



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

REFLEXIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL Y REGIONAL

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN
OCTUBRE 2017

En memoria del Dr. Fernando Muñoz

Haciendo un muy breve resumen de la extensa trayectoria profesional del Dr. Fernando Muñoz Porras, se puede destacar: que fue Profesor Asociado de la Universidad de Chile, que entre 1990 y 1994 se desempeñó como Director del Servicio de Salud Araucanía, que entre 1994 y 1998 fue Subsecretario de Salud de Chile, que en el Ministerio de Salud desempeñó también diversas funciones directivas entre el 2002 y el 2008, que el 2008 fue nombrado agregado para temas de Salud en la Misión de Chile ante los organismos de Naciones Unidas con sede en Ginebra, que le correspondió asumir un rol de alta responsabilidad en la implementación del Régimen de Garantías de Salud (GES o AUGÉ), que fue responsable de la implementación del componente de salud del Sistema de Protección de la Infancia “Chile Crece Contigo”, que fue consultor de OPS, OMS, GTZ, BID, USAID y Banco Mundial en diversos proyectos en el área de la salud pública y que fue, al final de su trayectoria profesional, Jefe del Departamento de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de Chile.

No todos conocen de su participación en la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, que fue una de las líneas estratégicas centrales de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud entre los años 1999 al 2003. Fernando Muñoz tuvo una activa participación en esta Iniciativa, que tenía como objetivos principales: El elaborar una definición regional consensuada de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), obtenida gracias a un amplio debate entre expertos del ámbito académico, gubernamental y pertenecientes al ejercicio profesional de la salud pública. Este trabajo definió las once funciones esenciales de la salud pública (FESP) como “el conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública: de mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva”. Con base en los acuerdos de la Iniciativa, se creó una herramienta metodológica con el fin de medir el desempeño de las once FESP. La descripción de la lógica del proceso de medición, los resultados de la evaluación y el análisis de los resultados de la evaluación del desempeño de las FESP en 41 países y territorios de las Américas, se resumieron en la publicación del 2002 “La Salud Pública en las Américas”, de la Organización Panamericana de la Salud. En esta etapa de la Iniciativa Fernando Muñoz jugó un rol principal, de hecho, apoyo a muchos de los países en la aplicación de la metodología.

Las FESP representaron un componente relevante de las políticas de salud en la Región de las Américas durante las décadas del 90 y del 2000, que sirvieron para dar respuesta a los desafíos de los sistemas de salud en un contexto de reformas sectoriales que limitaban el ejercicio de la función rectora de las autoridades sanitarias. Esta herramienta permitió visibilizar las capacidades indelegables de las autoridades sanitarias.

Fernando Muñoz en conjunto con otros colaboradores es autor del artículo “Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud” que se publicó en la Revista Panamericana de Salud Pública el año 2000. En este artículo se resumen aspectos conceptuales y metodológicos relacionados con la definición y medición de las FESP, y se analizan las implicaciones de la medición del desempeño de las mismas en el mejoramiento de las prácticas de la salud pública en las Américas.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	6
DESARROLLO METODOLÓGICO Y TIEMPOS DE EJECUCIÓN	7
ANTECEDENTES PRELIMINARES: AUTORIDAD SANITARIA Y FUNCIONES ESCENCIALES DE SALUD PÚBLICA	8
METODOLOGÍA DE TRABAJO	12
PRIMER PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS (AÑOS 2014 - 2015)	13
SEGUNDO PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS (AÑO 2016)	15
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	16
OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL ANÁLISIS	18
HALLAZGOS: ANÁLISIS DE LA AUTORIDAD SANITARIA	19
I. SITUACIONES DERIVADAS DE LA GENERACIÓN O DEPENDENCIA	23
A) LIDERAZGO DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL SECTOR SALUD	25
B) GENERACIÓN Y DEPENDENCIA DE LA AUTORIDAD SANITARIA	26
C) VELAR - SUPERVIGILAR	28
D) REQUISITOS SEREMI / ADMINISTRADOR SANITARIO	29
E) SEREMI TIPO	32
F) SEPARACIÓN ROL POLÍTICO Y TÉCNICO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	33
G) DOBLE JEFATURA	34
RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE LA GENERACIÓN O DEPENDENCIA	36
II. SITUACIONES DERIVADAS DE LAS ATRIBUCIONES Y SU EJERCICIO	37
H) ATRIBUCIONES Y SU EJERCICIO	38
I) MEJORAS DE LA CAPACIDAD TÉCNICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA	40
III. ATRIBUCIONES FALTANTES O QUE PODRÍAN SER EXCLUIDAS	42
J) ATRIBUCIONES FALTANTES	42
K) ATRIBUCIONES QUE PODRÍAN SER EXCLUIDAS	43
RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: ATRIBUCIONES FALTANTES O QUE PODRÍAN EXCLUIRSE	46
IV. SITUACIONES DERIVADAS DE ATRIBUCIONES COMPARTIDAS O EXCLUIDAS	47
L) EN ÁMBITOS AMBIENTALES, FÁRMACOS, TRABAJO Y TABACO	47

V. SITUACIONES DERIVADAS DE LA DISPONIBILIDAD DE RRHH	52
M) POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DE LA AUTORIDAD SANITARIA	53
N) RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS	54
O) DÉFICIT DE RECURSOS HUMANOS	55
P) REMUNERACIONES	56
RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE LA DISPONIBILIDAD DE RRHH	59
VI. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FÍSICOS, DE INFRAESTRUCTURA Y DE FINANCIAMIENTO	61
Q) GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	62
R) INGRESOS PROPIOS DE LAS SEREMI	63
S) MEJORAS EN LA PLANTA FÍSICA	64
T) MEJORA SOPORTE TECNOLÓGICO	66
RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE RECURSOS FÍSICOS, INFRAESTRUCTURA Y DE FINANCIAMIENTO	68
VII. ASPECTOS GENERADOS EN LA DISCUSIÓN	69
RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: ASPECTOS GENERADOS EN LA DISCUSIÓN	70
REFLEXIÓN Y PROYECCIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	73

PRESENTACIÓN

Comprender el ejercicio de la Autoridad Sanitaria desde una óptica de quienes cumplen un rol en la institucionalidad; ese fue el desafío establecido en el presente trabajo para poder aportar con una mirada “desde dentro”. Cumplir con este propósito implicó el brindar un valioso esfuerzo de muchos y muchas para poder aportar con la reflexiones, críticas, ideas, propuestas y proyecciones sobre el quehacer de la Subsecretaría de Salud Pública, de una Secretaría Regional Ministerial o de una Oficina Provincial, como también en relación a las autoridades centrales de nuestro Ministerio de Salud. Pasados los años desde que se da inicio a este levantamiento de información y posterior análisis, se han sucedido diversas situaciones ante las cuales la Autoridad Sanitaria ha tenido la capacidad de responder frente a los cambios en el país y la contingencia sanitaria: junto a las labores propias del ejercicio de sus atribuciones, a su vez se han presentado situaciones como lo la presencia de vectores de alta relevancia sanitaria en territorios del país, emergencias y desastres siconaturales de diversa índole e impactos sanitarios, el desarrollo de diálogos con la ciudadanía para hacerlos parte de la gestión sanitaria, avances en normativas y creación de nuevos programas, el desafío de la equidad en salud en el actual flujo migratorio del país, entre otros. A pesar del sin fin de acciones que emprende día a día la Autoridad Sanitaria, desde las realidades Regionales y también en el Nivel Central, se han dado los espacios de diálogo para contar con valiosos aportes, que permitieron el desarrollo y cierre de esta investigación, lo cual se concreta en la presentación de este documento.

Se hace necesario expresar los agradecimientos a todas y todos quienes se involucraron de diversas formas, en la producción, sistematización y análisis de sus contenidos. Para quienes aportaron desde regiones, y también desde el nivel central, las diversas autoridades y jefaturas, profesionales, técnicos y administrativos, a las organizaciones de trabajadoras y trabajadores de la Subsecretaría de Salud Pública y de las Secretarías Regionales Ministeriales. Todos los aportes han sido fundamentales para realizar un ejercicio de reflexión colectiva, desde una actitud honesta, en torno a la actualidad en el ejercicio de la Autoridad Sanitaria en regiones y a nivel nacional, junto con su proyección en los diversos ámbitos de funciones y atribuciones. Toda la información recolectada de las diversas fuentes y actividades, forman parte de los contenidos del presente documento, para que sean considerados en las futuras acciones y medidas de políticas públicas orientadas hacia el fortalecimiento del sector salud, especialmente en el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria y su institucionalidad.

El presente documento entrega los resultados del análisis cualitativo al cual fueron sometidos los datos e información recolectada, permitiendo comprender los consensos y diferencias respecto de la visión de realidad en el ejercicio concreto y real de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria en Chile, junto con identificar los temas de carácter conceptual y operativa sobre política pública en salud desde la mirada de quienes trabajan al respecto, identificar las funciones esenciales de la salud pública en la actividad cotidiana de la Autoridad Sanitaria, entre otros. Pero también permite comprender la operatividad de las SEREMI y el nivel central, donde se presentan situaciones relacionadas con el capital humano, los recursos físicos y de infraestructura, temas presupuestarios y de coordinación intersectorial.

Los contenidos de los siguientes apartados del documento, presentan un orden que comienza con una breve revisión sobre la Autoridad Sanitaria y las Funciones Esenciales de la Salud Pública, luego se presenta el plan metodológico que se utilizó para el desarrollo investigativo, y posteriormente se presentan a los hallazgos, con la intención de generar en esta sección la revisión de los análisis y las discusiones relacionadas.

DESARROLLO METODOLÓGICO Y TIEMPOS DE EJECUCIÓN

El desarrollo de la presente investigación considera dos procesos de recolección y análisis de la información cualitativa, los cuales han sido tratados con una continuidad conceptual y metodológica.

Como primera etapa se procedió a la identificación de fuentes, la recolección inicial de información, análisis y edición de un informe preliminar. Esta etapa corresponde al trabajo iniciados desde la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, durante los años 2014 - 2015, encomendado al Dr. Cesar Torres Alvial.

