

# ESTADO DE LA CUESTIÓN

---

## CALIDAD DEL SERVICIO Y SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*Por Gabriel Olave y Marioly Torres\**

1

### INTRODUCCIÓN

En el sistema de salud pública, se atiende la gran mayoría de los chilenos. Por ejemplo, durante 2014, los beneficiarios directos de este sistema fueron más de 13 millones de personas (Ministerio de Salud, 2014, p. 6). Además, en general, la población de mayor vulnerabilidad social accede a este sistema. Estos antecedentes muestran la importancia desde un punto de vista de política pública y justicia social de evaluar cómo es la calidad del servicio en los distintos ámbitos de atención que existen en esta red de salud.

La red de salud pública se organiza en tres niveles principales: atención primaria, secundaria y terciaria. La atención primaria está constituida por establecimientos que entregan un servicio de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación de baja complejidad técnica a la población beneficiaria. La secundaria corresponde a servicios de salud, incluidos hospitales, que entregan una atención ambulatoria a pacientes que hayan sido derivados desde la atención primaria o unidades de emergencia por presentar problemas de salud que requieren ser evaluados por diversas especialidades médicas. Finalmente, la atención terciaria está constituida por servicios hospitalarios que realizan tratamientos de alta complejidad técnica (Ministerio de Salud, 2019).

Ahora bien, la calidad y la satisfacción con el servicio recibido en la atención primaria es un asunto prioritario,

ya que mide cuán bien las personas son atendidas al inicio del proceso de diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, si son resueltos sus requerimientos y si, en caso de ser necesario, son derivadas correctamente al nivel de atención secundario o terciario. Lo anterior tiene un impacto significativo en la mejora de la salud de las personas y por tanto en su calidad de vida, sobre todo en la vejez, etapa en la cual los individuos asisten frecuentemente a este tipo de centros. Por otro lado, la evidencia sugiere que una atención primaria de calidad permite tener mejores indicadores de salud en la población y costos sanitarios más bajos (Peñaloza et al., 2010, p. 376).

En este contexto, el objetivo de este trabajo es presentar los principales hallazgos de la bibliografía académica nacional acerca de la calidad del servicio y la satisfacción de los beneficiarios con la atención primaria. De esta manera, buscamos contribuir a responder las siguientes preguntas: ¿Cuál es la experiencia de los beneficiarios de la atención primaria de salud? ¿Qué aspectos positivos rescatan y qué brechas identifican? ¿Cuál es la visión de otros actores involucrados en la atención primaria, como autoridades y funcionarios de salud, sobre la calidad del servicio? Cabe mencionar que este documento explora distintas dimensiones de la calidad y la satisfacción con el servicio. Cada una de ellas podría ser abordada en profundidad en estudios específicos, pero la finalidad de este trabajo es exponer un panorama general sobre el tema.

---

\*Gabriel Olave es Investigador de IdeaPaís y Sociólogo de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Marioly Torres es Investigadora de IdeaPaís y Socióloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Este informe se estructura de la siguiente manera: en la primera sección, se aborda el desempeño de los centros de atención primaria en distintos ámbitos que son relevantes para la calidad del servicio y la satisfacción usuaria. En la segunda sección, se profundiza sobre la participación activa en salud de los usuarios de atención primaria, aspecto fundamental para la calidad de la atención primaria y la satisfacción de los beneficiarios. Finalmente, se exponen algunos comentarios finales sobre la evidencia revisada.

A partir de la evidencia presentada en este documento, se puede afirmar que las reformas en salud llevadas a cabo por distintos gobiernos han apuntado en la dirección correcta en el sentido de mejorar la calidad del servicio y la satisfacción con la atención primaria en Chile. Se han logrado importantes avances en demandas relevantes de la población beneficiaria, como una atención más personalizada, un mejor trato, una relación más cercana entre usuarios y funcionarios de salud, entre otros. Sin embargo, aún persisten desafíos prioritarios, como disminuir los tiempos de espera para ser atendidos, aplicar modelos de participación en salud efectivos en los establecimientos de atención primaria, entre otros. Una opción recomendable con respecto a esta última brecha es implementar de un modo profesional y consistente un enfoque de co-producción en la atención primaria, en donde los beneficiarios tengan un rol clave en el diseño, implementación y evaluación de las iniciativas en salud.

### CALIDAD DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MÁS ALLÁ DE LA DIMENSIÓN MÉDICA

Los centros de atención primaria son establecimientos a los que las personas asisten principalmente para recibir un diagnóstico y un tratamiento con respecto a alguna necesidad de salud con un nivel de complejidad bajo desde un punto de vista técnico. Si presentan problemas de mayor complejidad, se derivan a la atención secundaria o terciaria. Además, estos centros contribuyen a la prevención de problemas de salud y a la promoción de estilos de vida saludable. Para orientar el trabajo de estos centros, desde el Estado se han definido distintas metas sanitarias a nivel nacional a las cuales deben contribuir. Ejemplos de estas metas son 90% de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados, 54% de cobertura efectiva de pacientes de 15 años o más con hipertensión arterial, entre otras (Subsecretaría de Redes Asistenciales,

2018). Por otro lado, la red de atención primaria está organizada de manera tal que existan centros cerca de los barrios donde viven las personas (Gonzalez et al., 2013, p. 3), por lo que son, en general, las instalaciones más próximas a las que pueden acudir en caso de presentar alguna necesidad de salud. De esta manera, tienen un fuerte componente local.

