellas; cuenta con mejores oportunidades para garantizar continuidad de cuidados; cuenta con ventajas comparativas para realizar selección de pacientes que requieren o no requieren atención especializada, lo que aumenta la costo-efectividad del sistema de salud en su conjunto; y, por último, logra un buen uso de pruebas diagnósticas (4). Asimismo, la atención primaria facilita el tratamiento de enfermedades crónicas, puesto que tiene mayor cercanía con las personas, las familias y las comunidades, gracias al modelo de atención que impregna las actividades que desarrolla (7); mejora la satisfacción de las personas; disminuye las hospitalizaciones evitables por cuidados sensibles a la atención primaria; tiene como rol primordial la prevención y la promoción y, con ello, la reducción de los costos asociados al empeoramiento de la salud de las personas (5).

Con todo ello, la atención primaria es reconocida como una estrategia que logra ir más allá de la costo-efectividad anhelada en el diseño e implementación de políticas públicas. Es más bien una estrategia que logra concretar valores como equidad, justicia social, universalidad, centrado en las personas, protección comunitaria, participación, acciones basadas en evidencia, responsabilidad personal, autodeterminación e independencia (8) que representan, a su vez, valores que la sociedad, en su conjunto, busca obtener de los sistemas de salud.

De ese modo, hoy en día es posible hablar del valor social de la atención primaria. Existen diferentes definiciones de valor social que, desde sus diferentes puntos de vista, apuntan a un espacio común: la valorización que la sociedad otorga a algo. Por ejemplo, desde la economía, se entiende valor social como la utilidad que los individuos

obtienen del consumo no material de ideas abstractas (9) que no se rivalizan como ocurre con el consumo de bienes materiales privados, ya que son compartidos socialmente y reproducidos en este mismo contexto. Ahora bien, desde el vínculo con salud pública, el valor social se entiende como un conjunto de suposiciones y juicios centrales en la cultura de las personas acerca de los objetivos o estados de existencia que se estiman importantes y deseables y que determinan el modo de pensar, actuar y sentir. Con ello, se dibujan los sistemas normativos y conductas tolerables o no tolerables, lo que, en resumidas cuentas, establece los estándares sociales con los que las personas se desenvolverán socialmente y que harán exigibles a los sistemas que interactúan con ellas (10).

Como es posible de apreciar, el valor social refiere al importe que hacen las personas del uso y goce de ideas abstractas que no se rivaliza entre personas, sino, más bien, este importe es compartido en la sociedad y hace exigible ciertos estándares de desempeño a los sistemas que interactúan con ella misma. En términos de la atención primaria, el valor social de la atención primaria sería el conjunto de ideas y valorizaciones que las personas comparten, como sociedad, acerca de los objetivos deseables e importantes de la estrategia de atención primaria y cuáles serían los estándares exigibles para obtener la utilidad social requerida por el conjunto.

El ejercicio de conocer el valor social de la atención primaria desde la perspectiva de las personas que forman parte de ella, entendiéndose usuarios, funcionarios, autoridades, organizaciones de la sociedad civil, entre otras, ha sido desarrollado en Brasil (11) y Canadá (12), pero desde la perspectiva de los atributos de la atención primaria. Desde esas experiencias y reconociendo el recorrido histórico que ha tenido la atención primaria en nuestro país (13,14), los avances en materia de salud destacados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (15) y la proximidad al cumplimiento de los cuarenta años de la Declaración de Alma Ata, la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud de Chile emprendió un proceso de consulta ciudadana que culminó en el Congreso de Atención Primaria realizado en abril del año 2017, con el fin conocer el valor social atribuido desde la sociedad civil a la atención primaria y, con ello, co-construir y fortalecer a la misma como base del sistema de salud.

En ese sentido, el objetivo de este artículo es describir los elementos centrales en torno al valor

social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un proceso de consulta nacional masivo en tres modalidades que incluyó: a) consulta individual online, b) conversatorios locales, entendidos como espacios de reflexión convocados desde los Servicios de Salud del país o auto-convocados por grupos de personas naturales, organizaciones sociales y/o territoriales y c) Congreso de Atención Primaria de Salud, celebrado en la ciudad de Santiago, en el que se presentaron los resultados de las dos modalidades anteriores con el fin de que sirvieran de insumo a la discusión final en torno al valor social de la atención primaria chilena y para la elaboración de un documento de posición (16), validado y ratificado por los participantes del Congreso mediante firma (Figura 1).

La elaboración de la metodología fue un trabajo participativo liderado por la División de Atención Primaria. Se realizó una jornada de trabajo y reuniones posteriores con actores de la Asociación Chilena de Municipios, Universidades, Sociedad Chilena de Medicina Familiar, gremios de salud, Asociación de Médicos de Atención Primaria, Administradores Comunales, Jefes de Atención Primaria de Servicios de Salud y Asesores Ministeriales (Gabinetes y Comunicaciones). Esta primera etapa del proceso fue clave para las etapas posteriores, ya que al unificar criterios sobre el logro a alcanzar, se definió que la participación ampliada era el mejor camino para avanzar y que la territorialidad debía ser eje del trabajo a realizar. Sobre esta base conceptual se diseñaron tres modalidades (consulta individual, conversatorios locales y congreso), cada una con metodologías específicas.

El uso de las dos primeras modalidades buscaba aumentar la cobertura de consulta general para alcanzar a obtener un mayor número de respuestas, mediante la oferta de tres modalidades de participación simultánea: multimedia y presencial. La modalidad multimedia de consulta online permitió a los participantes responder un cuestionario autoaplicado de tres preguntas y los conversatorios permitió a los participantes debatir abiertamente de manera presencial. El Congreso de Atención Primaria también se presentó como formato de participación presencial, pero ya en

fase de consolidación de la información. A partir de la información levantada en los conversatorios y consulta individual, se elaboró desde el nivel ministerial, un documento de posición que recogió los principales acuerdos del proceso participativo previo al Congreso de Atención Primaria. Durante el primer día del evento, se presentó una propuesta de documento de posición que sintetizaba de manera general los resultados de la consulta y conversatorios en grupos de participantes divididos en 5 salas y que a su vez fueron sub-divididos en grupos de 10 a 12 personas. La discusión se focalizó en analizar cada uno de los puntos que constituían el documento. Cada grupo debía especificar su acuerdo o no con cada uno de los puntos, realizar observaciones o proponer modificaciones que fueron presentadas por un/a representante del grupo al plenario. Las observaciones fueron sistematizadas y sintetizadas con representantes de los grupos y se llegó a la redacción final del documento, el cual fue aprobado y legitimado por el conjunto de participantes del Congreso mediante su firma el segundo día del evento.