Posteriormente, a partir del año 2016 se implementa una segunda etapa, realizando actividades de identificación de fuentes de información, una nueva recolección información y los correspondientes análisis. Este segundo momento es liderado por la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, cuyo jefe es el Dr. Tito Pizarro Quevedo.



ANTECEDENTES PRELIMINARES: AUTORIDAD SANITARIA Y FUNCIONES ESCENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Alcanzar el mejor nivel posible de salud para todas las comunidades constitutivas de nuestro país supone como requisito fundamental el desarrollo de un sistema de salud colectiva que garantice una respuesta adecuada a las necesidades de promoción, protección y recuperación de la salud. Esto a través de la generación de políticas públicas, la vigilancia junto con el monitoreo de las condiciones de salud de la población, las acciones sanitarias requeridas para no poner en riesgo a la población, provisión de servicios, generación de recursos, el financiamiento y la gestión del sistema. Las actuales realidades sociales, económicas, culturales y sanitarias que se presentan cotidianamente, constituyen una impronta ética y política para los gobiernos nacionales, los cuales deben enfrentar una multiplicidad de problemáticas (no tan solo del sector salud), asegurando el bienestar de la población en sus comunidades. Vivimos un mundo global y local a la vez, donde la mundialización cultural se entremezcla con el surgimiento de la "identidad" como un factor de movilización social relevante, donde la ciudadanía día a día toma conciencia de los entornos que pueden afectar a la salud, considerando un Estado que debe responder a las exigencias de los diversos sectores de la sociedad. La actual dinámica social presenta diversos impactos en salud pública, la concepción de vida de los países ha cambiado, la población también ha cambiado, las características de los sistemas sanitarios también han tenido que adaptarse a la realidad dinámica; frente a ello nuestras instituciones de salud deben asumir rol de liderazgo ejercido de las correspondientes atribuciones y funcionalidades operativas.

Situaciones como los flujos migratorios, cambios climáticos, la contaminación ambiental y de entornos poblados, los factores de riesgo asociados a una malnutrición y conductas sedentarias en la población, entre otros fenómenos sociales y sanitarios, implican grandes complejidades que deben hacer frente las autoridades nacionales, dando respuesta adecuada a necesidades que emergen en virtud de las dinámicas socioculturales, compatibilizando el buen vivir junto con las condiciones de salud de la población. La mejora en los indicadores de salud colectiva, especialmente para los sectores históricamente excluidos o postergados (injustamente, pudiendo ser evitable), se constituye en uno de los desafíos de mayor impacto en la calidad de vida de las personas, lo cual supone que el Estado cuenta con un sistema de salud que puede garantizar una respuesta adecuada frente a las necesidades de promoción de la salud y prevención, protección, recuperación y rehabilitación, considerando un financiamiento eficaz y una óptima gestión del sistema. Para conseguir mejoras en los indicadores de salud, se debe proveer vigilancia y protección suficiente para contrarrestar las amenazas que son conocidas, e igualmente las amenazas emergentes. Por ello es que las Funciones Esenciales de la Salud Pública deben ser ejercidas por una Autoridad Sanitaria empoderada y competente, dando garantías de protección de la salud en la población, generando una respuesta social organizada que hace frente a las dinámicas de la sociedad, respondiendo a las demandas integrales de salud.

Para comprender las actuales complejidades que se presentan en el sistema de salud chileno, es necesario revisar los antecedentes históricos constitutivos de nuestro sistema público, como raíz histórica en cuanto a la concepción de salud pública y políticas de protección para la población.

Considerando antecedentes históricos relevantes en la historia social de la salud en Chile, damos inicio a esta revisión con un hito importante para la actualidad de la salud pública chilena. Con la fundación del Sistema Nacional de Servicios de Salud en 1952, se asume un proyecto de Estado Asistencial como la vía chilena de la política social (Illanes, 2010); creación de esta nueva institucionalidad

permitió el diseño e implementación de un sistema de redes asistenciales con amplia cobertura y con niveles de atención integrados, dejando atrás la concepción de atención en salud como un acto caritativo, dando paso a la concepción de salud como derecho. La sociedad, mediante la acción del Estado, asume la responsabilidad política de diseñar y conducir la implementación de políticas públicas dirigidas a resolver los problemas de salud que aquejaban a la población, lo cual trajo consigo avances científicos y tecnológicos aplicados a las necesidades de la salud pública del país.

El desarrollo de la institucionalidad pública de salud, conceptualizada a partir del Estado Asistencial junto con el derecho social de la salud, fue violentamente suprimido por la dictadura militar. En el año 1979 se dio inicio a una reforma del sistema de salud que generó una descentralización del Servicio Nacional de Salud, dando paso al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), donde se ejerce principalmente las funciones de provisión de servicios sanitarios y las funciones de dirección se concentran en el Ministerio de Salud, minimizándose las funciones de rectoría debido a la alta demanda de gestión del sistema y la red asistencial. El Estado asume un rol subsidiario, lo que se refleja concretamente en el debilitamiento del financiamiento estatal y la conducción del sistema sanitario; constitucionalmente se pasa de la consagración de la salud como un derecho (Constitución de 1925) a la consideración del derecho a la elección libre de atención en salud (Constitución de 1980). La protección de salud pierde su característica colectiva y se individualiza a partir de la concepción de “cliente asegurado”, específicamente a través del sistema público o con incorporación al reciente sistema de aseguramiento ISAPRE; los Hospitales como gran símbolo del Estado Asistencial, fueron abandonados desde todas sus áreas de financiamiento, gestión administrativa y clínica (Illanes, 2010).

Para el retorno en la democracia, iniciada la década de los 90 con el primer gobierno de la Concertación, hubo que concentrar los esfuerzos en la recuperación del sector público de atención de la salud frente a la desastrosa situación en que se recibió el sistema por parte de la dictadura. Se evidenciaron las grandes problemáticas del sistema, por lo que se tuvo que recurrir a asesorías técnicas y financiamiento por parte de organismos internacionales, principalmente Banco Mundial (Illanes, 2010; Montoya-Aguilar, 2013b). Se lograron evidenciar las consecuencias negativas de la dualidad público-privada, al igual que las grandes inequidades en salud, junto con la precarización de la atención primaria municipalizada; lo que en su conjunto demostraba un debilitamiento de las capacidades de salud pública en el país (Montoya-Aguilar, 2013b). Continuando en la época de los años 90, transcurrido el segundo gobierno de la Concertación, se continúa con la cooperación Banco Mundial junto a otros organismos internacionales, siendo actores relevantes en la definición de las políticas de salud pública por parte del gobierno. La cooperación abordó principalmente temas de financiamiento y administración. Una de las recomendaciones fue la necesidad de reducir el rol del Estado como entidad financiera total de la red asistencial, por lo que se propone considerar a los hospitales como instituciones con autonomía financiera. Se pasa de una lógica de financiamiento estatal de sector a un esquema de seguro, a través de FONASA como caja pagadora. Las prestaciones de salud se conceptualizaron bajo la forma de “plan”, por lo que el Ministerio de Salud procedió a la preparación de listas de patologías prioritarias, fijando precios por prestaciones valoradas como base de financiamiento del sistema (Montoya-Aguilar, 2013a). De esta forma, da inicio a los compromisos de gestión y compromisos de desempeño, con el objetivo de impulsar actividades relacionadas con la entrega de recursos a los organismos ejecutores en salud pública. La municipalización del sistema de atención primaria de salud se mantuvo sin variaciones. El período también tuvo como indicador favorable para la salud la notable disminución de la pobreza en el país, con línea base del año 1987 (Montoya-Aguilar, 2013b).

En el año 2000, la economía del país salía de las problemáticas producidas por la “crisis asiática”, iniciándose un período de crecimiento en los diversos sectores de la economía. En el sector público de salud, se mantuvo el sistema de pago por prestaciones, sin embargo, el Presidente Ricardo Lagos inició una serie de modificaciones legales y de normativas que configuraron una “Reforma a la salud”. Las más importantes fueron la “Ley de Garantías Explícitas en Salud N° 19.966” y la “Ley de Autoridad Sanitaria y Mejoramiento de la Gestión de en Salud N° 19.937”(Montoya-Aguilar, 2013b). La definición de garantías exigibles en el marco del Régimen de Garantías en Salud, ha significado un desafío a todo el sistema sanitario del país, habiendo voces críticas y como también a favor al analizar los diversos impactos relacionados con esta política pública de salud.

Una consideración preliminar e indispensable, es el recordar que en la concepción del Ministerio se considera a la salud, en su más amplio sentido, como un derecho humano y que, dentro de nuestro ordenamiento jurídico fundamental, está garantizado el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de las personas (Constitución Política de la República de Chile, 2005), junto con el derecho a la protección de la salud (Constitución Política de la República de Chile, 2005). Para hacer realidad estos derechos, el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud. Adicionalmente, en la misma disposición constitucional, se establece que “le corresponderá, asimismo, la coordinación y control único de las acciones relacionadas con la salud. Ya pasados 10 años de la considerada como nuestra última reforma a la salud, donde se configuran aspectos de rectoría del sistema de salud a cargo del Ministerio de Salud, se hace indispensable analizar la situación actual del sistema de salud, y en particular de la Autoridad Sanitaria.

El objetivo del análisis parte de la premisa del quehacer esencial de salud pública, tal es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, a lo cual las diferentes estructuras del sistema de salud, independientemente de su dependencia o grado de autonomía legal, deben contribuir. Complementariamente, es probable que el análisis de cuenta sobre la necesidad de avanzar en un proceso reflexivo de mayor profundidad, el cual pudiera alcanzar de manera práctica en la propuesta de mejoras en la actual situación de los sistemas sanitarios, o pudiera aportar a la gestación de un nuevo proceso de reforma de la salud pública del país.

Las propuestas de reforma al sector salud enfrentan el desafío de fortalecer las funciones rectoras de la Autoridad Sanitaria, y esto a su vez implica el ejercicio de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, conocidas con la sigla “FESP” (Muñoz et al., 2000), considerándolas como la competencia del Estado en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud. La Organización Panamericana de la Salud en el año 2000 inició un trabajo un programa denominado “La Salud Pública en las Américas”, dirigida a establecer definiciones operacionales claras respecto de las FESP, siendo éstas la base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la Autoridad Sanitaria en todos los niveles del Estado. Este aporte de la OPS para los países integrantes permitió generar labores de cooperación con los Estados para la construcción de orientaciones de conceptualización y metodología de medición del desempeño de las FEPS en los países.