Ahora bien, en los últimos años, los usuarios han ido exigiendo que los centros de atención primaria, además de satisfacer sus necesidades puntuales, se hagan cargo de otros factores, como el respeto de su dignidad, el contexto familiar y social de cada persona, la promoción de un buen trato entre funcionarios de los centros y los beneficiarios, entre otros. En este contexto, las autoridades de salud han promovido, desde el 2003, la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) en la atención primaria (Peñaloza et al., 2010, p. 376). Este modelo enfatiza tres principios: la centralidad de las personas, la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado. El primero se refiere a la importancia de considerar las necesidades y expectativas de las personas y sus familias tal como las definen y priorizan. Lo anterior supone promover una relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basada en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando los derechos y deberes de cada uno. Por otra parte, la integralidad de la atención establece que los servicios de salud deben responder a las necesidades de la población, considerando las múltiples dimensiones de un problema de salud, como el contexto familiar y comunitario de las personas, sus características psicológicas, sus creencias, entre otras. Por último, la continuidad del cuidado se refiere a que la atención del paciente debe estar coordinada a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema. Asimismo, el problema por el que se atiende la persona debe ser controlado en el transcurso del tiempo, sin perder información a través de su atención (Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria & Organización Panamericana de la Salud, s. f., pp. 14-17).

Por lo tanto, más allá del componente médico, la calidad del servicio en los centros de atención primaria es función de varias dimensiones. Al respecto, diversos estudios han recogido evidencia acerca del desempeño de estos centros, tanto desde la perspectiva de los equipos médicos, las autoridades de salud, así como de los usuarios. En el cuadro n°1, se presentan los principales resultados de las investigaciones revisadas y posteriormente se exponen en detalle algunos de los estudios más relevantes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Los estudios revisados cuentan con distintos niveles de rigurosidad metodológica y representatividad de sus resultados. Sin embargo, cada uno aporta evidencia relevante para entender el tema investigado en general y, por lo tanto, se presentan sus resultados de manera conjunta.

**Cuadro 1: Principales resultados sobre calidad del servicio en atención primaria**

ESTUDIO	METODOLOGÍA	PRINCIPALES RESULTADOS
Williams et al., 2012	Fueron encuestados 386 adolescentes usuarios de un CESFAM de Puente Alto y se realizaron 10 entrevistas y 7 grupos focales, en los que participaron miembros del equipo de salud de dicho centro.	En términos de la calidad técnica de la atención médica y el equipamiento disponible, los centros de atención primaria tienen, en general, un buen desempeño según las percepciones de los usuarios, aunque en algunos establecimientos existen brechas en estos aspectos.
Araya et al., 2012	Se aplicó una encuesta a 405 usuarios de un CESFAM de Talcahuano.	
Valenzuela, 2008	Se aplicó una encuesta a 110 beneficiarios y 60 profesionales de salud de un CESFAM de Talcahuano.	
Téllez & Aguayo, 2008	Se aplicó una encuesta a 64 usuarios mayores de 15 años de un CESFAM de San Joaquín.	En algunos de los centros de atención primaria existe una buena relación entre los beneficiarios y los funcionarios médicos. Esto es relevante ya que el trato recibido por parte del equipo de salud tiene un peso importante en la evaluación de la calidad del servicio que hacen los usuarios. Sin embargo, en otros establecimientos de atención primaria existen dificultades en este aspecto e, incluso, se han identificado episodios de violencia.
Williams et al., 2012	Fueron encuestados 386 adolescentes usuarios de un CESFAM de Puente Alto y se realizaron 10 entrevistas y 7 grupos focales, en los que participaron miembros del equipo de salud de dicho centro.	
Buchi et al., 2012	Se aplicó una encuesta a 305 pacientes de cinco centros de atención primaria de Temuco.	
Klijn et al., 2004	Fueron encuestados 64 funcionarios de un centro de atención primaria de la VIII Región.	La empatía, que se refiere a una atención personalizada del equipo de salud a los beneficiarios en donde el centro esté en las personas y no en sus problemas puntuales, es un factor presente en algunos de los centros de atención primaria investigados, aunque en otros sigue siendo un desafío.
Valenzuela, 2008	Se aplicó una encuesta a 110 beneficiarios y 60 profesionales de salud de un CESFAM de Talcahuano.	
Dois et al., 2016	Se realizaron cinco grupos focales en los que participaron 41 usuarios de Centros de Salud Familiar de La Pintana y La Florida.	
Caamaño et al., 2010	Fueron encuestados 145 usuarios de un Centro de Salud Familiar de Talcahuano.	
Araya et al., 2012	Se aplicó una encuesta a 405 usuarios de un CESFAM de Talcahuano.	
García-Huidobro et al., 2018	Evaluación de 1.263 centros de atención primaria por parte de los equipos de salud y las autoridades sanitarias, en base a un instrumento que mide las dimensiones del MAIS.	En algunos centros de atención primaria se ha avanzado más en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que en otros. En especial, hay establecimientos con características específicas con mejor desempeño en estas temáticas. Por ejemplo, los Centros de Salud Familiar y establecimientos gestionados en base a un modelo de alianza público-privada.
Peñaloza et al., 2010	Aplicación de una metodología de evaluación que considera indicadores técnicos y la percepción de los usuarios sobre dimensiones claves del MAIS.	
Püschel et al., 2013	Los investigadores evaluaron la satisfacción usuaria y la efectividad clínica de CESFAM pertenecientes al proyecto Ancora UC en comparación a CESFAM municipales.	
Alarcón et al., 2004	Fueron encuestados 399 usuarios mapuches y 64 profesionales de la salud de centros de atención primaria de la IX Región.	Algunos usuarios perciben que su cultura, que dice relación con su manera particular de interpretar su salud y las enfermedades que padecen, es poco considerada por los equipos de salud de los centros de atención primaria que tienden a priorizar una mirada técnica-médica.
Alarcón-Muñoz & Vidal-Herrera, 2005	Se entrevistó a 94 madres beneficiarias que acuden a centros de atención primaria de la Región de la Araucanía.	
Téllez & Aguayo, 2008	Se aplicó una encuesta a 64 usuarios mayores de 15 años de un CESFAM de San Joaquín.	Algunos beneficiarios experimentan dificultades con respecto a los tiempos de espera, los horarios de atención y la cantidad de profesionales de la salud disponibles en cada centro de atención primaria.
Williams et al., 2012	Fueron encuestados 386 adolescentes usuarios de un CESFAM de Puente Alto y se realizaron 10 entrevistas y 7 grupos focales, en los que participaron miembros del equipo de salud de dicho centro.	
Dois et al., 2016	Se realizaron cinco grupos focales en los que participaron 41 usuarios de Centros de Salud Familiar de La Pintana y La Florida.	
Bucchi et al., 2012	Se aplicó una encuesta a 305 pacientes de cinco centros de atención primaria de Temuco.	
Peñaloza et al., 2010	Aplicación de una metodología de evaluación que considera indicadores técnicos y la percepción de los usuarios sobre dimensiones claves del MAIS.	