Los procesos de consulta individual online y conversatorios se sucedieron de forma simultánea entre noviembre de 2016 y abril de 2017. Luego, en abril 2017, como culminación de las modalidades anteriores, se realizó el Congreso de Atención Primaria, el que contó con la participación de 959 personas. Ha sido esperable que, en alguna medida, se haya registrado la participación de un grupo de personas en más de una fase. El alcance final

de la consulta y la composición de participación obtenida corresponde a sectores vinculados e interesados en la atención primaria.

El análisis de los datos ha seguido un proceso propio de un diseño de investigación mixto. El análisis de las dos primeras modalidades de consulta individual online y de conversatorios locales fue liderado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Para el análisis cuantitativo aplicado a los datos obtenidos en 10.145 consultas individuales online, se realizaron análisis estadísticos descriptivos univariados y bivariados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21. Para el análisis de la pregunta abierta contenida en la consulta individual online: **¿cuales son los valores sobre los que debiera construirse una política de salud?** los datos fueron procesados ingresando los textos al software Atlas ti obteniendo un análisis de frecuencias. El análisis cualitativo se realizó sobre 408 actas codificadas grupalmente en los conversatorios (promedio de 15 participantes por grupo), en los que participaron 10.513 personas distribuidas a lo largo del país, con representación territorial de todos los Servicios de Salud. El análisis de contenido permitió la categorización temática y, junto a la descripción narrativa de las categorías y subcategorías identificadas, posibilitó dimensionar frecuencias de aparición de los temas planteados e identificar citas representativas. Este proceso fue complementado con el análisis de cuatro conversatorios grabados y transcritos, cuya selección fue realizada bajo criterio de conveniencia. Tres

Tabla 1. Caracterización de los participantes en la consulta individual online

Variables	Mujer		Hombre		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Total participantes	7.528	74,10%	2.617	25,70%	10.145	100,00%	
Edad	15 a 19 años	248	3,20%	79	3,00%	327	3,20%
	20 a 44 años	4.916	65,30%	1.539	58,80%	6.455	63,60%
	45 a 64 años	1.799	23,80%	652	24,90%	2.451	24,10%
	65 y más años	565	7,50%	348	13,20%	913	8,90%
	Total	7.528	100,00%	2.617	100,00%	10.145	100,00%
Actividad principal	Comunidad/organización	173	2,20%	55	2,10%	228	2,20%
	Estudiante	1.159	15,30%	262	10,00%	1.421	14,00%
	Jubilado(a)	482	6,40%	322	12,30%	804	7,90%
	Otro	1.295	17,20%	238	9,00%	1.533	15,10%
	Trabaja en sector diferente a salud	1.197	15,90%	560	21,30%	1.757	17,30%
	Trabaja en sector salud	3.222	42,80%	1.180	45,00%	4.402	43,30%
	Total	7.528	100,00%	2.617	100,00%	10.145	100,00%
Uso del sistema de salud pública	Sí	6.383	84,70%	2.159	92,40%	8.543	84,20%
	No	1.144	15,10%	458	17,50%	1.602	15,70%
	Total	7.528	100,00%	2.617	100,00%	10.145	100,00%

tuvieron lugar en la región Metropolitana en ámbitos urbanos y de semi-ruralidad (La Bandera en la ciudad de Santiago, Calera de Tango y Paine) y uno en la región del Biobío (en la ciudad de Los Ángeles). Este análisis siguió una categorización temática y codificación para su posterior análisis interpretativo. En términos de contenido, el corpus principal de análisis estuvo representado por las minutas de los conversatorios, el análisis de estas transcripciones permitió adicionar grados de profundidad y aportar en la comprensión de las dinámicas de construcción grupal de las minutas. Se contó con el apoyo para el procesamiento de datos con el software MAXQDA 12. Finalmente, el análisis de la información, tanto cuantitativa como cualitativa, ha sido triangulada e incrustada en un procesamiento secuencial-explicativo.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo: caracterización del proceso participativo

a) Consulta individual online

La Tabla 1 caracteriza a los participantes de la consulta individual online. De un total de 10.145 participantes, el 74,1% fueron mujeres y el 25,7% fueron hombres. El rango etario de mayor participación en la consulta individual online fue el de 20 a 44 años. Los participantes en su mayoría eran trabajadores del sector salud (43,3%) y usuarios del sistema público de salud (84,2%)

b) Conversatorios

La Tabla 2 describe la distribución de los conversatorios realizados en el país, según Servicios de Salud. Se realizaron 408 conversatorios locales, los que contaron con la participación de 10.513 personas. Un 73% de los participantes de los conversatorios fueron mujeres (resultado no se muestra en Tabla 2). Si bien hubo realización de, al menos, un conversatorio por cada Servicio de Salud a lo largo del territorio nacional, el Servicio de Salud Metropolitano Central realizó 95 conversatorios, constituyendo el 23,3% de los conversatorios realizados, seguido del Servicio de Salud Metropolitano Sur con 53 conversatorios, constituyendo el 13,0% del total de conversatorios realizados. Asimismo, ambos Servicios tuvieron la mayor participación de personas en sus conversatorios: 11,6% y 10,4% del total de participantes, respectivamente. En suma, participaron 319 comunas del país que representan el 92% de las comunas totales de Chile (resultado no se muestra en Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de Conversatorios realizados por Servicios de Salud

Servicio de Salud	Nº conversatorios realizados	%	Nº participantes	%
Arica	11	2,70%	152	1,40%
Iquique	11	2,70%	245	2,30%
Antofagasta	5	1,20%	204	1,90%
Atacama	2	0,50%	37	0,40%
Coquimbo	4	1,00%	283	2,70%
Viña del Mar-Quillota	4	1,00%	342	3,30%
Aconcagua	8	2,00%	363	3,50%
Valparaíso-San Antonio	1	0,20%	141	1,30%
O'Higgins	8	2,00%	265	2,50%
Maule	5	1,20%	174	1,70%
Ñuble	2	0,50%	189	1,80%
Concepción	6	1,50%	226	2,10%
Talcahuano	5	1,20%	309	2,90%
Biobío	7	1,70%	354	3,40%
Arauco	8	2,00%	397	3,80%
Araucanía Norte	11	2,70%	261	2,50%
Araucanía Sur	11	2,70%	258	2,50%
Valdivia	3	0,70%	190	1,80%
Osorno	6	1,50%	454	4,30%
Reloncaví	20	4,90%	477	4,50%
Chiloé	3	0,70%	55	0,50%
Aysén	15	3,70%	309	2,90%
Magallanes	4	1,00%	97	0,90%
Metropolitano Norte	30	7,40%	858	8,20%
Metropolitano Occidente	27	6,60%	713	6,80%
Metropolitano Central	95	23,30%	224	11,60%
Metropolitano Oriente	32	7,80%	620	5,90%
Metropolitano Sur	53	13,00%	093	10,40%
Metropolitano Sur-Oriente	8	2,00%	126	1,20%
Nacional (*)	3	0,70%	97	0,90%
Total	408	100%	503	100%