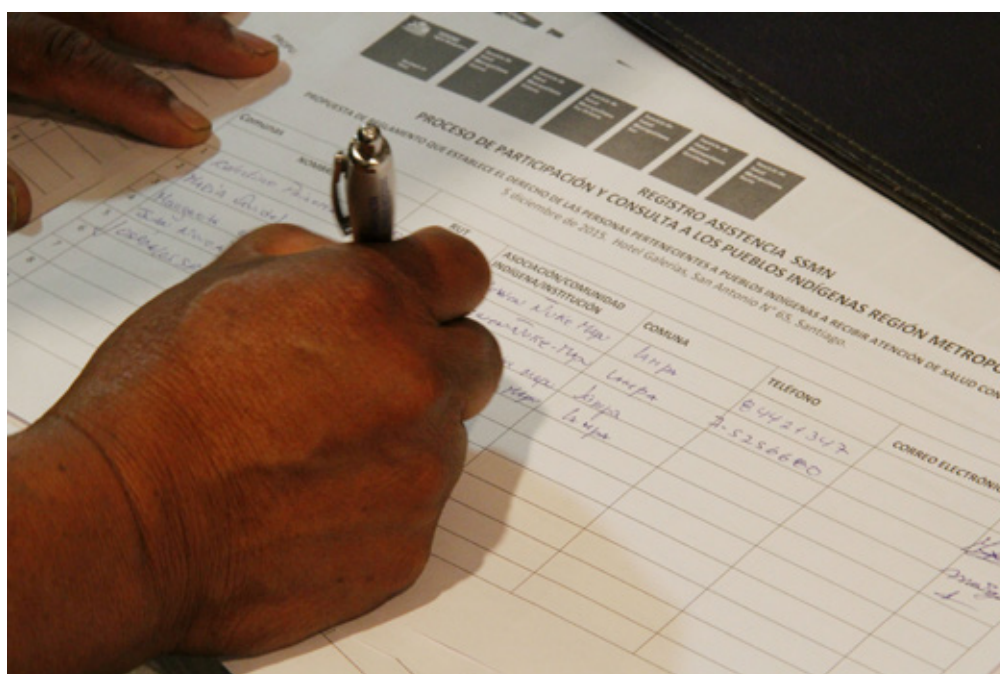
La salud pública como un ejercicio de política pública de los Estados y de la sociedad civil, se constituye en una acción colectiva, una respuesta social a las demandas de salud de la población. Se orienta en la protección y mejora de la salud de las personas, asegurando el acceso a la atención de salud de calidad. Las condiciones básicas para la protección, la mejora en salud, el acceso y la calidad de atención son las que orientan la conceptualización de las FESP. Adecuar la definición de los indicadores y estándares de las FESP para permitir que la práctica de la salud pública se vea

fortalecida a partir del trabajo de la institucionalidad de la salud según las particularidades de cada país, fue la orientación general de la OPS para cooperar en el desarrollo de este marco conceptual y metodológico.

El proyecto de trabajo y cooperación de la OPS se dedicó al análisis de los avances desarrollados en la definición de las FESP para buscar coincidencias en los enfoques planteados de la experiencia de OMS, la experiencia de Estados Unidos (National Public Health Performance Standards) y el desarrollo en las Américas propuesto por OPS.

Las once funciones identificadas, conceptualizadas y desarrolladas por la OPS son las siguientes:

1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población.
2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
3. La promoción de la salud.
4. El aseguramiento de la participación social en la salud.
5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud.
10. La investigación en la salud pública.
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.



METODOLOGÍA DE TRABAJO

El diseño metodológico empleado para este trabajo es cualitativo, considerando un enfoque orientado hacia la comprensión de las opiniones y perspectivas de los actores involucrados en el análisis de la Autoridad Sanitaria, especialmente aquellos actores que en el contexto habitual de sus desempeños laborales desarrollan acciones relacionadas con el ejercicio de las atribuciones y funciones. La metodología cualitativa tiene como característica central la búsqueda de comprensión sobre la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en las experiencias, perspectivas, opiniones, significados (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010, p 364). Orientados por esta metodología, el presente trabajo investigativo se centra en comprender y profundizar respecto de las opiniones, experiencias y propuestas de los distintos actores que cotidianamente desempeñan funciones relacionadas con la Autoridad Sanitaria, a nivel nacional como en el nivel regional.

La información recolectada en las distintas instancias, fue sistematizada y analizada mediante análisis de contenido (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006). Este análisis básicamente identifica y clasifica los contenidos que tienen mayor presencia a nivel de las opiniones y/o propuestas en los distintos procesos de recopilación de información, formando parte de las conclusiones del proceso a nivel general, como también identificando aquellos temas que emergen en el proceso de desarrollo del presente trabajo que no se encontraban considerados previamente.

La técnica de recolección de información utilizada fue el “Panel de expertos”, herramienta metodológica prospectiva orientada a la obtención de información cualitativa, pero precisa, acerca de las proyecciones o escenarios futuros en grupos humanos u organizaciones. En el ámbito de la salud pública, esta técnica se utiliza en la elaboración de macroescenarios y previsiones en temas de asistencia sanitaria y salud pública, en procesos de detección y priorización de problemas de salud comunitaria (Berra de Unamuo, Marín León, & Alvarez Gil, 1996).

Una complejidad específica que presenta este trabajo, fue el desarrollo de diversas actividades de recopilación de información, aplicadas en distintas temporalidades, todas orientadas metodológicamente a través de la técnica del “Panel de expertos” (García Valdés & Suárez Marín, 2013). En este proceso de recolección de información, se contó con el valioso aporte de autoridades ministeriales y regionales, jefaturas de nivel central y de las SEREMI, dirigentes de las Federaciones de trabajadores del Ministerios, personas que desde sus conocimientos, experiencias y opiniones, aportaron tanto en los análisis como en las propuestas para el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria. Para consolidar la metodología se realizó una división temporal de los procesos de recopilación empleados, produciendo la siguiente división:



PRIMER PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS (AÑOS 2014 – 2015)

Iniciando el trabajo desde la perspectiva del nivel central, en el año 2014 se constituyó una Comisión liderada por la Subsecretaría de Salud Pública, a través de la coordinación establecida en la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Desde ésta comisión se gestionaron diversas propuestas de reuniones, entrevistas y seminarios; actividades donde se recogió la opinión de autoridades, ex autoridades, funcionarios, asociaciones gremiales y representantes de la academia. La selección de las autoridades y participantes de esta etapa de trabajo se implementó a través de la búsqueda de opiniones con “actores claves” o “expertos”. Se definió el atributo de “experto” como actor institucional del Ministerio de Salud, con formación y experiencia (laboral y/o de investigación) que le permite un dominio sobre diversas áreas de gestión en el ámbito de la salud pública, y en específico en materias relacionadas con la Autoridad Sanitaria, igualmente que tuviera la disposición de exponer opiniones que sean utilizadas como parte de los antecedentes e información recopiladas, para la posterior sistematización y análisis.

La primera instancia de coordinación y discusión colectiva fue la constitución de una Comisión de Trabajo. Ésta se reunió por primera vez el 2 de junio de 2014, bajo la dirección del Sr. Subsecretario de Salud Pública, Dr. Jaime Burrows. La comisión tuvo como objetivo fundamental desarrollar de las primeras discusiones, diagnósticos y propuestas de análisis situacional de la Autoridad Sanitaria a nivel nacional, como también entregar opciones de modificaciones necesarias para mejorar el ejercicio de los roles y atribuciones. Dicha información, analizada y sistematizada, se constituyó en un documento denominado “Análisis inicial de la situación actual de la autoridad sanitaria y propuestas de rediseño y empoderamiento”, con fecha julio 2014.

En lo que respecta a la constitución de la Comisión de Trabajo en la Subsecretaría de Salud Pública, estuvo liderada por la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL), participando en la coordinación ejecutiva el Dr. César Torres Alvial. La comisión se reunió en 5 oportunidades, iniciando la discusión de expertos a partir de la revisión crítica del documento inicial preparado en julio del 2014 por el coordinador ejecutivo. Dicho texto permitió dar inicio a la problematización del estado de la Autoridad Sanitaria a nivel nacional y regional, revisar las atribuciones y funciones (definidas en la Ley de Autoridad Sanitaria, comparadas con las Funciones Esenciales de la Salud Pública), junto con la revisión de las dimensiones de la función rectora de la Salud Pública. En virtud de los análisis desarrollados a partir de la metodología utilizada, el documento de orientación fue modificándose, agregándose aspectos de revisión, y desarrollando propuestas de modificaciones (legales y/o administrativas) del Ministerio de Salud para poder fortalecer las atribuciones y funciones de la Autoridad Sanitaria según los criterios de realidad presentados por los expertos, las indicaciones concebidas en las normativas legales, y las “funciones esenciales de la salud pública” (Muñoz et al., 2000). La selección de expertos para conformar el comité de trabajo incluyó los siguientes criterios de selección:

- Autoridades o jefaturas de alto nivel en el Ministerio de Salud.
- Autoridades o gestores de alto nivel en las Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Autoridades o jefaturas de alto nivel en la Subsecretaría de Salud Pública.
- Asesores Ministeriales o de Subsecretarías designados por las autoridades para formar parte del comité.