García-Huidobro et al. (2018) buscaron conocer el nivel de implementación del MAIS en 1.263 establecimientos a partir de la evaluación de los equipos de salud y las autoridades sanitarias. Esta evaluación consistió en la aplicación de un instrumento que mide las dimensiones del MAIS (promoción de la salud, prevención, enfoque familiar, calidad, intersectorialidad, atención abierta, tecnología, participación comunitaria y desarrollo de los equipos de trabajo). Los autores encontraron, en primer lugar, que el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria ha sido implementado en un 56,2% de los centros a nivel nacional según la evaluación de las autoridades. Ahora bien, existen algunas diferencias según características de los centros de atención primaria. Por ejemplo, los Centros de Salud Familiar son los que tienen un mayor porcentaje de implementación, en contraste con las postas de salud rural que tienen el menor porcentaje. En segundo lugar, el eje tecnología –que mide la presencia de dispositivos médicos, procedimientos clínicos o mecanismos de gestión en salud– y el eje promoción –que da cuenta de acciones que favorecen el bienestar y la salud de las personas y de la sociedad– presentaron los mayores niveles de implementación. Por otro lado, el enfoque familiar –que mide el trabajo que se debe realizar con las familias según su riesgo y factores protectores– y el eje calidad –que da cuenta del bienestar de los usuarios luego de ponderar ganancias y pérdidas– tuvieron los menores niveles de implementación. Los autores concluyen que aún persiste el desafío de avanzar en la implementación del enfoque familiar y la calidad del cuidado como centro de la atención primaria.

Peñaloza et al. (2010), por otro lado, aplicaron una metodología para evaluar la efectividad de algunos centros de atención primaria<sup>2</sup>. En concreto, compararon los resultados de un CESFAM administrado por una universidad que funciona bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde el 2004 con otro CESFAM municipal de similares características. Los autores evaluaron la efectividad en base a distintos indicadores de las dimensiones claves del MAIS: accesibilidad, continuidad de la atención, enfoque clínico preventivo y promocional, resolutivez, participación, y enfoque biopsicosocial y familiar. Cada dimensión se evaluó a partir del desempeño técnico del centro, así como de la

percepción de los beneficiarios. El desempeño técnico se midió en base a indicadores consensuados con el Ministerio de Salud, como utilización de genograma en las atenciones médicas, índice de continuidad de la atención médica, entre otros<sup>3</sup>. Por otro lado, la percepción de los usuarios se recogió mediante la encuesta de evaluación del modelo de salud familiar, la cual mide la experiencia de los beneficiarios y el juicio de ellos acerca de los resultados obtenidos y su satisfacción con el servicio. Fue aplicada a una muestra aleatoria y representativa de 400 beneficiarios de cada centro. El índice final de efectividad se estimó en base a una metodología que sistematiza la ponderación que dos grupos de expertos en salud pública le otorgan a cada dimensión evaluada. Los principales resultados de esta investigación fueron que el centro universitario es 13,3% más efectivo que el centro municipal con el cual se comparó. Por otro lado, si se comparan estos centros por cada dimensión del MAIS, los usuarios evaluaron mejor al centro universitario que al municipal en todas ellas, aunque, según los indicadores técnicos, los dos CESFAM tuvieron un desempeño similar en la mayoría de las dimensiones. Finalmente, los usuarios evalúan negativamente los tiempos de espera y los cambios sucesivos del médico tratante en los dos centros.