(*) Incluye a instituciones y organizaciones nacionales tales como gremios, partidos políticos e miembros de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

c) Congreso de Atención Primaria

La Tabla 3 caracteriza a los participantes del Congreso de Atención Primaria. Participaron 959 personas (resultado no se muestra en Tabla 3). Del total de participantes, el 50% provenía del sector salud. Y el 22% provenía de otros

sectores de la sociedad civil, entendidos como miembros del intersector, dirigentes sociales/gremiales y usuarios, entre otros. Al igual que en la consulta individual online y conversatorios, un 65% de los participantes fueron mujeres (resultado no se muestra en Tabla 3)

Tabla 3. Participantes del Congreso de Atención Primaria, según sector respresentado

Participantes	Frecuencias relativa
Representante de la Academia	3%
Representante del sector salud	50%
Representante otro sector	22%
Dirigente vecinal/usuarios	11%
Representante Colegios profesionales/asociaciones gremiales	6%
Representante Sociedades Científicas	2%
Representante Partidos políticos	1%
Representante Organismos internacionales	1%
Otros	4%
Total	100%

Análisis cuantitativo-cualitativo: el valor social desde la co-construcción de la salud en y con los territorios

Los principales resultados en torno al valor social de la atención primaria, se describen a continuación:

a) Rol de la atención primaria

El rol de la atención primaria, como eje del sistema de salud y parte de una red, se dibujó dentro de los aspectos valorados en los conversatorios, relevando su aporte a la salud de la población y la importancia de lo que representa para el sistema de salud:

“Creemos que la atención primaria debe ser el eje rector de la mejor salud, que debe ser el eje principal de la protección de la población”. (Representante de la comunidad, Acta Conv. Comuna de San Ramón, sector La Bandera, región Metropolitana)

“Es la cara visible del Estado en el territorio”. (Acta Conv. S.Salud 132⁷)

Ha sido considerada el primer contacto con el sistema de salud y el nivel de atención con presencia en el territorio. Se le ha reconocido enfoque promocional y preventivo junto a su resolutivez en lo curativo y rol en la derivación a otros

niveles de atención. En cuanto a la atención de salud (Tabla 4), los análisis bivariados permitieron caracterizar descriptivamente el colectivo que respondió la consulta online, diferenciando por categorías como sexo, edad y trabajador/a de la salud. Aspectos muy valorados en la consulta individual online fueron, entre los hombres y usuarios foráneos al sistema de salud público, que el acceso a la salud sea ágil y oportuno (58,6%, $p < 0,001$; 57,2%, $p < 0,005$); entre los trabajadores de salud y usuarios foráneos al sistema de salud público, que la atención sea integral (52,1%, $p < 0,001$; 59,2%, $p < 0,001$); y, entre trabajadores foráneos al sistema de salud y usuarios del sistema público de salud, que se entreguen los medicamentos (56,9%, $p < 0,001$; 52,2%, $p < 0,001$) (Tabla 4). Como aspectos a mejorar, entre las mujeres y los trabajadores foráneos al sistema de salud, emergió el diagnóstico oportuno (50,2%, $p < 0,005$; 54,4%, $p < 0,001$); entre trabajadores de la salud y hombres, emergió la infraestructura del establecimiento (49,9%, $p < 0,001$; 43,1%, $p < 0,001$); y, entre trabajadores del sistema de salud y mujeres, emergió la coordinación con el hospital (45,8%, $p < 0,001$; 44,5%, $p < 0,005$) (Tabla 4). En los conversatorios, se valoraron las distintas acciones y prestaciones de salud con las que se cuenta, destacando programas y atenciones en domicilio y en áreas distantes.

También la posibilidad de asegurar la continuidad de la atención cuando se requieren mayores niveles de complejidad asistencial, a través de la articulación y derivación a especialidades, destacándose el trabajo en red con el hospital.

“Coordinación en red con el hospital, referencia y contrarreferencia con servicios de urgencia, entre otros”. (Acta Conv. S.Salud 135)

Se ha reconocido a la atención primaria de salud como “pilar fundamental” por su contribución a los objetivos sanitarios y a la reducción de la mortalidad y morbilidad a través de los programas que implementa, favoreciendo el aumento de la esperanza de vida. Finalmente, se ha reconocido un rol más allá de lo asistencial -como estrategia-, que contribuye al abordaje de las desigualdades de acceso, justicia social y derecho a la salud. Se ha señalado que brinda atención sin discriminación a diferentes grupos socioeconómicos, incluyendo grupos específicos como migrantes, pueblos originarios, personas en situación de discapacidad y

6 Conv corresponde a conversatorio.

7 El código de identificación de citas indica si se trata de Acta de Conversatorio, junto a un número de identificación de Servicio de Salud, correspondiente o si se trata de la transcripción del audio del conversatorio señalando el grupo u organización, comuna y región.

Tabla 4. Aspectos valorados y demandas de mejora sobre la atención primaria, según sexo, trabajadores de sector salud u otros y usuarios del sistema público u otro en consulta individual online

Variables	Frecuencia (%)							
	Sexo		Trabajadores sector salud		Usuarios del sistema salud público			
	Hombre	Mujer	SI	NO	SI	NO		
Aspectos valorados de la atención primaria	Que el acceso a la atención de salud sea ágil y oportuno	58,6%*	52,8%			53,3%	57,5%**	
	Que la atención de salud sea integral			58,3%*	47,3%	50,7%	59,2%*	
	Que el trato sea respetuoso			55,4%**	52,7%			
	Que se entregue medicamentos			40,5%	56,9%*	52,2%*	36,2%	
	Que solucionen mi problema de salud	42,0%**	39,0%	42,0%**	38,7%	39,5%	43,7%**	
	Que pueda consultar cuando necesito ayuda	34,0%	38,0%**					
	Que el establecimiento esté cercano a mi domicilio			29,8%	40,2%*	36,6%*	31,0%	
	Que me atienda el mismo profesional	32,2%**	29,8%	23,7%	35,5%*	31,3%*	24,9%	
	Que se coordine con otras instituciones			30,0%*	23,4%	25,6%	30,1%*	
	Que aporte a la salud de la comunidad/barrios	21,9%**	19,6%	22,4%*	18,6%			
	Que coordine e integre la atención otorgada en otros lugares			20,7%*	16,2%	17,4%	22,5%*	
	Demandas de mejora	El acceso a la atención de salud			44,4%	49,6%*		
		El diagnóstico oportuno	47,7%	50,2%**	43,2%	54,4%*		
La coordinación con el hospital		40,9%	44,5%**	45,8%*	41,8%			
La infraestructura del establecimiento		43,1%*	37,1%	49,9%*	30,0%			
Los horarios de atención				30,5%	52,7%			
El trato a las personas y familias				32,5%	36,4%*			
La confianza en el equipo de salud				25,6%	28,6%**			
La coordinación con otros sectores				27,7%*	19,6%			
Las actividades con la comunidad				25,9%*	20,2%			
La relación con la comunidad		24,1%*	18,5%	21,6%*	18,7%			
El conocimiento de la comunidad				23,1%*	15,0%			
Las atenciones que el equipo de salud realiza a domicilio		16,7%	18,5%**					
El lenguaje que utiliza el equipo de salud		15,9%	18,1%**					

* p < 0,001

** p < 0,005

adultos mayores, favoreciendo la democracia y la equidad en el acceso a la salud de la población más vulnerable del país:

“Acogida y acompañamiento de grupos sociales vulnerables”. (Funcionarios de salud, Acta Conv. SSalud 102)

“Todos tienen cabida, es democrático y no hay distinción de clase social” (Acta Conv. SSalud 131)

Se les han atribuido responsabilidades y acciones frente a determinantes sociales de la salud, lo cual representa un valor y a la vez expectativas.