Considerando los criterios de inclusión indicados, los expertos seleccionados para conformar el comité en el año 2014, fueron los siguientes:

- Dr. Daniel Soto, Jefe Gabinete Subsecretario de Salud Pública.
- Dr. Tito Pizarro, Jefe División Políticas Públicas Saludables y Promoción.
- Dr. Bernardo Martorell, Jefe División de Planificación Sanitaria.
- Dr. Pedro Crocco, Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades.
- Sr. Carlos Vicencio, Jefe División de Finanzas y Administración Interna.
- Dr. Fernando Muñoz, Jefe Programa Nacional de Inmunizaciones.
- Sr. Felipe Vargas, Asesor Subsecretario Salud Pública.
- Sr. Marcelo Olivares, Abogado División de Asesoría Jurídica.
- Dra. Marcela Piñeiro, Asesora Subsecretario Salud Pública.
- Sra. Andrea Fernández, Asesora del Subsecretario de Salud Pública.
- Sr. Pietro Cifuentes, FONASA.
- Dra. Lorena Rodríguez, Jefe Depto. de Alimentos y Nutrición DIPOL.
- Sra. Dayand Aravena, DIPOL.
- Sr. Héctor Reyes, Asesor Subsecretario Redes Asistenciales.
- Sra. Jossette Iribarne, Depto. Desarrollo Estratégico, Gabinete Sra. Ministra.
- Sra. Mónica Aravena, Jefe (S) División de Planificación Sanitaria.
- Sr. Alex Alarcón, Jefe Depto. Desarrollo Estratégico, Gabinete Sra. Ministra.
- Dr. César Torres, Asesor de Subsecretaría de Salud Pública.

Junto con las reuniones programadas, se realizaron entrevistas individuales a los integrantes de la comisión, lo cual permitió aportar con propuestas iniciales de análisis y diagnósticos, las cuales fueron discutidas y validadas en una serie de tres actividades desarrollados posteriormente. Las mencionadas entrevistas se utilizaron como una técnica de recolección de información flexible y abierta, definida como un encuentro para intercambiar información entre una persona (entrevista individual) y el entrevistador; por medio de preguntas y sus respectivas respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto de un tema específico (Hernandez Sampieri et al., 2010, p 418), en nuestro caso las atribuciones y funciones en el ejercicio de la Autoridad Sanitaria.

Del trabajo de recolección de información y análisis presentado en los párrafos anteriores, se genera un documento titulado "Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento", con fecha enero 2015, el cual fue el insumo principal para el desarrollo de dos instancias de trabajo para analizar el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria. En estas instancias fueron convocadas Autoridades y jefaturas del nivel central, junto con representantes de las Federaciones de Funcionarios del MINSAL (5 agosto y 30 septiembre 2015). Aquel documento presentó como resultado un análisis de la realidad de la Autoridad Sanitaria, junto con propuestas de modificaciones (modificaciones administrativas y legales) tanto a nivel central como en el ejercicio de las atribuciones en regiones. De igual forma, se utiliza como base para un segundo proceso de recolección de información y análisis durante el año 2016, con el objetivo de actualizar los datos y retomar el trabajo dialogando con los equipos regionales respecto del fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

SEGUNDO PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS (AÑO 2016).

A inicios del año 2016 se genera un nuevo proceso en el trabajo de análisis y propuestas para el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria. Desde la Subsecretaría de Salud Pública se solicita a la DIPOL retomar el trabajo realizado entre los años 2014 y 2015, utilizando como base el documento titulado "Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento". Se procede a realizar una revisión y actualización de dicho documento, generando una nueva versión con fecha marzo 2016, siendo enviado para su lectura crítica, análisis y desarrollo de propuestas por parte de los Jefaturas del Nivel Central del Ministerio, Secretarios Regionales Ministeriales, sus equipos de trabajo y a las Federaciones de Trabajadores de nuestro Ministerio.

Las actividades de recolección de información continúan orientándose por la técnica del "Panel de expertos" (Berra de Unamuo et al., 1996), adaptando actividades presenciales y remotas, con el objetivo de poder contar con la valiosa opinión y propuestas de los equipos regionales de las SEREMI de salud. En síntesis, se realizaron las siguientes actividades:

- Reuniones grupales con jefaturas de nivel central: Esta primera serie de 2 reuniones se realizaron para dar inicio al trabajo en marzo del 2016 (lunes 14 y miércoles 23). En ambas reuniones se participaron jefaturas de la subsecretaría de Salud Pública, donde en específico se abordaron las observaciones realizadas al texto "Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento", y plantear algunos elementos propios del análisis junto con la validación de la metodología a desarrollar en el transcurso del año 2016.
- Análisis documental y propuestas desde equipos las SEREMI de Salud: Esta segunda actividad es la que permitió contar con los valiosos aportes entregados por parte de todos los equipos de nuestras SEREMI. En el mes de abril se remite a cada Secretarios y Secretarias Regionales Ministeriales el documento "Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento", con las indicaciones y metodología para propiciar la lectura crítica, análisis y propuestas por parte de los equipos regionales. Cada Secretario o Secretaria Regional Ministerial, debía proceder a la distribución del texto dentro de su equipo regional. Para el análisis, se contó con una matriz estándar para el desarrollo de los análisis y propuestas, los cuales fueron remitidos a la DIPOL con los aportes de los equipos regionales. Este análisis explicitado en la matriz estándar, pudo ser revisado y enriquecido a través de una Video Conferencia sostenida con los equipos regionales, las cuales se desarrollaron a partir de un calendario coordinado con cada SEREMI.
- Taller con Secretarios y Secretarias Regionales Ministeriales: Las autoridades regionales tuvieron la oportunidad de aportar al desarrollo del análisis y propuestas a través de la participación en un taller presencial desarrollado el día 12 de mayo, como actividad programada dentro de la reunión nacional de Seremis de Salud. En este taller se realizó una revisión del cuadro resumen del documento "Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento", posteriormente se realizó un trabajo en dos grupos donde las autoridades regionales debía realizar el análisis y propuestas en la matriz estándar.
- Taller Federaciones de funcionarios del Ministerio de Salud: El día 16 de agosto se realizó el taller de análisis y propuestas para el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria con representantes de la "Federación de Asociaciones de Salud Pública (FEDASAP)" y con representantes de la "Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública (FENFUSSAP)". La actividad se desarrolló con la misma dinámica aplicada en el taller con los SEREMI, proce-

diendo a la revisión del cuadro resumen del documento “Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento”, y luego se realizó el trabajo en dos grupos, uno por cada Federación. Los análisis y propuestas fueron sistematizados en la matriz estándar.

- Video conferencias con las SEREMI: entre los meses de abril y agosto del año 2016, se realizó un proceso de trabajo con los equipos de todas las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, con el objetivo de entregar un espacio de reflexión y propuesta por parte de los equipos regionales. En el mes de marzo el Dr. Tito Pizarro, Jefe de la DIPOL, envía el documento base de análisis “Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento”, junto a una matriz de registro (detalles en el apartado siguiente “Categorías de análisis”). El objetivo del envío de los documentos indicados, fue que cada autoridad regional realizara la distribución del documento en su equipo, otorgando los espacios de reflexión para desarrollar los argumentos que fundamentaran las opiniones, visiones, observaciones, cuestionamientos y propuestas en el ejercicio de la Autoridad sanitaria Regional, registrándola en una matriz de sistematización. Luego del envío de los documentos a las regiones, se realizó un seguimiento vía correo electrónico, lo que generó una agenda de videoconferencia con cada equipo regional de nuestras SEREMI, para lograr una comunicación directa a fin crear una conversación grupal que permitiera profundizar sobre los análisis y propuestas preparados en la matriz por cada equipo regional.

En virtud del proceso de levantamiento de información realizado en el año 2015, donde se sistematizó la información orientándose por categorías de análisis establecidas en aquella oportunidad. Para brindar una continuidad en el proceso conceptual, se estableció el continuar con aquellas categorías de análisis, pero desarrollando un nuevo proceso metodológico que permitiera brindar nuevos espacios de reflexión y aportes de los diversos actores involucrados en la gestión de la Autoridad Sanitaria.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Para lograr una continuidad analítica entre los dos procesos de análisis y recolección de información, lo que ha sido desarrollado entre los años 2014 al 2016, se consideró relevante mantener las categorías de análisis generadas en el primer proceso. Estas categorías de análisis son las siguientes:

I. Generación y dependencia:

Se trata de una categoría que conceptualiza las opiniones y aportes relacionados con las normativas legales donde se sustentan las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, la dependencia de esta autoridad a jefaturas de mayor rango de mando político administrativo.

II. Atribuciones y su ejercicio:

Para esta categoría se corresponden las opiniones y propuestas relacionadas con las distintas atribuciones legales de la Autoridad Sanitaria, y el cómo estas se ejercen en la realidad del nivel central y regional, en relación con la ciudadanía, los privados y otros organismos públicos.

III. Atribuciones compartidas o excluidas:

Esta categoría consta sobre las atribuciones de la Autoridad Sanitaria que actualmente se comparten con otros organismos públicos en su ejercicio, y se consideran también las que se excluyeron por la entrada en vigencia de nuevas normas que reglan las atribuciones de la Autoridad Sanitaria y otros organismos públicos.

IV. Atribuciones faltantes o que, estando incorporadas, podrían ser excluidas.

La categoría aborda elementos centrados en atribuciones que podrían ser incorporadas en un futuro próximo. Junto con aquellas que, si bien ya se encuentran consideradas en las normativas de la Autoridad Sanitaria, podrían ser excluidas para mejorar los procesos.

V. Disponibilidad de recursos humanos:

Para la categoría, se consideran la evaluación y proposiciones para abordar las temáticas relacionadas con el personal que dispone la Autoridad Sanitaria, en el nivel central y en cada una de las SEREMI, la relación contractual (honorarios y contrata), capacidad técnica.

VI. Disponibilidad de Recursos Físicos, de Infraestructura y de Financiamiento:

En este caso, la categoría hace referencia a las opiniones junto a propuestas que abordan todos los elementos considerados en la infraestructura y los recursos básicos de operación de la Autoridad Sanitaria, junto con los elementos orientados hacia la estructura de financiamiento de las SEREMI.

VII. Aspectos generados en la discusión.

Esta categoría agrega a todas aquellas opiniones y propuestas que en su contenido no se relacionan con las anteriores categorías de análisis descritas.



