

Niveles de atención en el Sistema de Salud Chileno

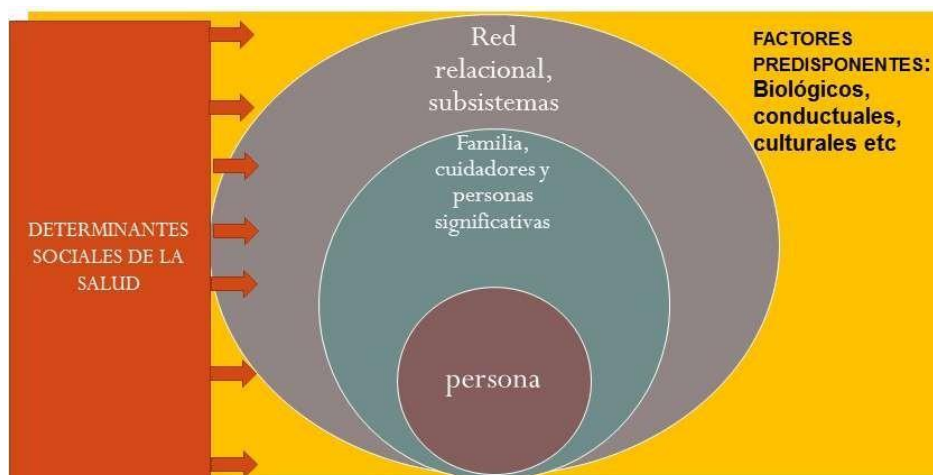
Viviana Ulloa Pino. Nutricionista, Magister en Salud Pública

En el año 1978 se estableció en la Declaración de Alma Ata, que la Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia para ampliar la sesgada visión que se tenía respecto a la salud y a los factores que influyen en ella, junto con realzar la importancia de las personas y su participación. En esta Declaración se define a la APS como “... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Textual del punto 6 de la declaración de Alma Ata)(1). Dado lo anterior, podemos plantear que la APS, no corresponde sólo a un nivel de atención de salud, sino que es una estrategia (una forma, una metodología de hacer salud), con valores, principios y elementos los cuales deben ser transversales en todos los niveles de atención.

Niveles de atención

Tradicionalmente, el Sistema de Salud se ha organizado con una estructura jerárquica, definida por niveles de “complejidades” crecientes (tipos de profesionales y especialidades, uso de tecnologías, procedimientos, etc) y con relaciones de orden y grados de importancia entre los diferentes niveles (2). Esta noción de complejidad hoy es cuestionable ya que hace referencia de forma estrecha, directa y única con lo biológico o biomédico, obviando que existen múltiples factores que influyen no solo en el proceso de salud/ enfermedad, sino también en la mantención y recuperación de salud (3) (ver fig. N°1). Es así que hablamos de factores biopsicosociales que influyen en el proceso de salud/enfermedad de las personas (4)(5)(6).

Figura N° 1. Factores que condicionan la salud /calidad de vida de las personas



Fuente: elaboración propia (Viviana Ulloa)

Esta diferenciación basada en la complejidad desde el punto de vista biomédico, obviando los otros aspectos que influyen en la salud, ha generado la apreciación que el nivel primario de atención de salud es menos “complejo” que los otros niveles, lo que y aún involucra (por falta de ampliar el concepto de complejidad) en sub-dimensionar el rol del nivel primario de atención y a la vez sobrevalora las prácticas que exigen mayor densidad tecnológica y que son ejercidas en los niveles de especialidad y atención cerrada (2).

En nuestro país, se definen tres niveles de atención, diferenciados por el nivel de complejidad (desde la perspectiva biomédica) y cobertura poblacional (ver Fig. N°2).

Figura N° 2. Organización de los niveles de atención de salud



Fuente: Presentación Profesor Cesar Gattini, curso “Seguridad social y atención de salud”, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2016.

A continuación se presentan los establecimientos de cada uno de los niveles de atención de salud:

Nivel primario

Tiene una complejidad biomédica mínima y amplia cobertura, realiza atenciones de carácter ambulatorio. Dentro de este nivel se encuentran: Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) Consultorios General Urbano o Rural (CGU o CGR), postas rurales, Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR), Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) (7). Respecto a estos últimos, puede encontrarse que sean clasificados en el nivel primario o en el nivel secundario, ya que si bien participa un equipo de salud especializado en salud mental y las personas llegan derivadas a estos centros, organizacionalmente pertenecen a la red primaria de atención ya que se hacen cargo de una comunidad en específico (aprox. 50.000 usuarios). Los hospitales “familiares y comunitarios” también ejercen funciones en este nivel de atención.