“La atención primaria tiene un rol súper importante de detectar enfermedades en la primera infancia y gestación. Enfermedades, problemas sociales y familiares; y de ahí se generan redes también con el municipio, o con los colegios, para tratar esas patologías o los problemas

sociales, de determinantes sociales, de educación y hasta vivienda”. (Funcionaria de salud, Acta Conv. Comuna Calera de Tango, región Metropolitana)

Se han destacado acciones que favorecerían la desarticulación de mecanismos de producción de inequidad, como el empoderamiento de los/as usuarios/as para la exigencia de sus derechos, el trabajo con autoridades sobre necesidades locales, el compromiso con la comunidad y la atención de grupos vulnerables sin discriminación.

“Aterrizan las políticas de salud en el territorio en beneficio de la población a cargo, tiene un rol preventivo esencial y permite gestionar los problemas desde los determinantes sociales” (Acta Conv. SSalud 135)

b) Modelo integral de salud familiar y comunitario

El modelo integral de salud familiar y comunitario (Modelo, de ahora en adelante) en atención primaria emergió como parte sustancial del valor social de la atención primaria en algunos resultados de la consulta individual online, pero especialmente en el marco de conversatorios y su producción cualitativa. Las referencias al modelo han establecido, desde el ideal teórico, el valor del enfoque instalado y las brechas en su implementación. Se ha valorado que el modelo haya aportado un cambio de enfoque en la atención primaria, otorgando importancia a la atención por un equipo de cabecera y que esta atención haya ido más allá de lo individual abarcando toda la familia.

“Se preocupa de la salud de todos los integrantes de la familia” (Red de Cuidadores de postrados, Acta Com. SSalud 92).

Destacaron, fuertemente, como desafíos, los componentes promocional y preventivo, la integralidad⁸ y continuidad de la atención⁹ y la participación social. La integralidad de la atención ha sido muy valorada, ya que fue uno de los cuatro aspectos señalados con mayor frecuencia en la consulta individual online, con un 52,1% de menciones. Su implementación ha sido relacionada en los conversatorios con el trabajo multidisciplinario que realiza la atención primaria y en el que todos los profesionales aportan.

“Se preocupa de la salud de las personas y sus familias de manera integral con un enfoque biopsicosocial”. (Acta Com. SSalud 101).

La continuidad de atención ha sido considerada como el seguimiento y control de los/as usuarios/as en los programas que se desarrollan en atención primaria a lo largo del ciclo vital, en el que resulta menos visible, desde el modelo, un componente de continuidad de atención entre niveles asistenciales, el cual sí emerge en el rol de atención primaria en la red.

El trabajo con el intersector ha sido reconocido, en menor medida, como aporte y mejora frente a aspectos asistenciales, tanto en la consulta individual online, como en los conversatorios. Los participantes que lo mencionan destacan principalmente: la interacción entre salud y educación y la participación de otros sectores del accionar a nivel municipal dependiendo del contexto comunal.

Al identificar cursos de mejora de la salud de las comunidades, el Modelo, en el marco de la estrategia de atención primaria, ha adquirido protagonismo. La educación y la información hacia la comunidad han sido visualizadas como acciones que impactan

la salud preventiva y el empoderamiento de las personas y comunidades. En el marco del Modelo, el vínculo entre equipos, comunidades y sus acciones son percibidos como oportunidades para abrir caminos de trabajo y co-construcción de mejor salud, en articulación con su diversidad, recursos sociales y culturales.

c) Valores

De manera transversal a las distintas formas de la consulta, el “respeto” emerge como un valor central en las reflexiones sobre atención primaria, en las que, junto con reconocer positivamente la calidad de la relación entre equipos y comunidad, este concepto constituye una gran expectativa y demanda. Del mismo modo, los aportes que se visualizan a la “equidad” desde atención primaria se transforman en un valor central esperado para el sistema.

En la consulta individual online, la pregunta abierta *¿Cuáles son los valores sobre los que debiera construirse una política de salud?* recogió un significativo conjunto, entre los cuales algunos concentraron una gran frecuencia en sus menciones: en orden descendente Respeto, Oportunidad, Equidad, Calidad, Confianza y Empatía (Figura 1). Esto ha sido refrendado en los conversatorios, en los que aparecieron estos contenidos relacionados tanto con el aporte reconocido a atención primaria como por lo necesario de mejorar. En los conversatorios, aspectos relativos a la construcción de relaciones entre las personas, han sido abordados reconociendo positivamente el vínculo entre equipos de atención primaria y comunidad como el trato recibido. Por su parte, la consulta individual online lo identificó como el segundo aspecto más valorado en la salud de las comunas: *“que el trato sea respetuoso”*, con un 53,9% de participantes que lo señalaron entre sus preferencias. Junto a ello, también apareció *“el trato hacia las personas y familias”* dentro de los aspectos a mejorar, con un 34,7% de los participantes, porcentaje que aumentó al analizar por separado al grupo que se declaró como comunidad, quienes con un 45,8% lo posicionaron en el tercer lugar de importancia.

Otro eje valórico que apareció con fuerza fue la equidad e igualdad, cuyas menciones se situaron dentro de las más destacadas (Figura 1). En los conversatorios, estas constituyeron dimensiones del valor social percibido de atención primaria, junto a otros, como la solidaridad, que los/as participantes relacionaron también al contexto de

⁸ Se entiende por integralidad a la disponibilidad de una cartera de servicios suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano (7).

⁹ Se entiende por continuidad de la atención al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo (7).

sistema público de salud. Reconocen en la atención primaria el acceso universal, sin pago directo, sin distinción y con especial acogida a grupos vulnerables. En ese contexto, destacaron menciones sobre el aporte de la atención primaria a la construcción de la “salud como un derecho”, lo cual posicionó en un lugar muy relevante en la consulta la

demanda por el cambio constitucional, quedando recogido en el primer compromiso del documento de posición.