Estas categorías de análisis fueron las mismas utilizadas para la confección de la matriz estándar, utilizada en el segundo proceso de análisis y recolección de información. Dicha matriz cualitativa para la sistematización de las opiniones, aportes y propuestas en relación al ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, se utilizó tanto para las regiones como para el nivel central. Esto nos permite la continuidad entre el primer y segundo proceso de recolección de datos y además el poder clasificar la información según en nivel de ejercicio de las atribuciones. La totalidad de las matrices construidas con todos los mecanismos de recolección de datos, serán agregadas como anexo en el presente documento. La matriz es la siguiente:

Matriz estándar de sistematización

PROPUESTAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA		
DIMENSIONES	DIAGNÓSTICO	MODIFICACIÓN PROPUESTA
Situaciones derivadas de la generación o dependencia		
Situaciones derivadas de las atribuciones y su ejercicio		
Situaciones derivadas de atribuciones compartidas o excluidas		
Atribuciones faltantes o que podrían ser excluidas		
Situaciones derivadas de la disponibilidad de recursos humanos capacitados		
Disponibilidad de recursos físicos, de infraestructura y de financiamiento		
Aspectos generados en la discusión		

OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL ANÁLISIS

Objetivo general:

Analizar el ejercicio de las funciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria en virtud de los 10 años de la entrada en vigencia de la Ley 19.937, según lo correspondiente a los niveles centrales y territoriales considerados en la institucionalidad del Ministerio de Salud.

Objetivos específicos:

Caracterizar los principales factores críticos en el ejercicio de las funciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como el territorial.

Evaluar y proponer modificaciones en los factores críticos del ejercicio de las funciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como territorial.

HALLAZGOS: ANÁLISIS DE LA AUTORIDAD SANITARIA

En el presente apartado, se presentan los resultados del segundo proceso de recolección y análisis de información, el cual se desarrolló en el transcurso del año 2016. Considerando que el presente trabajo es una continuación del abordaje conceptual del proceso anterior; es importante señalar que se procede con un nuevo diseño metodológico para la recolección de información, permitiendo la articulación de nuevas instancias de reflexión y aporte para los distintos actores involucrados en el presente análisis, con las categorías de análisis ya definidas en el proceso del año 2015.

Los aportes generados en las distintas instancias de recolección de información, fueron transcritos en matrices textuales, lo que permitió la caracterización y clasificación de los aportes entregados por parte de los diferentes actores convocados para ésta reflexión colectiva. Los textos formateados en una “matriz” de análisis, han sido leídos, comprendidos y sistematizados, dejando la información agregada solamente a la institución, organismo o repartición de la cual depende la persona, lo cual definimos como “actor”. De esta forma, toda la información quedó sistematizada en matrices donde no se puede identificar a la persona, pero sí es posible identificar el “actor”.

El proceso de ordenamiento, clasificación y análisis de toda la información recopilada, permitió la estructuración de 19 matrices de sistematización, donde es posible observar los siguientes datos:

- 15 matrices, que corresponden a la sistematización de cada SEREMI del país.
- 1 matriz que sistematiza las propuestas de los Secretarios y las Secretarías Ministeriales.
- 1 matriz que sistematiza el trabajo de las jefaturas DIPOL.
- 2 matrices, donde cada una sistematiza el trabajo de la FEDESAP y la FENFUSSAP.

A modo general, la recolección de datos se generó a partir de las siguientes actividades:

- 15 sesiones de video conferencia, para el desarrollo de los análisis y propuestas por parte de con los equipos regionales de las SEREMI.
- 1 taller de análisis y propuestas realizado en Santiago en la reunión nacional de Secretarios y Secretarías Regionales Ministeriales.
- 1 taller de análisis y propuestas realizado con representantes de las Federaciones de funcionarios.
- 2 talleres de análisis y propuestas con participación de las jefaturas de departamento de la DIPOL.
- 2 reuniones de discusión grupal con autoridades y jefaturas de ambas Subsecretarías.

La gran cantidad de información recopilada, junto con la complejidad de relaciones que se establecen al sistematizar la información, requirió del trabajo con el software de análisis cualitativo “Atlas Ti”. Esta herramienta informática se utilizó para el trabajo de sistematizar y ordenar según las categorías de análisis establecidas, considerando el aporte entregado por todos los actores involucrados. A pesar de contar con un software especial para el análisis cualitativo, es necesario que el investigador proceda a la lectura contextualizada de todos los aportes registrados en las matrices, labor que requiere de un tiempo considerable. Se logró relacionar toda la información de las 19 matrices de sistematización, con sus correspondientes 7 categorías de análisis establecidas, vinculando citas textuales de todas las matrices con la categoría de análisis existentes. Este trabajo permitió identificar un total de 839 citas relacionadas con las categorías de análisis. En el siguiente cuadro se presentan aquellas relaciones:

Tabla N° 1: Cuadro de síntesis de hallazgos

NOMBRE DE CATEGORÍA	N° DE CITAS
Situaciones derivadas de la generación o dependencia.	232
Situaciones derivadas de las atribuciones y su ejercicio.	115
Atribuciones faltantes o que estando incorporadas podrían ser excluidas.	57
Situaciones derivadas de atribuciones compartidas o excluidas	85
Situaciones derivadas de la disponibilidad de recursos humanos capacitados.	197
Disponibilidad de recursos físicos, de infraestructura y de financiamiento.	140
Aspectos generados en la discusión.	13
TOTAL DE CITAS	839

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro de síntesis nos permite dimensionar cuantitativamente el proceso de revisión de la información recopilada, pero lo más importante es que nos entrega una perspectiva descriptiva inicial respecto de los temas mayoritariamente abordados por todos los actores involucrados. La primera categoría de la tabla, "Situaciones derivadas de la generación o dependencia", logra concentrar un cuarto de las citas totales indicadas en todas las matrices de sistematización. Dicha categoría conceptualiza las opiniones y aportes relacionados con las normativas legales, administrativas y operativas, donde se sustentan las atribuciones de la Autoridad Sanitaria para operar como autoridad sobre su ámbito de acción. Los posteriores hallazgos de la presente investigación permiten dimensionar una preocupación especial por la actual funcionalidad de la Autoridad Sanitaria, considerando aspectos como el "poder de autoridad" en contextos regionales, el liderazgo de la autoridad sanitaria en el sector salud, la capacidad de los recursos humanos (tanto en dotación como en competencias técnicas), el ejercicio de las atribuciones en las labores cotidianas. Estos aspectos son los que concentraron números considerables de citas, lo que puede ser interpretado como las temáticas relevantes para todos los actores que participaron en este trabajo; pero es importante indicar que dentro de esas citas existen muchas propuestas concretas orientadas hacia el desarrollo y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, tanto en su dimensión central, como en las regiones.

Sin embargo, la tabla anterior no permite observar la diversidad de reflexiones y aportes en cada uno de las categorías de análisis. Para ello se procedió con una clasificación de las citas dentro de cada una de las categorías centrales (las 7 del cuadro anterior), caracterizando las citas según los temas que abordaban, o las propuestas presentadas. De esta forma, se crearon "sub categorías" que permiten visualizar la diversidad de opiniones y propuestas dentro de cada categoría. Este análisis más profundo permite ahondar en temas específicos presentados en las actividades de recolección de información, llegando a niveles de detalles que permiten aclarar situaciones reales y cotidianas que se presentan en el ejercicio de la Autoridad Sanitaria en el nivel central y en el nivel regional, logrando comprender la realidad proyectada en las opiniones sistematizadas en las matrices.

A continuación, el presente apartado de hallazgos se fundamentará en la presentación de los temas más relevantes de cada una de las categorías con sus correspondientes subcategorías, para poder desarrollar las opiniones, reflexiones, propuestas e ideas que se lograron recoger en los distintos procesos de recolección de información.

Tabla N° 2: Categorías y subcategorías de los hallazgos

NOMBRE DE CATEGORÍA	NOMBRE SUBCATEGORÍA	N° DE CITAS
Situaciones derivadas de la generación o dependencia.	a) Liderazgo de la Autoridad Sanitaria Regional en el sector salud.	58
	b) Generación y dependencia de la Autoridad Sanitaria.	56
	c) Velar - Supervigilar.	38
	d) Requisitos SEREMI / Administrador Sanitario.	31
	e) SEREMI Tipo.	25
	f) Separación Rol Político y Técnico de la Autoridad Sanitaria.	20
	g) Doble jefatura.	4
Situaciones derivadas de las atribuciones y su ejercicio.	h) Atribuciones y su ejercicio.	58
	i) Mejoras de la capacidad técnica de la Autoridad Sanitaria.	57
Atribuciones faltantes o que podrían ser excluidas.	j) Atribuciones faltantes	36
	k) Atribuciones que podrían excluirse	21
Situaciones derivadas de atribuciones compartidas o excluidas.	l) En ámbitos ambientales, fármacos, alimentos y tabaco.	85
Situaciones derivadas de la disponibilidad de RRHH capacitados.	m) Política de recursos humanos de la Autoridad Sanitaria.	89
	n) Disponibilidad de recursos humanos	59
	o) Déficit de recursos humanos.	26
	p) Remuneraciones.	23
Disponibilidad de recursos físicos, Infraestructura y de financiamiento.	q) Recursos físicos, infraestructura y su financiamiento.	49
	r) Ingresos propios de las SEREMI.	43
	s) Mejoras en la plata física.	32
	t) Mejora soporte tecnológico.	16
Aspectos generados en la discusión.	No cuenta con subcategoría.	13
TOTAL DE CITAS		839

Fuente: Elaboración propia.

Los hallazgos del presente estudio se presentarán a partir de la estructura presentada en la Tabla 2, centrada en la caracterización de las categorías con sus correspondientes sub categorías. A partir de aquella descripción, se insertarán citas textuales para poder ejemplificar de mejor manera las opiniones y aportes que han realizado los diversos actores relacionados con el ejercicio de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como en regiones. Posteriormente, luego de las citas, se realizará una síntesis interpretativa, orientada por los contenidos más relevantes en la discusión de cada categoría, con el objetivo de comprender la temática presentada junto a sus propuestas de mejora.

Desde el punto de vista de la interpretación y comprensión del investigador, lo cual es considerado importante en un proceso de investigación social cualitativa (metodología que orienta el presente trabajo), es necesario mencionar que todos quienes participaron en los procesos de recolección de información mostraron un interés en aportar al fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria (tanto a nivel regional como nacional). Esto se demostró por la disposición a participar, demostrando en forma adecuada las diferencias de opinión, observaciones y situaciones críticas en la gestión de las atribuciones; pero con un espíritu de aporte y una mentalidad propositiva al momento de plantear las alternativas de solución que les hagan frente a los problemas de gestión de la Autoridad Sanitaria.