También acorde a los lineamientos ministeriales se consideran en este nivel de atención los *hospitales de baja complejidad o Familiar y Comunitario* (ex tipo 4). Cumplen la función de primer contacto en zonas periféricas/rurales y de entrega de prestaciones similar a otros dispositivos de atención primaria, realizando funciones del primer nivel de atención. Cuentan con un equipo de salud de carácter transversal y generalista (“no especializado” en términos biomédicos) que realiza atenciones de salud bajo un enfoque familiar y comunitario. También cuentan con capacidad de hospitalización en camas básicas (entre 8 y 30). (8)

Nivel secundario

Se desarrolla en dos tipos de establecimientos según el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud N° 140 del 07 de marzo del 2005. Cuenta con una complejidad y cobertura intermedia, ya que son usuarios derivados previamente “filtrados” en el primer nivel de atención. Pertenecen a este nivel los establecimientos que brindan atención ambulatoria como los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y otros centros de especialidades (9). Por lo mencionado previamente, el COSAM puede considerarse en este nivel de atención también.

Los Centros de Referencia de Salud realizan las acciones correspondientes a las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía, además de especialidades de alta demanda ambulatoria, tales como: dermatología, oftalmología, fisiatría, cirugía infantil, otorrinolaringología, neurología y odontología u otras que el Director del Servicio estime necesarias para satisfacer las demandas de salud de la población.

Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, de alta complejidad, adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros del Nivel Primario de Atención, hospitales de la región y pacientes hospitalizados en el hospital al que están adosados. Las prestaciones sanitarias que otorga son consultas de especialidad y subespecialidad; procedimientos diagnósticos, procedimientos terapéuticos, procedimientos de enfermería y cirugía ambulatoria.

Nivel terciario

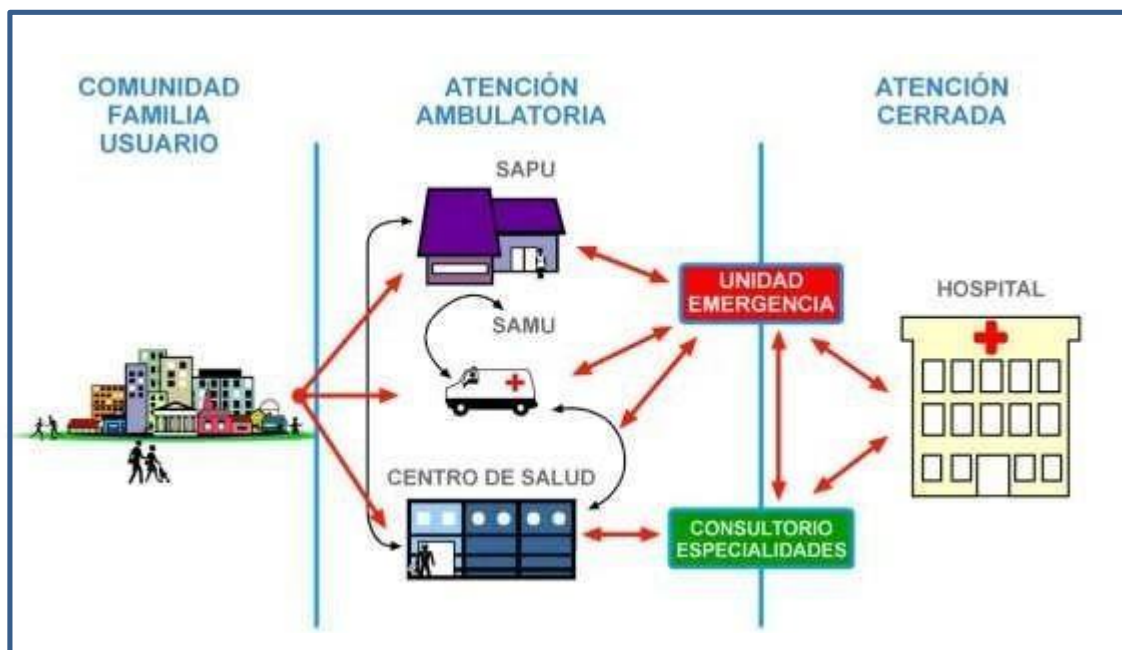
Se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en referencia de pacientes desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica. Acá se encuentran diversos dispositivos de salud. Entre sus principales funciones cuentan con capacidad de hospitalización y también con el rol de ser Centros de Referencia de un Servicio de Salud o a nivel nacional (hospitales universitarios o de alta complejidad; Instituto Nacional del Cáncer/Tórax/Geriatría). A su vez se dividen de acuerdo a la función que cumplen dentro de la red asistencial, los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como el tipo de recurso humano y equipamiento que concentran (10):