“Derecho garantizado de salud constitucionalmente”. (Acta Conv. SSalud 15).

“Transformar la salud en un derecho social... quitar la lógica de mercado en salud”. (Acta Conv. SSalud 81).

Figura 1. Compromisos suscritos en documento de posición respecto al valor social de APS en Chile

Desde el proceso participativo iniciado en noviembre de 2016, nos comprometemos a:

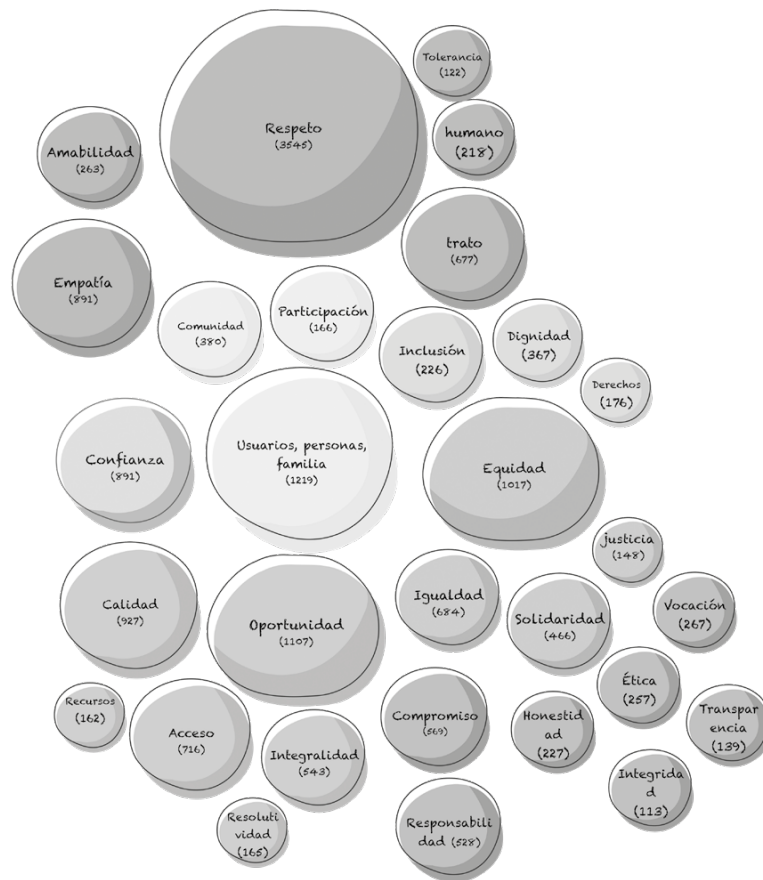
Impulsar la revisión del estado actual del sistema de salud, su financiamiento y organización, para hacer reformas que mejoren la equidad y la satisfacción de la población. Estas deben considerar:

1. Incorporar el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad en la carta de derechos sociales de una nueva constitución.
2. Fortalecer un sistema de salud basado en Atención Primaria con el debido respaldo normativo de un modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria, con pertinencia territorial y de género.
3. Avanzar hacia un aseguramiento único y universal, para resguardar que personas con el igual necesidad reciban igual atención.
4. Mejorar la articulación de la red asistencial, especialmente la cooperación y comunicación entre niveles de atención, eliminando la fragmentación.
5. Promover e instalar la participación vinculante de nuestros Consejos de Desarrollo Local y/o Comunidad Organizada.
6. Reconocer el respeto como un valor central en nuestras relaciones personales y estructurales; espontáneas e institucionales, que se traduce en un buen trato recíproco.
7. Generar un proceso amplio, participativo y transparente para realizar la necesaria revisión de la Reforma de Salud.
8. Fortalecer la promoción y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, asumido como una responsabilidad de Estado a nivel nacional y local.
9. Mejorar los modelos de administración, y gestión en salud a nivel nacional, regional y comunal, para generar una atención oportuna y de calidad.
10. Aumentar progresivamente el financiamiento justo de la Atención Primaria, mejorando la supervisión y evaluación sobre el uso de los recursos y la capacidad de respuesta integral.
11. Formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud, incluida la formación de pre-grado, a través de Perfiles de Desempeño, que incorpore el enfoque de salud integral, transdisciplinario, con eje en la Atención Primaria, el enfoque de derechos, y la humanización, buen trato y calidad de la atención y el cierre de brechas de recursos humanos existentes.
12. Generar los incentivos, pecuniarios y no pecuniarios, necesarios y financiables, para atraer y mantener los equipos en los Centros de Salud.
13. Profundizar acciones hacia los grupos más vulnerables y vulnerados de la sociedad que permitan su pleno ejercicio de derechos en salud y calidad de vida, evitando la estigmatización.
14. Avanzar en el cierre de brecha de infraestructura, acorde al Modelo de atención y a una política territorial, asumiendo no sólo la necesaria construcción de nuevos centros de salud rurales y urbanos, sino que generando mejoras en los actuales establecimientos.
15. Mejorar la capacidad resolutoria de nuestros centros de salud, en consonancia con el Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
16. Fortalecer el Sistema Público de salud, para evitar traspaso de recursos públicos a prestadores privados.
17. Ampliar los espacios de participación y discusión en torno al valor social de la Atención Primaria, basados en la co-construcción de la salud en el territorio.
18. Aumentar el control social de parte de la sociedad civil sobre las acciones que la Atención Primaria realiza en el territorio, para garantizar un adecuado uso de los recursos públicos.
19. Integrar el autocuidado y cuidados de la familia y comunidades como eje fundamental para lograr una mejor calidad de vida, acercando el trabajo de los equipos de salud al territorio.
20. Mejorar la comunicación e información a los usuarios respecto de los servicios ofrecidos y el funcionamiento de las redes de atención.
21. Innovar las metodologías de educación en salud hacia usuarios y usuarias, internos y externos.
22. Avanzar hacia un registro clínico electrónico integrado, de administración pública.
23. Generar un documento que indique la operacionalización de algunas estrategias prioritarias de corto y mediano plazo.

Junto a lo anterior, quienes suscribimos este documento, nos comprometemos a aportar, según nuestras capacidades, en los distintos espacios de participación existentes a la construcción de un sistema de salud con más justicia social, valoración de la diversidad, con calidad y respeto por cada uno de los actores que en ella participan. Asimismo, revisar avances del cumplimiento de las ideas, propuestas y sueños enunciados en esta declaración.

Este documento recoge las opiniones de las más de 10.000 personas quienes participaron en los 387 conversatorios realizados a lo largo de todo el territorio nacional, de similar número de personas que participaron a través de la consulta individual y de las personas que asisten a este Congreso de Atención Primaria; construyendo valor social, en el cual ratificamos y suscribimos este documento de posición.