Otro elemento importante que puede ser interpretado como positivo en el trabajo desarrollado, tiene relación con la revisión del documento de apoyo "Propuesta de análisis de la autoridad sanitaria para su rediseño y empoderamiento", tanto por el nivel central como por el nivel regional, lo cual fue fundamental para poder contextualizar los aportes, los cuales desde un principio fueron estructurados a partir de la matriz de recolección de información. Dichos aportes fueron de un alto nivel, en base al conocimiento y experiencia de todos los actores involucrados en la gestión de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria.



I. SITUACIONES DERIVADAS DE LA GENERACIÓN O DEPENDENCIA

La categoría "Situaciones Derivadas de la Generación o Dependencia", conceptualiza las opiniones y aportes relacionados con las normativas legales donde se sustentan las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, la dependencia de esta autoridad a jefaturas de mayor rango de mando político administrativo. Dentro de las 232 citas relacionadas, se logró realizar una caracterización, lo que generó una clasificación en siete subcategorías, con sus correspondientes citas asociadas.

A modo de síntesis de las categorías y sub categorías, presentamos la siguiente tabla:

Tabla N° 3: Categoría: Situaciones derivadas de la generación o dependencia

NOMBRE CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE LA GENERACIÓN O DEPENDENCIA		
Nombre sub categoría.	Descripción	N° de citas
a) Liderazgo de la Autoridad Sanitaria Regional en el sector salud.	Se plantea el liderazgo de la ASR por sobre las otras instituciones de salud	58
b) Generación y dependencia de la Autoridad Sanitaria.	Se refiere a aspectos del origen jurídico de la autoridad y su dependencia en el contexto regional.	56
c) Velar - Supervigilar.	En relación a opiniones y propuestas para superar las dificultades de definición jurídica y operativa en la Ley 19.937	38
d) Requisitos SEREMI / Administrador Sanitario	Opiniones y propuestas relacionadas con las condicionantes normativas para asumir el cargo de SEREMI, junto con los requisitos para un hipotético cargo de Administrador Sanitario	31
e) SEREMI Tipo	Propuestas con las correspondientes características para estandarizar elementos fundamentales de las SEREMI de salud	25
f) Separación Rol Político y Técnico de la Autoridad Sanitaria.	Respecto de opiniones, críticas y propuestas para abordar las complejidades presentes en la implementación de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria tanto en el rol político y técnico	20
g) Doble jefatura	Relacionada con las opiniones donde se plantea la problemática en la ASR donde el o la SEREMI debe obedecer instrucciones tanto de la Subsecretaría de Salud Pública como de la Intendencia Regional	4
TOTAL CITAS		232

Fuente: Elaboración propia.

a) Liderazgo de la Autoridad Sanitaria en el sector salud

Síntesis de resultados:

Todos los actores involucrados plantean la necesidad de empoderar a la Autoridad Sanitaria como referente líder del sector salud, tanto a nivel central como en las regiones, para poder establecer un vínculo rector sobre la provisión de servicios de salud, incidiendo como supervisor y validador del cumplimiento de las metas sanitarias, planes y programas del sector.

Con 58 citas asociadas, es la sub categoría donde se presentan más citas, lo cual se puede interpretar como un tema relevante en cuanto a la conceptualización de la Autoridad Sanitaria como una institución con vocación de rectoría y liderazgo en el sector salud. Las citas indicadas, forman parte de las opiniones y propuestas de todos los actores involucrados en el desarrollo del presente trabajo, por lo que se puede interpretar también que este es un tema relevante tanto para las autoridades y jefaturas (nivel central como regionales), como para los equipos de las SEREMI junto a las organizaciones de funcionarios.

Cita 1:

“Se requiere definir claramente los roles y atribuciones de las subsecretarías, y la expresión de esta relación en regiones.”

(Matriz P18)

En este caso, la cita extraída de la matriz 18, plantea claramente una situación de nivel central, expresada principalmente por los problemas en la ejecución, acciones y desarrollo de las atribuciones entre la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esta compleja situación se expresa en regiones a través de la relación entre las SEREMI de Salud y los Servicios de Salud. La cita plantea la necesidad de aclarar los roles y atribuciones, definiendo claramente la institucionalidad a cargo del ejercicio de las funciones rectoras y la responsable de la provisión de servicios.

Cita 2:

“Posicionar el rol de la Autoridad Sanitaria para el cumplimiento de los objetivos sanitarios. El Nivel Central debiese gestionar y financiar reuniones de articulación con la Dirección de los Servicios de Salud y Red Asistencial Pública o privada, para contar con las coordinaciones y lineamientos más claros y específicos.”

(Matriz P16)

Para el caso de la segunda cita presentada, se puede observar claramente que el rol de liderazgo de la Autoridad Sanitaria se relaciona con el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Para ejercer este liderazgo se plantea que la Subsecretaría de Salud Pública desarrolle un rol central, desarrollando acciones desde el nivel central y apoyando las acciones que se realizan en las regiones. Esto requiere de un financiamiento del nivel central y las gestiones para la realización de procesos de articulación entre las SEREMI de Salud y las direcciones de Servicios de Salud. De esta forma, la autoridad Sanitaria a nivel nacional y regional debe contar con el financiamiento para el desarrollo de acciones dando cumplimiento a los objetivos sanitarios, convocando a Servicios de Salud junto a los prestadores de servicios de salud tanto públicos y privados, para dirigir las acciones de salud en desde una visión país, y también desde una visión regional. En este sentido, el planteamiento tiene como trasfondo el empoderar a Subsecretaría de Salud Pública, con el objetivo de dirigir las acciones de la política

pública de salud, contando con los recursos financieros específicos para ese rol. Esto podría tratarse tanto de propuestas de ley para clarificar el rol de la Autoridad Sanitaria frente a las Redes Asistenciales y al primer nivel de atención (que hasta la fecha en su gran parte se encuentra municipalizado), otorgando la capacidad de supervisión frente a los prestadores públicos y privados. De igual manera, se podría suponer que se requieren de las gestiones políticas de nivel central para apoyar en las gestiones de los respectivos Gobiernos Regionales, lo cual se constituiría en un nuevo escenario en el entendido de que se apruebe la propuesta de ley para los nuevos Gobiernos Regionales, donde la autoridad principal en la región (Intendente Regional), sería definida mediante elección directa.

b) Generación y dependencia de la Autoridad Sanitaria

Síntesis de los resultados:

Se presenta como otro de los requerimientos fundamentales para fortalecer a la Autoridad Sanitaria, aclarando normativamente e institucionalmente los roles y las funciones que se deben desempeñar, a fin de empoderar a la Subsecretaría de Salud Pública junto a sus SEREMI, desde los aspectos técnicos propios de las atribuciones y las funciones políticas de gobierno regional. Un factor que genera complejidades son las acciones técnicas se realizan en virtud de un mandato político, lo que implica flexibilización de criterios o acelerar procesos de gestión, lo cual tensiona a los equipos en el nivel central y en regionales. Para las mejoras a la problemática, existen dos posturas generales: Separar los roles técnicos y políticos, y empoderar a las jefaturas técnicas, en los niveles central y regional.

Cita 3:

“Desarrollar una institucionalidad con autonomía y atribuciones, con capacidad de gestión técnica con poder de Autoridad. Concentrar las funciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria Nacional en una institucionalidad central.”

(Matriz P18)

La cita 3 plantea la percepción respecto del desarrollo de una autonomía institucional de la Autoridad Sanitaria para concentrar las funciones técnicas, separándolas de las funciones de político-gubernamentales. Sin embargo, se plantea una división que mantiene la concentración de las funciones desde un punto de vista central. Se puede interpretar que la propuesta de división de las funciones técnicas con las funciones político-gubernamentales es una idea que debe ser implementada desde la Subsecretaría de Salud Pública, con su correspondiente aplicación en los niveles regionales, es decir en las SEREMI. Lo central de este tipo de opiniones es considerar que el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria tiene relación el aumento de las capacidades técnicas y administrativas, las cuales debieran estas desligadas de las implicancias político gubernamentales. Para este tipo de propuestas de modificación, es necesario considerar modificaciones de estructura jurídica y administrativa en la Autoridad Sanitaria.

Cita 4:

“Director regional de salud pública genera autonomía en lo técnico del gobierno de turno”

(Matriz P17)

Para esta otra cita, se vuelve a presentar el problema del cruce entre las funciones técnicas y políticas de la Autoridad Sanitaria, acotando una complejidad relacionada con la capacidad técnica de los funcionarios que ingresan a las SEREMI con la confianza política del respectivo Secretario o Secreta-

ria Regional. La propuesta es la creación de una Dirección Regional que gestione en forma autónoma las atribuciones correspondientes a la Autoridad Sanitaria, dejando en la instancia de Secretaría Regional Ministerial de Salud las funciones de gestión política y gubernamental. La idea debiera contar con la misma situación desde el Nivel Central, por lo que debiera considerarse una institucionalidad que contenga una Dirección Nacional de Salud Pública, de la cual dependan las direcciones regionales, donde se concentren todas las funciones de autoridad, con un alto componente técnico para el ejercicio de las atribuciones.

Cita 5:

“Dividir los roles técnicos con la formación de direcciones, por ejemplo Dirección de Acción Sanitaria, Dirección de COMPIN, Dirección de Salud Pública y dejar a la SEREMI con su rol político, eso daría autonomía al accionar y desarrollo técnico de cada Dirección.”

La SEREMI tendría un rol de desarrollar el Plan Regional de Gobierno, coordinando las distintas Direcciones y no tendría que estar resolviendo todas las temáticas técnicas.”

(Matriz P1)

En la Cita 5 se presenta una situación problemática respecto de los roles técnicos y políticos que se entremezclan en la gestión de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria Regional. En este caso, la cita corresponde al equipo de la SEREMI de Arica y Parinacota, donde se propone una definición de roles y funciones diferenciadas entre las atribuciones técnicas y la gestión política; para ello las Jefaturas de las SEREMI debiesen configurarse como direcciones técnicas regionales con autonomía de la gestión correspondiente a la función política del secretario o secretaria regional ministerial, quien debería centrarse en la coordinación intersectorial y de gobierno regional.