Püschel et al. (2013), por último, evaluaron el proyecto Red Ancora UC, el cual supuso la implementación de centros de atención primaria gestionados mediante un modelo público-privado en el que participan el Ministerio de Salud y la Pontificia Universidad Católica de Chile. Estos centros aplicaron distintas innovaciones, como nuevas tecnologías de apoyo clínico, un enfoque familiar más robusto, entre otras. En concreto, los investigadores compararon los resultados de los centros pertenecientes a Ancora UC en términos de satisfacción usuaria y efectividad clínica con respecto a otros centros de atención primaria<sup>4</sup>. En el caso de la satisfacción usuaria, aplicaron una encuesta que mide la percepción de los usuarios con respecto al modelo de salud familiar, ahondando en su experiencia, sus expectativas y su satisfacción. Fueron seleccionados aleatoriamente 39 centros de atención primaria y 1.544 usuarios clasificados en grupos según sexo y edad. La efectividad clínica se midió mediante la resolutivez, que significa la capacidad de los centros de solucionar los problemas de atención médica a nivel primario, evitando la derivación a los otros niveles del sistema

<sup>2</sup> En este estudio, también se realizó un análisis de costos de este tipo de centros, pero no se aborda en este estado de la cuestión, dado que nos enfocamos en la percepción subjetiva sobre calidad del servicio.

<sup>3</sup> El genograma es un instrumento para graficar un árbol familiar de los pacientes, el cual registra la información sobre los miembros de la familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. El índice de continuidad de la atención médica mide en qué grado los pacientes se atienden con el mismo médico durante el año.

<sup>4</sup> En este estudio, también se realizó un análisis de impacto económico, pero no se aborda en este estado de la cuestión, dado que nos focalizamos en la percepción subjetiva sobre calidad del servicio.

de salud pública. Para estimar esto, se emplearon datos secundarios disponibles en el Ministerio de Salud y en las municipalidades de Puente Alto y La Pintana, las cuales administran los centros de atención primaria con los que se compararon los centros Ancora UC, al ser las comunas donde estos centros se encuentran ubicados. Los autores encontraron, dentro de otros hallazgos, que los centros de atención primaria de la Red Ancora UC obtuvieron mejores resultados de satisfacción usuaria en todos los componentes del MAIS. Asimismo, tuvieron un mejor desempeño en términos de efectividad clínica.

En la opinión pública, existe la percepción de que la calidad de la atención en el sistema de salud pública es bastante deficiente. Sin embargo, según la bibliografía académica nacional revisada, la atención primaria se ha hecho cargo gradualmente de aspectos relevantes para la satisfacción de los usuarios con el servicio que van más allá del componente estrictamente médico. Hay centros de atención primaria que se esfuerzan, por ejemplo, en tener un buen trato con los beneficiarios y entregarles una atención personalizada que considere sus características y necesidades particulares. En ese sentido, se ha avanzado en el enfoque que propone el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que en principio orienta la atención primaria. No obstante, otros establecimientos de atención primaria presentan desafíos en algunas de estas materias, como una mayor empatía con el usuario, una atención centrada en las personas y no en los problemas, entre otras.

Lo anterior sugiere que la calidad del servicio y la satisfacción con la atención primaria no es estándar, y varía según las características de los establecimientos. Por ejemplo, los centros de atención primaria administrados bajo un modelo público-privado tienen en general un mejor desempeño que aquellos gestionados solo por municipalidades. Asimismo, se presentan diferencias entre los tipos de establecimientos de atención primaria, teniendo los Centros de Salud Familiar en general un mejor desempeño en calidad del servicio en comparación a otros centros de atención primaria.

Un problema relevante constatado por algunos estudios fue el poco peso que tiene la cultura tradicional indígena en la atención primaria, la cual define la manera en la que este tipo particular de pacientes perciben sus necesidades de salud. Es un desafío importante en el contexto de un sistema de salud que busca entregar una atención integral a las

personas, lo que implica considerar sus creencias y cosmovisiones. En este sentido, es importante avanzar en el diálogo entre el conocimiento científico-técnico de la medicina occidental y los saberes médicos indígenas.

Por otra parte, existen brechas puntuales relacionadas con aspectos operativos, como la falta de personal de salud en algunos centros de atención primaria, y dificultades con los horarios de atención y los tiempos de espera.

Por lo tanto, a pesar de todos los logros conseguidos, aún existen desafíos relevantes a enfrentar en atención primaria. El gobierno actual se ha comprometido con distintas acciones que en parte se hacen cargo de algunas de las brechas descritas anteriormente. Por ejemplo, algunos de los proyectos anunciados son un Nuevo Portal Ciudadano de Salud, que permitirá tomar horas online y revisar exámenes, una Ficha Clínica Online accesible desde cualquier centro de salud, y un Programa Nacional de Telemedicina, que conectará al paciente con su médico de atención primaria y el médico especialista. Además, se ha comprometido con aumentar la resolutividad de los centros de atención primaria y crear unidades médicas de especialidad de mayor déficit (Ministerio de Salud, 2018). Todos estos proyectos se hacen cargo de desafíos operativos anteriormente descritos, como la falta de personal de salud, tiempos de espera muy largos, entre otros. Sin embargo, son iniciativas bastantes ambiciosas, por lo que es difícil que sean incorporadas en el corto y mediano plazo, considerando además todas las reformas sociales que se están tramitando actualmente en el Congreso. De cualquier forma, falta un mayor énfasis en medidas que potencien el enfoque familiar en todos los centros de atención primaria y la relevancia de la cultura particular de algunos pacientes en el proceso de atención.