Figura 2. Nube de palabras con los valores sociales más destacados por los participantes de las tres etapas de la consulta nacional



d) Participación

La participación social en salud, entendida como participación ciudadana y comunitaria, ha sido puesta en el centro de esta experiencia, como objetivo y método. En la consulta individual online, emergió al destacar el aporte que realiza la atención primaria en su vínculo y presencia en la comunidad, a través de actividades de promoción/prevención y las acciones que favorecen la construcción de tejido social. Los centros de salud son identificados como puntos de encuentro, espacios en los que “*se hace comunidad*” y se fortalecen redes sociales, generando “*valor social*”.

En los conversatorios, destacaron dos reflexiones en torno a la participación: su contribución para mejorar la salud de las personas y la necesidad de avanzar a niveles de participación vinculante. Los/as funcionarios/as de salud identificaron la importancia de la participación de la comunidad, indicando que el trabajo en conjunto permite conocer las necesidades de la población a cargo y sus condiciones sociales de existencia, información necesaria para implementar

acciones preventivas coherentes con la realidad de los territorios. Sin embargo, se percibió en los relatos una definición desde un discurso teórico más que desde la experiencia de un trabajo cotidiano con la comunidad. Por otro lado, la mayoría de los/as asistentes reconocieron las posibilidades que tienen de participar en salud a través de distintas instancias. Sin embargo, manifestaron la necesidad de que esos espacios sean más resolutivos, apelando a la ambición por alcanzar niveles de participación vinculantes. Algunos/as apelaron a la necesidad de regular normativamente el carácter vinculante de estas instancias. Mientras otros/as señalaron que instancias como estos conversatorios y el congreso, pueden generar cambios culturales que nos harían avanzar en la senda para lograr una salud co-construida entre comunidad funcionaria y usuaria, lo que podría ser reflejado en futuros cambios normativos.

“La idea, perdón, señorita, es que estas reuniones no sean no más, como le dijera eh... una reunión más de conversación, que sean reuniones reales, que las lleven donde tienen que escucharla y que se hagan realidad”

(Representante de la comunidad, Acta Conv. Comuna de Los Angeles, región del Biobío)

e) Cambios estructurales sugeridos para la atención primaria chilena

Parte de las propuestas de mejora recogidas se refirieron a materias estructurales de la política sanitaria chilena e implicarían cambios en los principios en los que se sustenta el sistema de salud actual. Serían transformaciones que apuntan a la necesidad de una reforma sanitaria de carácter amplia, participativa y transparente que contemple, principalmente, aspectos de financiamiento y recursos humanos con una acción protagónica del Estado. Se señaló la necesidad de revisión del financiamiento referido a los mecanismos usados en atención primaria, haciendo hincapié en la supervisión y evaluación sobre el uso de los recursos y la capacidad de respuesta integral. También se enfatizó la necesidad de fortalecer el sistema público de salud, para evitar el traspaso de recursos públicos a prestadores privados.

“Para mí es grave, porque no se está cuidando la salud pública, hay un germen de ir a lo privado, incluso desde nuestras instituciones públicas de derivar a lo privado y disminuir la fortaleza que tiene la instancia pública y se está debilitando, ese es un problema grave de todos los gobiernos”. (Representante de la comunidad, Acta Conv. Comuna de San Ramón, región Metropolitana)

Respecto de los recursos humanos, los participantes plantearon la necesidad de formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud, incluida la formación de pre-grado, a través de perfiles de competencias que incorporen el enfoque de salud integral, transdisciplinario, con la atención primaria como eje, el enfoque de derechos, humanización, buen trato, calidad de atención y cierre de brechas existentes de recursos humanos. Además, generación de incentivos pecuniarios y no pecuniarios para atraer y mantener los equipos en los centros de salud. Los participantes señalaron que dichos cambios serían necesarios para generar una nueva constitución que garantice el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad. Esta ambición surgió del conjunto de valores de la política de salud que fueron destacados a través de la consulta individual online, en sintonía con lo expresado en los conversatorios y en las discusiones del Congreso, apuntando fundamentalmente a las dimensiones del valor social percibido de la atención

primaria, como solidaridad y equidad.

Finalmente, a modo de síntesis, las respuestas dadas por las personas que participaron en los conversatorios a las preguntas de los conversatorios se describen, agrupadamente, en la Tabla 5.

Tabla 5. Frecuencia de respuestas en actas de conversatorios a nivel nacional según grandes temas

Dimensión de pregunta	Categorías de respuesta	N	Frecuencia relativa
¿Cómo la Atención Primaria aporta a la salud de todos y todas?	Atención de salud		40%
	Modelo de atención de salud		39%
	Rol de la APS en la red		11%
	Salud y vida en comunidad		6%
	Determinantes sociales de la salud		4%
	Total	2.655	100%
¿Qué necesitamos para lograr una mejor salud en nuestra comuna? ¿Y en el país?	Modelo de Atención y prácticas en atención primaria		27%
	Difusión, organización y gestión de servicios		20%
	Recursos humanos		20%
	Recursos físicos y equipamiento		16%
	Factores estructurales y determinantes sociales de la salud		10%
	Calidad de atención, resolutivez y trato usuario		7%
Total	3.430	100%	

DISCUSIÓN

El presente artículo describe los elementos centrales en torno al valor social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

El proceso de consulta nacional se desarrolló en tres modalidades: consulta individual online, conversatorios grupales y un Congreso de Atención Primaria. En la modalidad de consulta individual online participaron 10.145 personas de las cuales 74,1% fueron mujeres, 43,3% trabajadores del sector salud y 84,2% usuarios del sistema público de salud. Se realizaron 408 conversatorios a lo largo de Chile, en los que participaron

10.513 personas, la mayoría mujeres (73%). Por último, en la modalidad de Congreso de Atención Primaria participaron 959 personas, de las cuales 65% fueron mujeres y 50% de los participantes provenía del sector salud.

La participación femenina en estas instancias de consulta nacional es relevante, ya que las mujeres son las que utilizan en mayor medida los servicios de salud (17) y, por ende, podrían conocer mejor cómo funciona la atención primaria, al menos, en lo que respecta a la provisión de servicios de salud. Su experiencia empírica en torno a la atención primaria es de vital importancia al momento de recoger sus puntos de vista en la consulta nacional. Asimismo, esto contribuye a aumentar la participación social de las mismas en el sector salud, ya que, si bien hasta el momento es escasa la evidencia que de cuenta de participación femenina en atención primaria de salud, es sabido que la participación social global femenina en diferentes ámbitos de la vida pública es baja en comparación con la de los hombres (18,19).