Cita 6:

“El factor político en la elección para el cargo de SEREMI es relevante, y debe complementarse con los aspectos técnicos para la gestión regional.”

Separar y asignar dos personas diferentes la gestión política del ejercicio de la Autoridad Sanitaria generaría grandes dificultades en la gestión.

Los aspectos técnicos para el ejercicio de la Autoridad Sanitaria deben ser altamente considerados en la elección de las jefaturas de Salud Pública y Acción Sanitaria.

No se comparte la propuesta de crear la figura del “Administrador Sanitario” con el mismo nivel jerárquico del/la SEREMI. Se plantea una figura intermedia, inferior a SEREMI que coordine el ejercicio de la Autoridad Sanitaria en la región, incluyendo redes.”

(Matriz P19)

Desde lo declarado en la cita 6, el discurso aborda una compatibilidad y potencialidad en la conexión entre los roles políticos con los técnicos en la gestión de atribuciones de la Autoridad Sanitaria Regional, pero que también pueden ser extrapolados al nivel de la Subsecretaría de Salud Pública. Por lo tanto, las autoridades y actores políticos relevantes en el nivel central, y en las respectivas regiones no pueden ser desligadas de las atribuciones y funciones de la Autoridad Sanitaria, generando una división jurídico-administrativa entre los roles técnicos y político-gubernamentales. Sino más bien, se plantea una figura intermedia de coordinación de las acciones relacionadas con las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, junto con potenciar el perfil técnico especializado de las jefaturas técnicas.

Como factor de discusión y elemento crítico para el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, las opiniones junto con los aportes en el sub factor “Generación y dependencia de la Autoridad Sanitaria”, se constituye en un desafío para las autoridades ministeriales. Se debe profundizar el tratamiento de estas temáticas en el ejercicio de las atribuciones en los niveles central y regional, para poder armonizar las necesarias funciones técnicas y políticas-gubernamentales relacionadas. Hay dos propuestas opuestas, por lo que sería recomendable realizar estudios comparados de esta situación en el concierto internacional, formalizar un proceso de diálogo entre los actores involucrados para encontrar un consenso orientado al fortalecimiento del sector salud, a la mejora continua de las capacidades técnicas y la gestión política junto a los programas de gobierno dedicados a la salud pública.

c) Velar - Supervigilar

Síntesis de resultados:

En esta sub categoría se agregan todas las opiniones y propuestas relacionadas con las complejidades en el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria respecto de la definición jurídica de los conceptos “Velar” y “Supervigilar” de la Ley 19.937. Estas complejidades plantean una situación jerárquica de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como regional, que no está claramente indicada en la ley desde la definición de los conceptos “velar” y del “supervigilar”. En lo operativo, las complejidades afectan en las interacciones entre el Ministerio y los organismos autónomos, entre las dos subsecretarías (salud pública y redes asistenciales), y entre la autoridad sanitaria regional y la red asistencial.

Cita 7:

“Precisar la ley a través de artículos transitorios que permitan aclarar conceptos como, por ejemplo; velar y modificar este por supervisión y fiscalización”.

(Matriz p17)

Como se indica en la cita anterior, se requieren mayores precisiones de la ley de autoridad Sanitaria, en lo que respecta a las funciones “velar” y “supervigilar”, permitiendo identificar un ordenamiento jerárquico superior de la Autoridad Sanitaria en el sector salud, y clarificar el rol supervisor. Esta claridad es requerida tanto en el nivel Central como desde las Regiones, para poder ejercer claramente las atribuciones de la Autoridad Sanitaria sobre las acciones asistenciales desarrolladas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud y el nivel primario de atención.

Cita 8:

“Fortalecer rol normativo de la Subsecretaría de Salud Pública a través de una definición concreta de los términos de ‘vigilancia’ y ‘supervigilancia’.”

(Matriz P18)

En el caso de las jefaturas DIPOL, se plantea la misma necesidad planteada por la organización de trabajadores y trabajadoras, pero centrando el punto en rol normativo de la Autoridad Sanitaria a través de la Subsecretaría de Salud Pública. Para fortalecer este rol normativo, se requieren de las modificaciones legales pertinentes que logren aclarar jurídicamente y funcionalmente los conceptos de “vigilancia” y “supervigilancia”.

Cita 9:

“Adoptar el concepto de Velar que tiene la Contraloría Nacional o de lo contrario cambiar el verbo, para que la AS pueda ejercer libremente la supervigilancia de los Servicios de Salud y Departamento de Salud Municipal en materias de planes y programas que contribuyen al cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década.”

(Matriz P11)

El Equipo de la SEREMI de la Araucanía, propone en su matriz una solución intermedia para resolver la funcionalidad de los términos “velar” y “supervigilar”. Esta propuesta corresponde estudiarla en virtud de la funcionalidad adoptada por la Contraloría General de la República. Pero en este caso, se plantea tener potestades sobre la red asistencial, incluida la atención primaria de salud, que casi en su totalidad se encuentra bajo la administración de los municipios del país.

Comprender el concepto de “supervigilar” desde esta perspectiva, implica que la Autoridad Sanitaria tendría una superioridad jerárquica por sobre todos los prestadores de salud públicos, pero centrando la acción de la Autoridad Sanitaria en el cumplimiento de los planes y programas de salud que contribuyan al cumplimiento de los Objetivos Sanitarios. Si se plantea este alcance para las potestades de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como a nivel regional, se debe considerar que las redes de atención en salud cuentan con un sistema de metas asistenciales, enmarcadas en la estrategia nacional de salud, por lo que se debiese ejercer un rol supervisor (fiscalizador, contralor, auditor) por sobre esos indicadores ya existentes.

d) Requisitos SEREMI / Administrador Sanitario

Síntesis de los resultados.

En esta subcategoría, es posible observar posturas diferenciadas frente al ejercicio técnico de la autoridad sanitaria en regiones. Se debate sobre las funciones políticas y técnicas del actual Secretario/a Regional Ministerial de Salud, especialmente la capacidad de gestión en los ámbitos netamente técnicos. Y a su vez, se propone la opción de generar un cargo de jefatura técnica de la Autoridad Sanitaria, que tenga independencia del rol político gubernamental del Secretario/a Regional Ministerial de Salud, pero con un alto componente técnico. Parte de la discusión también se centra en la propuesta de creación de un nuevo cargo en la Autoridad Sanitaria Regional, un “Administrador Sanitario”, planteamiento que igualmente divide las opiniones de los actores participantes de este trabajo, porque hay posturas a favor y en contra.

Las posturas que pueden ser interpretadas como opuestas, revelan una profunda discusión sobre las competencias técnicas respecto del rol de autoridad política regional y el rol técnico en el ejercicio de la Autoridad Sanitaria. Al mismo tiempo, se devela una crítica respecto de los requisitos mínimos para ser designado como Secretario/a Regional Ministerial de Salud.

Cita 10:

“Hoy los seremi tienen una doble responsabilidad en lo técnico administrativo y lo sanitario, además que la sola obtención de títulos no implica necesariamente el uso de habilidades y competencias para la gestión sanitario ambiental, por lo que se requiere de la figura de un administrador sanitario, lo cual no obsta a aumentar las exigencias técnicas de los/las SEREMIS, exigiéndoles mejores requisitos de formación en Salud Pública o Epidemiología.”

Instalación de un funcionario de responsabilidad definida por la Alta Dirección Pública (Administrador Sanitario), dependiente del SEREMI, que asuma las responsabilidades técnicas, en particular en el ámbito de protección de la salud de las personas, manteniendo el Seremi la responsabilidad de Autoridad Sanitaria Regional.

Aumentar las exigencias técnicas de los/las SEREMIS, exigiéndoles mejores requisitos de formación en Salud Pública o Epidemiología y en Administración.”

(Matriz P10).

Para el equipo de la SEREMI de Bio Bio, el Secretario o Secretaria Regional Ministerial de Salud cumplen con dos funciones centrales. La primera relacionada con la gestión política-gubernamental, donde deben desarrollar acciones de Gabinete Regional del Intendente o Intendenta correspondiente, junto con la supervisión del programa de gobierno en el sector salud. Como segunda función tiene relación con los aspectos técnicos de la Autoridad Sanitaria. Ante esta dualidad de funciones, se puede interpretar que las personas nombradas para ejercer el cargo de Secretario o Secretaria Regional Ministerial, no responde a competencias técnicas requeridas para ejercer las atribuciones de la Autoridad Sanitaria en regiones; más bien, se nombran a estas autoridades en virtud de las funciones políticas gubernamentales que deben desarrollar en el ámbito regional.

La propuesta de crear una figura de Administrador Sanitario, que requeriría de modificaciones legales a la ley 19.937, forma parte de una discusión con posturas encontradas. En este caso, el equipo de la SEREMI de Bio Bio, encuentra apropiada la creación de este cargo, que debería cumplir funciones específicas relacionadas con la protección de la salud de las personas, las cuales se pueden identificar con algunas de las Funciones Esenciales de Salud Pública (las n°: 1, 2, 5, 6). A su vez, el equipo de la SEREMI, indica que el Secretario o Secretaria Regional Ministerial de Salud debe contar con atribuciones que le permitan ejercer la Autoridad Sanitaria en la región respectiva, lo cual se puede interpretar como un jefe jerárquico regional que tiene bajo su responsabilidad el ejercicio de todas las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Cita 11:

“Referente al “Administrador Sanitario”, en nuestra opinión no se justifica la creación de este cargo sólo como responsable técnico de los sumarios sanitarios. Se propone implementar un cargo de gestión, dependiente directamente del SEREMI. El que podría tener un rol coordinador y apoyo en la solución de conflictos sanitarios técnicos con componente político (Intervenciones de Formalización, Inspección, prevención, etc.). Además, habiendo reforzado las exigencias de competencias técnicas a los SEREMI, no se justificaría la creación de la figura de Administrador Sanitario.”

(Matriz P5)

En el caso de la cita 11, que corresponde al equipo de la SEREMI de Coquimbo, plantea una postura en contra de la creación del “Administrador Sanitario”. El argumento presentado se centra principalmente porque centraría sus funciones en el desarrollo de acciones sanitarias, las cuales son solamente una parte de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria. Ante esto, se propone la creación de un cargo bajo la dependencia directa del Secretario o Secretaria Regional Ministerial de Salud, que permita mediar en las diferencias de criterio y acción entre la función política gubernamental y la función técnica sanitaria.