#### BENEFICIARIOS COMO SUJETOS ACTIVOS Y NO COMO RECEPTORES PASIVOS DE UN SERVICIO

En la reflexión actual sobre los servicios públicos, como el sistema de salud, existen distintas perspectivas que defienden la idea de que involucrar activamente a los usuarios en el diseño, implementación y evaluación de dichos servicios genera beneficios relevantes en términos de su calidad y efectividad a largo plazo.

Una de las representantes más importantes de estos enfoques es Elinor Ostrom, quien acuñó el concepto de co-producción, el cual se refiere a "(...) un proceso

mediante el cual los inputs utilizados para producir un bien o un servicio son aportados por individuos que no están en la misma organización” (Ostrom, 1996, p. 1073). La co-producción promueve la participación activa de los beneficiarios de un bien o servicio público, lo cual significa involucrarse en el diseño, implementación y evaluación de éstos. Esta participación permite ajustar los bienes y servicios públicos a las particularidades locales, lo que aporta a la sostenibilidad y eficacia de los proyectos públicos a largo plazo. Esta autora ha recogido evidencia empírica de que en especial la producción de los servicios públicos es difícil si no cuenta con la participación activa de aquellos que los reciben. Uno de los ejemplos que describe es el de la educación, en donde la contribución que pueden hacer los profesores a la adquisición de habilidades por parte de los estudiantes no será significativa si éstos no se involucran activamente en dicho proceso educativo y si no disponen del apoyo e incentivo de sus familias y amigos (Ostrom, 1996, p. 1079). A nivel nacional, otros autores también señalan que los servicios públicos sólo alcanzarán sus objetivos si incentivan la co-producción activa del usuario, ya que de esta manera se logra cambiar la realidad que se busca impactar (Tello & Fulgueiras, 2017, p. 5).

En el caso de la atención primaria, también es relevante la participación activa de las personas para mejorar sus condiciones de salud, lo cual constituye la finalidad de este servicio público. Además, como se comentó en la sección anterior, los centros de atención primaria tienen un fuerte componente local. En este marco, pueden ser espacios privilegiados para asumir una perspectiva de co-producción entre los equipos de salud y los habitantes de los barrios que se atienden en dichos centros, permitiendo que la gestión de los problemas de salud sean acordes a las características particulares de las comunidades locales (Gonzalez et al., 2013, p. 20). A nivel internacional, existe evidencia de que la participación comunitaria se asocia a logros en calidad y capacidad de respuesta a las necesidades de los beneficiarios de la atención primaria, entre otros aspectos (Bath & Wakerman, 2015, p. 3; Lodenstein et al., 2017, pp. 7-8; McEvoy & MacFarlane, 2013, p. 127). Al parecer, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria reconoce de algún modo esta óptica, ya que define que las personas, sus familias y las comunidades donde están insertas tienen un rol activo en el cuidado de la salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria &

Organización Panamericana de la Salud, s. f., pp. 12-13). Por lo mismo, los centros de atención primaria deberían incentivar su participación y llevar a cabo iniciativas de promoción de estilos de vida saludable dirigidas a estos actores, buscando que adquieran herramientas y conocimientos para mantener y mejorar su salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria & Organización Panamericana de la Salud, s. f., p. 71).

En este contexto, es relevante conocer si efectivamente los beneficiarios de la atención primaria participan activamente en salud y qué mecanismos se han implementado para incentivar su rol activo en el cuidado de sus condiciones de salud. Por ello, en el cuadro N°2, se presentan distintos hallazgos de la literatura académica en Chile sobre esta materia, y después se profundiza en algunas de las investigaciones revisadas.



**Cuadro 2:** Principales resultados sobre participación activa en salud en atención primaria

ESTUDIO	METODOLOGÍA	PRINCIPALES RESULTADOS
Arredondo, 2008	Entrevistas a nueve integrantes de los Consejos de Desarrollo Local (CDL) <sup>5</sup> de la Pintana. Focus group con usuarios no participantes de los CDL.	Existen beneficiarios que perciben que son corresponsables en el cuidado de su salud. Por ello, participan de manera comprometida y con vocación de servicio en los espacios de participación disponibles en la atención primaria, como los Consejos de Desarrollo Local. Los CDL realizan distintas actividades de prevención y promoción de estilos de vida saludable.
Castro, 2015	Entrevistas a directores y encargados de participación y promoción de CESFAMs de La Florida. Entrevistas grupales a integrantes de los CDL.	
Gonzalez et al., 2013	Ocho grupos focales en los que participaron en promedio 10 usuarios y no usuarios de un CESFAM de La Pintana.	
Bauzá & Soto, s. f.	Diez entrevistas y dos focus groups en donde participaron usuarios y funcionarios del CDL del CESFAM de Las Cabras.	Los centros de atención primaria disponen de espacios de participación comunitaria en los que se involucran organizaciones sociales como juntas de vecinos o clubes del adulto mayor.
Gonzalez et al., 2013	Ocho grupos focales en los que participaron en promedio 10 usuarios y no usuarios de un CESFAM de La Pintana.	
Bravo et al., 2018	Focus groups en los que participaron 41 beneficiarios de Centros de Salud Familiar del área sudeste de Santiago.	Algunos usuarios perciben que tienen un rol pasivo en ciertas decisiones relativas a su salud. Otros usuarios tienen dudas sobre el peso real de las opiniones expresadas en los CDL en las decisiones que toman los centros de atención primaria. Es probable que lo anterior explique la baja participación de la comunidad en estas instancias de participación comunitaria, lo que ha sido constatado por uno de los estudios revisados.
Contreras, 2015	Ocho entrevistas a dirigentes de los CDL de la Subred de Santa Rosa.	
Castro, 2015	Entrevistas a directores y encargados de participación y promoción de CESFAMs de La Florida. Entrevistas grupales a integrantes de los CDL.	