- a) Hospital de alta complejidad: (ex hospitales tipo 1 y 2): Son los centros finales de referencia de su respectivo Servicio de Salud. Entregan cuidados de sub-especialidad, además de contar con UPC (Unidad de paciente crítico: Intermedio - UTI - o Cuidados Intensivos - UCI -) y cuentan con hasta 650 camas para atención cerrada.
- b) Hospital de mediana complejidad (ex tipo 3). Son centros intermedios de referencia, que cuentan con especialidades básicas y algunas sub-especialidades según corresponda a la realidad respectiva. Cuentan entre 31 a 300 camas y entregan hasta cuidados críticos de nivel intermedio por especialidad básica.

Es importante señalar que hoy en día se plantea que entre todos los niveles de atención se debe construir un modelo que dé respuesta real, resolutive con seguridad y calidad a los problemas de salud de la población a cargo y esto implica una estrecha relación e interdependencia(11) (12). En respuesta a esto, nuestro país está desarrollando esta perspectiva bajo un enfoque llamado **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y Redes de Atención en Salud (RASs)** (13)(14) (ver fig. 3). Esto tiene el propósito de contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS y a servicios más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de las personas, diferenciando la atención como abierta y cerrada y así dejando de lado la antigua “jerarquización” de los niveles (fig. 4).

En resumen, la estrategia de APS es transversal a los tres niveles de atención con sus valores, principios y elementos. En la actualidad, los niveles de atención, están definidos de acuerdo a complejidad biomédica y cobertura poblacional, correspondiendo a 3 niveles: primario, secundario y terciario. Es necesaria la coordinación de los tres niveles de manera de dar respuesta a las necesidades de atención de la población, siendo esta última una de las dificultades para lograr una adecuada continuidad de la atención.

Figura N° 3. Modelo de atención en red



Fuente: Pág. web Servicio de Salud Metropolitano Norte

Figura N°4. Flujograma de atención



Fuente: Pág. web Servicio de Salud Metropolitano Norte

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978 [Internet]. 1978. p. 1–3. Available from: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
2. Mendes Vilaça Eugenio (OPS). Las Redes de Atención de Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2013. p. 209–437. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21928&Itemid=270&lang=es
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Final, Comisión sobre Determinantes sociales de la salud: Subsancar las desigualdades en una generación [Internet]. 2009. p. 1–260. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
4. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) [Internet]. BMC Health Services Research; 2002;119(5):175–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1343-4>
5. Rodríguez Suárez J, Fajardo Dolci G, Higuera Ramírez F, Iglesias Fernández LF. Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. Rev Hosp Gral Dr M Gea González. 2006;7(3):132–40.
6. Sturmberg JP, Martin CM, Katerndahl DA. Systems and complexity thinking in the general practice literature: An integrative, historical narrative review. Ann Fam Med. 2014;12(1):66–74.
7. Ministerio de salud C, Asistenciales S de R. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. 2018;1–287. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
8. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad [Internet]. 2008. p. 1–77. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/20.pdf>
9. Ministerio de Salud CS de RA. Proceso de Atención Ambulatoria Nivel Secundario y Terciario [Internet]. 2015. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Línea de trabajo Proceso asistencial de Atención Ambulatoria.pdf>
10. MINSAL. Norma Técnica N°150. Criterios clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. Santiago de Chile; 2013. p. 18.
11. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2020. 2019;101.
12. Subsecretaría de redes asistenciales. Diseño del proceso clínico Asistencial en La Red Pública de Salud: consulta ambulatoria. Ser Cuad redes. 2009;28:22.

13. Subsecretaría de redes Asistenciales. Informe De Implementación Estrategia De Redes Integradas De Servicios De Salud (Riss) En Subsecretaría De Redes Asistenciales. 2018;1–26. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementación-estrategia-RISS.pdf>
14. Pérez S-L, Arrivillaga M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. Integrated networks of health services in the framework of primary health care in selected countries of Latin America. Rev Salut Sci Spiritus [Internet]. 2017;3(2):32–49. Available from: [http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1791%0Ahttp://www.rissalud.net/images/documentospdf/1791-5463-1-PB \(1\).pdf](http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1791%0Ahttp://www.rissalud.net/images/documentospdf/1791-5463-1-PB%20(1).pdf)