Con respecto a los resultados analizados desde una mirada secuencial-explicativa, en relación al rol de la atención primaria, la sociedad civil cree que ésta debe ser el cuerpo esencial en todo sistema de salud, dada su cualidad no discriminatoria, en la que se puede ejercitar el derecho a la salud. Igualmente, su capacidad de ejercer alta presencia en el territorio, la ventaja de ser el primer contacto que las personas tienen con el sistema de salud en conjunto, la posibilidad de otorgar acceso ágil y oportuno a las prestaciones en salud, con la oportunidad de brindar atenciones integrales y con dispensación gratuita de medicamentos son atributos altamente valorados por la sociedad civil chilena. De igual modo, se le reconoce a la atención primaria la capacidad de desarticular mecanismos de reproducción de inequidades y favorecer el empoderamiento de las personas. Esto es totalmente coincidente con los hallazgos y evidencia recogida por Bárbara Starfield, quien fundamentó que los atributos de la atención primaria vinculados con ser el primer contacto, con la entrega de atención de salud a las personas a lo largo de su curso de vida, con el abordaje integral de los problemas de salud de las personas y con la coordinación de los cuidados que las personas requieren son las cualidades por las cuales la atención primaria es la mejor estrategia para desarrollar la salud en las naciones (4). Sin embargo, y a pesar de que la estrategia de atención primaria se ha transformado, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso

global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud, a la hora de implementar la misma, este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales (20). Y es que, básicamente, aunque se indica que la atención primaria es el eje de la reforma de salud del año 2000 en el país, no se realizan propuestas de reorganización para darle la centralidad que, políticamente, se dice debería tener (21).

Luego, con respecto al Modelo integral de salud familiar y comunitario, los hallazgos obtenidos señalan que las personas que participaron en el proceso de consulta están en conocimiento de su existencia y de su valor social asociado, destacándose referencias al Modelo en relación a su ideal teórico, el valor presente del Modelo implementado y las brechas en su implementación. De ese modo, se destaca una percepción bastante generalizada de que el Modelo de atención en Atención Primaria ha cambiado positivamente, da relevancia al trabajo de los equipos de cabecera y el abordaje familiar de los procesos de salud y enfermedad *“abarca no “solo el problema del paciente sino que la familia”, recibiendo una atención integral, cálida, y con un equipo multidisciplinario”*. No obstante, como importante brecha se reconoce la instalación de los componentes promocional y preventivo y la ejecución de los principios de integralidad y continuidad de la atención. Asimismo, se señala que las mejoras en la implementación del Modelo, específicamente en los componentes promocionales y preventivos, se beneficiarían de aumentar la educación y la entrega de información hacia la comunidad y del trabajo de empoderamiento con las personas y las comunidades. Precisamente en este último aspecto, el vínculo entre los equipos de salud y las comunidades son vistas como oportunidades de co-construcción de una mejor salud.

Estas reflexiones contrastan con las evaluaciones del Modelo efectuadas por parte del Ministerio de Salud. En la evaluación de ejecución del año 2017, la implementación del eje o ámbito de salud familiar, que desde el año 2015 se ha incrementado progresivamente, fue el menos logrado, en promedio, en todos los establecimientos de atención primaria evaluados (entre un 41% y 50% de implementación), mientras que los ejes o ámbitos de prevención, promoción y participación social tuvieron mejores niveles de implementación (en promedio, entre un 51% y 80%) (22). No obstante, la percepción de las personas que trabajan o usan los servicios de atención primaria difiere de estos resultados evaluativos, ya que, en general, perciben que la atención primaria ha destinado

mayores esfuerzos en ejercer su rol curativo que el preventivo y promocional (23) y que la participación social es un ámbito que se encuentra constantemente contraído por los factores del contexto político que la afectan: nivel de participación consultivo, liderazgo autoritario, participación como medio utilitarista para alcanzar los objetivos incentivados, resistencia al cambio por parte de los equipos, entre otros (23).

Cuando se aborda el ámbito de valores, el respeto es uno de los valores que se presenta transversalmente en las tres modalidades de la consulta nacional, otorgando la mayor relevancia a la relación entre las personas. En este escenario, respeto se entiende como un valor central en nuestras relaciones, personales y estructurales; espontáneas e institucionales, que se traducen en un buen trato recíproco. Luego, otros valores que emergen de la consulta nacional son la equidad y la igualdad que se vinculan a la idea de solidaridad que debiera impregnar el sistema público de salud, manifestado a través del acceso universal y de la salud como derecho.

Que el valor del respeto emerja en las tres modalidades de la consulta nacional se relaciona con las dificultades experimentadas y vividas en el ámbito del trato a los usuarios del sector salud. Según reportes de la Superintendencia de Salud (2015) (24), la sensación generalizada de los usuarios de salud es de vulneración de sus derechos por parte del sistema de salud chileno. Asimismo, la sensación de los médicos y médicas, como representantes insignes del sistema de salud, es de deshumanización y despersonalización por la excesiva tecnificación y exigencia de generar cantidades de atenciones versus calidad de las mismas (25).

Con respecto a la participación, las personas sostienen que es un método que contribuye al desarrollo de actividades de promoción y prevención y que es el objetivo esperado de hacer comunidad y de valor social, para mejorar la salud de las personas e involucrarlas crecientemente hacia una participación vinculante. Sin embargo, la experiencia empírica de las personas no necesariamente es de participación activa, sin perjuicio de que reconozcan en ésta ventajas tales como que permite conocer mejor a la comunidad, mejora la ejecución de actividades preventivas coherentes con las diferentes realidades territoriales y que permite la co-construcción de la salud entre funcionarios de salud y la comunidad.

El ideal fundado de esta percepción sobre la participación social en salud se justifica por el desarrollo teórico que ha habido al respecto y por

la evidencia disponible. A nivel nacional, las personas que se vinculan con la gestión en atención primaria sienten que el compromiso comunitario es un desafío crítico en curso que tiene evidencia de que su funcionamiento efectivo empodera a las comunidades, ajusta los servicios de salud a sus necesidades y compromete una co-construcción de la estrategia de atención primaria; no obstante, no son experiencias masivas a lo largo de Chile (23).

Por último, en torno a los cambios estructurales comprendidos como espacios de mejora de la atención primaria sugeridos por las personas, surge la necesidad de una reforma sanitaria de carácter amplia, participativa y transparente que contemple aspectos de financiamiento y recursos humanos con una acción protagónica del Estado. No obstante, estos cambios no serían posibles sin antes generar cambios en la constitución del país que garantice el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad. Avanzar en cambios constitucionales sobre el derecho a la salud y la atención primaria es algo que existe en otros países del mundo. No obstante, el Estado chileno, durante el período de la dictadura militar, abandonó los principios de universalidad e igualdad y en su lugar se implementaron políticas de atención primaria con visión selectiva y focalizada en sectores más vulnerados de la población. Desde 1990, con el retorno de la democracia, el derecho a la salud se ha convertido en una preocupación decidida de los ciudadanos. La constitución política aún vigente (26), que declara como derecho “el acceso a la salud” es percibida por los actores de esta consulta como factor fundamental para la mantención de la configuración de un Estado subsidiario que contribuye a profundizar las desigualdades en salud (27). La coexistencia de dos sistemas, uno público, solidario y democrático y otro privado en la lógica del mercado de la salud y las transferencias de recursos públicos al privado impediría garantizar universalidad y equidad.