Arredondo (2008) buscó identificar los discursos de distintos actores sociales sobre la participación comunitaria en salud primaria en La Pintana. Para ello, el autor entrevistó a nueve integrantes de los Consejos de Desarrollo Local (CDL) de esta comuna y realizó un *focus group* con usuarios de los centros de atención primaria que no participaban de estos Consejos. Los resultados de esta investigación apuntan, entre otros temas, a que la participación comunitaria en salud es percibida como una comunidad que identifica sus problemas comunes, se informa, se involucra en la gestión que hacen los centros de atención primaria, y actúa para hacerse cargo de los desafíos en salud detectados. La participación es vista también como corresponsabilidad en adoptar estilos de vida saludable. Por otro lado, los beneficiarios integrantes de los CDL valoran la transformación gradual que la atención está teniendo por parte de los funcionarios de salud, en donde se da la oportunidad de que los usuarios pregunten y opinen sobre su condición de salud. Con respecto a las dificultades que se presentan en participación en salud, los profesionales de la

salud identifican que, en general, existe alta rotación en los integrantes de los Consejos de Desarrollo Local, lo que obstaculiza la estabilización del trabajo de estas organizaciones. Como posibles explicaciones, se menciona las expectativas de los usuarios de que se logren resultados rápidos con el trabajo de los CDL, y al no observarlos, se desmotivan y dejan de asistir.

Otros investigadores aplicaron uno de los mecanismos de participación en salud que existen en un CESFAM de La Pintana: un diagnóstico comunitario participativo. Este método busca involucrar a la comunidad en la identificación de los problemas y necesidades en salud y en la construcción de posibles soluciones al respecto. Se realizaron ocho grupos focales en los que participaron en promedio 10 actores sociales como usuarios y no usuarios organizados de la comunidad, educadores, dirigentes de Juntas de Vecinos, entre otros. Los principales resultados de este diagnóstico fueron que la participación en salud es percibida como tener una responsabilidad compartida, conformar relaciones horizontales, opinar, mantenerse informados, entre

<sup>5</sup> Son organizaciones que funcionan al interior de los centros de atención primaria y que reúnen a representantes de la comunidad, a funcionarios de salud y al equipo directivo de los centros. Son un espacio fundamental de colaboración para la prevención y promoción de estilos de vida saludable.

otros aspectos. Asimismo, los entrevistados valoran los espacios de participación que existen en los centros de atención primaria, como la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, los Consejos de Desarrollo Local, entre otros. Por otro lado, identifican brechas con respecto al MAIS, como la existencia de equipos de salud que no han logrado integrar el enfoque familiar en sus acciones, dificultades de integración de la comunidad en la atención, entre otras. Por otra parte, la prevención en salud es percibida como autocuidado, mediante actividades de recreación, hábitos de higiene, controles de salud, entre otros. Asimismo, detectan problemas existentes en la comunidad, como hábitos no saludables arraigados en la cultura y un entorno adverso que genera estrés en la población. Con respecto a la promoción de estilos de vida saludables, los participantes mencionan como temáticas el deporte, la alimentación saludable, la disponibilidad de áreas verdes, entre otros. Por último, los participantes del diagnóstico propusieron distintos proyectos de intervención para hacerse cargo de los problemas identificados. Entre ellos, se destacan capacitaciones a madres sobre alimentación saludable, controles de enfermedades crónicas, etc. (Gonzalez et al., 2013).

A partir de la bibliografía académica nacional, es posible afirmar que efectivamente hay beneficiarios que en conjunto con sus familias y comunidades participan activamente en salud. Para ello, aprovechan distintos espacios disponibles en los centros de atención primaria, como los Consejos de Desarrollo Local y los procesos de diagnóstico comunitario participativo. En concreto, opinan abiertamente sobre sus condiciones de salud y los servicios de atención ante el equipo médico, y trabajan de forma colaborativa con los funcionarios para diseñar e implementar proyectos de prevención y promoción de estilos de vida saludable en los barrios. Este involucramiento activo de los usuarios en la determinación de prioridades e implementación de soluciones también existe en sistemas de atención primaria de otros países (Bath & Wakerman, 2015, p. 4; McEvoy & MacFarlane, 2013, p. 133).

Sin embargo, en términos relativos, son pocas las personas que se involucran en estas instancias, lo que es consistente con la participación de los chilenos en organizaciones, la cual ha disminuido significativamente en los últimos trece años. Las razones que explican esta disminución son variadas,

pero se destacan la falta de interés y la desconfianza (Herrmann & Van Klaveren, 2016).

Asimismo, en algunos centros de atención primaria hay una alta rotación de participantes de estos espacios de participación en salud, fruto de la desmotivación por no constatar en el corto plazo los resultados del trabajo realizado. Relacionado con lo anterior, algunos usuarios tienen dudas acerca de cuánto pesan las opiniones expresadas en estas instancias en las decisiones que los centros de atención primaria toman finalmente.

A pesar de las dificultades descritas anteriormente, se puede afirmar que existen centros de atención primaria que han implementado una lógica de co-producción. Esta incentiva el involucramiento activo de los beneficiarios en el cuidado de su salud, lo que conlleva una relación constante con los equipos médicos para desarrollar distintos tipos de proyectos con el objetivo de mejorar la atención, prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludable. No obstante, persisten desafíos en algunos establecimientos de atención primaria en donde los beneficiarios sospechan del impacto real de sus aportes en la gestión de los equipos de salud. Lo anterior es preocupante, puesto que, como sugiere Ostrom (1996), los agentes públicos pueden desincentivar el rol activo de los usuarios en la producción de los servicios al tener una actitud poco abierta a considerar sus contribuciones. Bath y Wakerman (2015, p. 5), de hecho, recopilieron algunos estudios internacionales que dan cuenta que el desequilibrio de poder entre funcionarios y usuarios, en donde éstos últimos tienen poco control sobre las actividades, afecta negativamente los procesos de participación comunitaria en atención primaria. En este marco, Lodenstein et al. (2017, p. 12), afirman, en base a su análisis de la situación de algunos países africanos, que este tipo de asimetrías pueden mitigarse si los representantes de la comunidad son personas influyentes, como directores de colegio, alcaldes, entre otros. Sin embargo, en este caso el desafío que existe es garantizar que este tipo de representantes tengan vínculos efectivos de rendición de cuentas con grupos marginados de las comunidades locales.

Dicho todo lo anterior, es conveniente sensibilizar a todos los funcionarios de salud primaria en la importancia de la participación activa de los beneficiarios, ya que gracias a ella reciben *inputs*



complementarios a los conocimientos y recursos que puedan manejar, lo que es muy valioso para mejorar la calidad y satisfacción con el servicio de atención primaria. McEvoy & MacFarlane (2013, p. 134) describen, por ejemplo, a partir de una evaluación hecha en Irlanda, que involucrarse en procesos de participación comunitaria con los usuarios produce beneficios relevantes para los equipos de salud, como el aprendizaje de nuevas formas de aproximarse a la salud y la obtención de evidencia valiosa para el trabajo de prevención con grupos específicos de la comunidad.

Con respecto a la desmotivación por no percibir resultados en el corto plazo del trabajo realizado en los Consejos de Desarrollo Local, una posible solución es implementar en todos los centros de atención primaria procesos de definición y monitoreo de compromisos y metas de cada parte involucrada en los proyectos de prevención y promoción de estilos de vida saludable. Ahora bien, es importante tener objetivos y expectativas realizables para el buen funcionamiento de este proceso (McEvoy & MacFarlane, 2013, p. 132). Ostrom (1996, p. 1082), por su parte, señala que para que la sinergia entre estas dos partes funcione de forma óptima, es fundamental que exista un compromiso creíble entre los agentes públicos y los ciudadanos que participan de proyectos de co-producción. Uno de los medios sugeridos por esta autora para el logro de este objetivo es elaborar contratos claros y ejecutables que comprometan a los involucrados. Este tipo de prácticas contribuirían a una mayor transparencia en torno a las responsabilidades y objetivos del trabajo en común en los CDL, lo que permitiría una mejor calibración de las expectativas de funcionarios de salud y beneficiarios con respecto a las iniciativas gestionadas en conjunto.

Por otro lado, para orientar la participación activa de los usuarios de atención primaria, se podría capacitar a funcionarios y beneficiarios en distintas metodologías de diseño, implementación y evaluación de proyectos disponibles actualmente. Por ejemplo, el Laboratorio de Innovación Pública propone un modelo basado en seis etapas: Descubrir, Definir, Desarrollar, Entregar, Pilotear y Ajustar. Estas fases se organizan en cuatro hitos principales: identificación del problema, redefinición del mismo, creación de soluciones piloto y establecimiento del servicio como parte de la política pública. Esta metodología incentiva la co-creación entre funcionarios de los

servicios públicos y los usuarios en cada una de las etapas descritas anteriormente, lo que implica el intercambio horizontal de ideas y propuestas (Tello & Fulgueiras, 2017, p. 11). Este tipo de modelos son instrumentos valiosos para guiar de manera concreta la co-producción en atención primaria, y en los servicios públicos en general.

Como se ha visto, incentivar la participación activa de los beneficiarios de la atención primaria es fundamental para mejorar la calidad y la satisfacción con el servicio, y por lo tanto debiera ser una de las prioridades del Estado. De hecho, una de las metas sanitarias definidas a nivel nacional para el 2019 es que los establecimientos de atención primaria cuenten con un plan de participación social diseñado, ejecutado y evaluado en conjunto con sus comunidades, en donde el 80% de las actividades programadas sean cumplidas (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018, p. 26). Por otra parte, en el programa de salud del gobierno del presidente Piñera se intuye en parte la importancia de este tipo de participación, ya que se comprometen a potenciarla. Sin embargo, se menciona que este objetivo se logrará incentivando el funcionamiento de los Consejos Consultivos de Salud y desarrollando proyectos multisectoriales hacia la comunidad (Ministerio de Salud, 2018). Si bien este factor es relevante, falta un mayor énfasis en la formación y sensibilización de funcionarios públicos y beneficiarios para que se logre una efectiva co-producción de este servicio público.