Finalmente, todo lo discutido a partir de los resultados obtenidos en las tres modalidades de consulta nacional permite concluir ciertas brechas discursivas entre ideales teóricos y realidad. La obtención de una imagen ideal desde las percepciones sobre el valor social de la atención primaria, da cuenta de representaciones sociales ancladas en teoría más que en lo experiencial. Esto muestra una apropiación de los horizontes teóricos que pertenecen al Modelo, pero también una distancia de la implementación deseada, lo que facilita la visualización de lo que falta por

hacer. En cuestiones relacionadas con los principios orientadores del Modelo, la percepción de la atención primaria como eje del sistema de salud o la construcción concreta de sus valores, el aporte testimonial de las personas ha sido más limitado.

Las limitaciones de este estudio se relacionan con su cualidad de estudio transversal, en el que las variables descriptivas fueron medidas simultáneamente y las asociaciones significativas efectuadas no pueden ser atribuibles a causalidad. Asimismo, el número de participantes no necesariamente constituye una muestra representativa, dado que el objetivo del estudio es describir los elementos centrales en torno al valor social de la atención primaria y oportunidades de mejora de los que participaron de la consulta nacional, es decir, solo representa a los propios participantes. Las limitaciones en la recogida de datos obedecen al método y alcance de la consulta, donde es posible observar una mayor representación de trabajadores/as de la salud en la consulta individual online y de comunidad organizada en los conversatorios.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS:

A cuarenta años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud efectuada en Alma Ata, ex Unión Soviética, reflexionar sobre el valor social de la atención primaria, es decir, sobre el importe que hacen las personas del uso y goce de la estrategia de atención primaria más allá del valor monetario de la misma, en tanto política pública, y que sienta bases compartidas, acerca de los objetivos deseables y estándares exigibles, se hace imprescindible para nuestro país.

Es por eso que la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud realizó una consulta nacional, en tres modalidades, para conocer los elementos centrales en torno al valor social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

A partir de los resultados, es posible concluir que el valor social atribuido a la atención primaria por parte de las personas de la sociedad civil es alto y positivo, reconociéndole su esencialidad para el sistema de salud conjunto, las condiciones de posibilidad de otorgar respeto, equidad y justicia social, mediante su capacidad de desarticulación de mecanismos de reproducción de inequidades. Sin embargo, las oportunidades de mejora recogidas también son fundamentales, porque evidencian las brechas necesarias en políticas públicas para

subsancar con el fin de fortalecer la atención primaria. En ese sentido, avanzar en el desarrollo de estrategias de promoción y prevención basadas en atención primaria, mejorar la implementación de los principios integralidad y continuidad de la atención, robustecer las instancias de participación social en salud y la necesidad de avanzar hacia una reforma sectorial incluyendo el derecho a salud en la constitución nacional marcan la senda hacia la mejora continua y el fortalecimiento de nuestra estrategia de atención primaria nacional.

REFERENCIAS:

1. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet*. 2008;372(9642):865–6.
2. Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS. [Internet]. Pan American Health Organization. Alma Ata, ex URSS; 1978. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
3. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*. 1999;48(4):275–84.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* [Internet]. 2005;83(3):457–502. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690145&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Heal*. 2004;14(3):246–51.
6. Starfield B. Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs. *Humanity Soc* [Internet]. 2009;33(56-):56–73. Available from: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A243.pdf
7. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
8. World Health Organization (WHO). Western Pacific Regional Strategy for Health Systems Based on the Values of Primary Health Care [Internet]. First Edit. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 1-72 p.

Available from: http://www.wpro.who.int/topics/health_systems/wpro_strategy_health_systems_primary_health_care.pdf

9. Kim YJ, Lee CI. Social values and economic dynamics. *J Econ Dyn Control* [Internet]. 2015;53:69–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jedc.2015.01.008>

10. Jike VT. Social Values and Public Health : An Interpretive Development Perspective in Nigeria. *Glob J Hum Soc Sci*. 2010;10(4):46–51.

11. Guibu IA, Moraes JC De, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017;51(suppl.2):1–13. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139743>

12. Haggerty J. Measurement of Primary Health Care Attributes from the Patient Perspective. *Healthc policy*. 2011;7(Special issue):166.

13. Illanes MA. “En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia (...)”. *Historia Social de la Salud Pública Chile 1880-1973*. Segunda Ed. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2010. 515 p.

14. Molina C. El período de la dictadura militar: 1973-1989. In: Ediciones L, editor. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Primera Ed. Santiago, Chile; 2010. p. 173–91.

15. OECD. *Health at a Glance 2015. How does Chile compare?* [Internet]. Paris, Francia; 2015. Available from: <https://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE.pdf>

16. Ministerio de Salud. Documento de posición respecto del valor social de la Atención Primaria de Salud [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/Posición-respecto-del-valor-social-APS.pdf>

17. Rotarou ES, Sakellariou D. Determinants of utilisation rates of preventive health services: evidence from Chile. 2018;1–11. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-018-5763-4>

18. Comunidad Mujer. *Mujer y política: por una mayor participación femenina en la toma de decisiones públicas* [Internet]. Santiago, Chile; 2002. Available from: <http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2012/03/>

BOLETIN-marzo-final-2012-VF.pdf

19. Arcos E, Sánchez X, Bailey C, González L, Vollrath A, Muñoz LA. Capital social de las mujeres mayores usuarias de la red pública de la Atención Primaria de Salud. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016;144(8):972–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

20. Ase I, Buriyovich J. El enfoque de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colect*. 2009;5(1):27–47.

21. Torres-Tovar M, Paredes-Hernández N. *Derecho a la salud: Situación en países de América Latina* [Internet]. 2005. Available from:

<http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/informes/61-derecho-a-la-salud/file>

22. Ministerio de Salud. *Informe Final Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario*. Santiago, Chile; 2017.

23. Frenz P, Alfaro T, Orsini M, Alaniz R, Aguilera H, Acevedo J, et al. *Country Case Study: Chile Learning from promising primary care practice models for the USA*. 2014. 21-22 p.

24. Superintendencia de Salud. *Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes* [Internet]. Gobierno de Chile. Santiago, Chile; 2015. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-12611_recurso_1.pdf

25. Bascuñán ML. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chil* [Internet]. 2005;133(1):11–6. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v133n1/art02.pdf>

26. Gobierno de Chile. *Constitución política de la República de Chile* [Internet]. Constitución Política de la República de Chile Chile; 1981 p. 1–111. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Constitución+política+de+la+república+de+chile#1>

27. Allard R, Hennig M, Galdámez L. El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estud Const* [Internet]. 2016;14(1):95–138. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-52002016000100004&lng=es&nrm=iso