## COMENTARIOS FINALES

A partir de la evidencia revisada en este trabajo, se puede afirmar que las reformas en salud llevadas a cabo por distintos gobiernos han apuntado en la dirección correcta en el sentido de mejorar la calidad del servicio y la satisfacción con la atención primaria en Chile. Se han logrado importantes avances en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que se hace cargo de demandas relevantes de la población beneficiaria, como una atención más personalizada, un mejor trato, una relación más cercana entre usuarios y funcionarios de salud, entre otros. Sin embargo, aún persisten desafíos prioritarios, como disminuir los tiempos de espera para ser atendidos, aplicar modelos de participación en salud efectivos en los establecimientos de atención primaria, entre otros. Con respecto a esta última brecha, una opción

recomendable es implementar de un modo profesional y consistente un enfoque de co-producción en la atención primaria en donde los beneficiarios tengan un rol clave en el diseño, implementación y evaluación de las iniciativas en salud.

Un problema relevante que se presenta es que la calidad del servicio y la satisfacción con la atención primaria no es la misma para todos los centros de este tipo. Existen diferencias importantes según características de los centros de atención primaria. En este sentido, es fundamental avanzar en una mayor estandarización de los niveles de calidad del servicio en el sistema de atención primaria. Una estrategia posible para este objetivo podría ser constituir más alianzas público-privadas que, como se observó, permiten implementar centros de atención primaria con buenos resultados.

Por último, no se ha aprovechado en su totalidad el rol que juegan los centros de atención primaria en la promoción de estilos de vida saludable y en el bienestar de los barrios donde están insertos. Acá existe una oportunidad para que este tipo de establecimientos se constituyan en organizaciones sociales relevantes que en conjunto con otras contribuyan a la calidad de vida de las comunidades locales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, A. M., Astudillo, P., Barrios, S. & Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX Región, Chile. *Revista Médica de Chile*, 132, 1109-1114.
- Alarcón-Muñoz, A. M. & Vidal-Herrera, A. (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: Perspectivas de las madres. *Salud Pública de México*, 47(6), 440-446.
- Arredondo, F. (2008). *Participación Comunitaria y Salud Primaria: El caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana*. Universidad de Chile.
- Bath, J. & Wakerman, J. (2015). Impact of community participation in primary health care: What is the evidence? *Australian Journal of Primary Health*, 21(1), 2.
- Caamaño, A., Romero, Y. & Fuentealba, N. (2010). Evaluación de la calidad de servicio en Centro de Salud Familiar en Chile. *Horizontes Empresariales*, (9-2), 51-65.
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barria, M., Soto, G. & Vargas, I. (2018). Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42.
- Gonzalez, K., Cerda, P. & Morande, M. (2013). La voz de la comunidad en la atención primaria: Sistematización de una estrategia participativa en salud. *Revista Perspectivas Sociales*, 15(1), 1-22.
- Herrmann, M. & Van Klaveren, A. (2016). Disminución de la participación de la población en organizaciones sociales durante los últimos trece años en Chile e implicaciones para la construcción de una política de planificación urbana más participativa. *Eure*, 42(125), 175-203.
- Lodenstein, E., Mafuta, E., Kpatchavi, A. C., Servais, J., Dieleman, M., Broerse, J. E. W., Barry, A. A. B., Mambu, T. M. N. & Toonen, J. (2017). Social accountability in primary health care in West and Central Africa: Exploring the role of health facility committees. *BMC Health Services Research*, 17(1), 403.
- McEvoy, R. & MacFarlane, A. (2013). Community participation in primary care in Ireland: The need for implementation research. *Primary Health Care Research & Development*, 14(02), 126-139.
- Ministerio de Salud (2014). *Diagnóstico y plan de auditoría 2015 Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales* (pp. 1-39).
- Ministerio de Salud (2018, marzo). Programa de Salud del Presidente Sebastián Piñera: Una cirugía mayor a la salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/programa-de-salud-del-presidente-sebastian-pinera-una-cirugia-mayor-a-la-salud/>.
- Ministerio de Salud (2019, mayo). Establecimientos de salud. Recuperado de <https://saludresponde.minsal.cl/index.php/2019/05/15establecimientos-de-salud/>.
- Ostrom, E. (1996). Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development. *World Development*, 24(6), 1073-1087.
- Peñaloza, B., Leisewitz, T., Bastías, G., Zárate, V., Depaux, R., Villarroel, L. & Montero, J. (2010). Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(5), 376-387.
- Püschel, K., Téllez, Á., Montero, J., Brunner, A., Peñaloza, B., Rojas, M. P., Poblete, F. & Pantoja, T. (2013). Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. Evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. *Estudios Públicos*, 130, 23-52.

Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018). *Orientaciones Técnicas. Metas sanitarias 2019*. Ministerio de Salud.

Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, & Organización Panamericana de la Salud (s. f.). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Ministerio de Salud.

Téllez, Á. & Aguayo, E. (2008). Resultados de un sistema de atención privado basado en un modelo de salud familiar en Chile. *Revista Médica de Chile*, 136, 873-879.

Tello, C. & Fulgueiras, M. (2017). *La co-producción del usuario en los servicios públicos* (pp. 1-23). Laboratorio de Innovación Pública.

Williams de Toro, C., Poblete, F. & Baldrich, F. (2012). Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de atención primaria en una comuna de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 140, 1145-1153.