Sin embargo a lo anterior, el mismo equipo plantea otra alternativa de fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, la cual tiene relación con el aumento de las competencias y requisitos técnicos para que una persona pueda ser secretario o Secretaria Regional Ministerial de Salud. Nuevamente se presenta esta postura de aumento de las exigencias técnicas de la Autoridad Sanitaria, lo cual tendría un beneficio directo en el ejercicio de las atribuciones y el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública, donde los criterios técnicos se superponen por sobre los criterios políticos.

Cita 12

“Requisitos para Seremi de Salud (Autoridad política).”

- *Formación de post-grado en salud pública, previa a asumir el cargo.*
- *Residencia y desempeño laboral efectivo en la región, por al menos 2 años.”*

(Matriz P4)

Para la cita 12, centraremos la interpretación de las opiniones y propuestas relacionadas con el aumento de requisitos técnicos para que una persona pueda asumir el cargo de Secretario o Secretaria Regional Ministerial de Salud. Desde los equipos de las SEREMI, se considera que los requisitos contemplados en la Ley de Autoridad Sanitaria no son suficientes para que una persona asuma con propiedad el cargo, esto porque aquellos requisitos son insuficientes para la variedad de temas, realidades y complejidades en el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria. Estos requisitos mínimos permiten que personas con débiles competencias técnicas sanitarias, asuman la jefatura regional de la Autoridad Sanitaria. De esta forma, el currículum político se sobrepone como criterio de inclusión por sobre el criterio técnico, lo cual perjudica el ejercicio de las atribuciones y el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en la región.

Cita 13

“En relación a la propuesta que se refiere a aumentar las exigencias técnicas de los/las SEREMIS, exigiéndoles mejores requisitos de formación en Salud Pública o Epidemiología y en Administración, cabe señalar que fue objeto de diferentes posturas entre los diferentes funcionarios.”

(Matriz P6)

La cita 13 nos permite visualizar que el tema de los requisitos técnicos para ser designado Secretario o Secretaria Regional Ministerial, tiene consigo un profundo debate entre los equipos de trabajo en las SEREMI. En este caso, el equipo de la SEREMI de Valparaíso plantea que hay divergencias con las exigencias, pero también con la propuesta del Administrador Sanitario.

Se puede entender que este es un tema que debe ser abordado desde la Autoridad Central, considerando las opiniones de todos los actores, para poder evaluar acciones a seguir respecto de este tema, que pudieran ser acciones administrativas, como también propuestas de modificación en la Ley 19.937.

Cita 14

“No se considera una solución viable una figura intermedia como el “Administrador Sanitario” ya que complicaría aún más las relaciones políticas y técnicas entre el Seremi de Salud (Autoridad Sanitaria), el Administrador Sanitario, Gobierno Regional (Intendente) y Subsecretaría de Salud Pública.”

(Matriz P12)

Es necesario explicitar la postura que se opone a la figura del Administrador Sanitario, porque generaría distorsiones en la gestión de la Autoridad Sanitaria, tanto en el nivel central como en los niveles regionales. En este caso, principalmente se plantea que el Administrador Sanitario generaría problemas en la gestión técnica y política, especialmente en la relación con el Gobierno Regional, dirigido hasta la actualidad por el Intendente Regional de confianza directa de la Presidencia. Esta situación deberá ser considerada cuando entre en rigor el proyecto de ley de Gobiernos Regionales, donde se crea el cargo de Gobernador Regional, el cual será elegido por elección directa. En este sentido, el rol político-gubernamental de la Autoridad Sanitaria quedará condicionado por la vinculación política del SEREMI frente al nuevo Gobernador Regional.

e) SEREMI Tipo

Síntesis de los resultados.

La presente subcategoría agrega las opiniones y propuestas relacionadas con la posibilidad de establecer estándares para la estructura orgánica, administrativa y financiera de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud; esto para considerar las diversas realidades presentes en las regiones, pero generar una equidad en términos basales entre las SEREMI del país.

Cita 15

“Es necesario contar con una estructura básica de funcionamiento por SEREMI, con perfiles de cargos técnicos, similares en cada Región.”

(Matriz P1)

En el caso de la cita 15, que corresponde al equipo de la SEREMI de Arica y Parinacota, se plantea como necesidad el contar con una estructura funcional base de todas las Secretarías Regionales Ministeriales, centrando la atención en los perfiles técnicos estándares. En este caso, la idea planteada en la cita puede ser interpretada como la necesidad de estandarizar el funcionamiento de las SEREMI y el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, a través de un estándar para los perfiles técnicos. Al dejar el concepto “perfil técnico” sin especificaciones, se puede asumir que se refiere a los técnicos y profesionales que se desempeñan en las áreas de Salud Pública y Acción Sanitaria.

Cita 16

“Debe existir una SEREMI tipo en estructura y funciones para todas las regiones.”

(Matriz P2)

El equipo de la SEREMI de Tarapacá presenta sus observaciones en relación a la necesidad de implementar una orgánica base común para todas las Seremi del país, equiparando estructuras y funciones elementales. En este punto cabe mencionar algunos conceptos relevantes para comprender las propuestas de la SEREMI Tipo. La realidad en la gestión de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria es diferenciada según las características de cada región. Dentro de estas características podemos mencionar aspectos como la estructura demográfica, la densidad poblacional, la extensión del territorio, regiones con complejos y pasos fronterizos, características ambientales, realidades epidemiológicas. Estos junto a otras características condicionan la capacidad de gestión de los equipos regionales de las SEREMI. Son estas razones por la que no es posible plantear una caracterización que plantee la existencia de SEREMIS “grandes”, “medianas” y “chicas”, como plantear también una clasificación como SEREMI de con “alta complejidad”, “mediana complejidad” y “baja complejidad”.

Es por ello, que considerando un elemento de equidad, es necesario plantear elementos mínimos o fundamentales con los que toda SEREMI (considerando todas las características propias de cada región del país) deba contar para un funcionamiento estructural o basal de la Autoridad Sanitaria en regiones.

Cita 17

“Se insiste en la necesidad de reiterar en la seremi tipo lo que permitirá estandarizar su estructura y funciones en beneficio de los funcionarios lo que permitirá eliminar las inequidades existentes.”

(Matriz P17)

Como se presenta en la cita 17 es necesaria una estructura base de funcionamiento de las SEREMI de Salud, lo que debe expresarse en una estructura orgánica equitativa. En la actualidad, las estructuras organizativas de las SEREMI no se guían por un estándar específico, lo cual queda evidenciado al revisar los organigramas publicados en todas las páginas web de las Secretarías Regionales Ministeriales. Esta propuesta de “SEREMI Tipo”, apunta a generar condiciones de equidad entre las SEREMI; es por ello que se presenta como iniciativa el estandarizar la estructura y las funciones, lo cual debería tener un correlato con la dotación de personal junto con la capacidad de cobertura territorial.

f) Separación Rol Político y Técnico de la Autoridad Sanitaria

Síntesis de los resultados.

Para la presente subcategoría, se presentan las opiniones respecto de la relación entre los roles político-gubernamentales del Secretario o Secretaria Regional Ministerial y los roles técnicos propios de la Autoridad Sanitaria. Esta relación se presenta como una dificultad para el ejercicio de las atribuciones; desde los equipos regionales se puede interpretar la demanda de generar acciones para diferenciar los roles políticos y técnicos de la Autoridad Sanitaria Regional, esto en el contexto propio de los gobiernos regionales que genera una agenda de trabajo, la cual en algunas ocasiones se superpone al ejercicio de las atribuciones técnicas. Se debe considerar la eventual elección directa de los Gobernadores Regionales dentro del contexto gubernamental regional y su vinculación con el ejercicio de la Autoridad Sanitaria; este nuevo cargo (que se encuentra en discusión parlamentaria) reemplazará al actual representante del ejecutivo en regiones.

Es necesario plantear una reflexión más profunda respecto de esta relación compleja que se presenta en regiones, donde se contraponen criterios políticos con criterios técnicos en el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria. Las complejidades son evaluadas como perjudiciales para el fortalecimiento del sector salud por parte de varios de los actores considerados en el presente trabajo; es por ello que se tiene una alta valoración de las decisiones que cuentan con un alto componente técnico. Desde las autoridades ministeriales, especialmente la Subsecretaría de Salud Pública, se debe desarrollar un trabajo con los y las secretarios regionales ministeriales junto a las jefaturas técnicas de las SEREMI para establecer criterios de acción y protocolos que puedan reducir esta constante tensión en las regiones.

Cita 18

“Dividir los roles técnicos con la formación de direcciones, por ejemplo Dirección de Acción Sanitaria, Dirección de COMPIN, Dirección de Salud Pública y dejar a la SEREMI con su rol político, eso daría autonomía al accionar y desarrollo técnico de cada Dirección.”

La SEREMI tendría un rol de desarrollar el Plan Regional de Gobierno, coordinando las distintas Direcciones y no tendría que estar resolviendo todas las temáticas técnicas.”

(Matriz P1)

El trabajo de la autoridad junto a las SEREMI para reducir las tensiones entre los roles políticos y técnicos, puede considerar lo planteado por el equipo de la Región de Arica y Parinacota, presentada en la cita anterior. Esta iniciativa, de carácter administrativo, se orienta hacia la gestión de la Autoridad Sanitaria desde jefaturas de alto nivel (se aprecia como buena práctica la realización de concursos de alta dirección pública para estos cargos) que ejerzan jefaturas diferenciadas, como la gestión en “acción sanitaria”, jefatura por sobre los organismos autónomos en regiones, y la gestión política-gubernamental.

Cita 19

“¿Cuál sería la diferencia que habría entre este funcionario de responsabilidad definida por la Alta Dirección Pública y el Jefe de Gabinete del SEREMI, que en la práctica hace lo mismo?”

La propuesta de solución es que La Autoridad Sanitaria Regional en su rol de garante del Código Sanitario debe ser independiente de lo político y el político no debe ni puede utilizar su cargo y la institución para fines políticos propios o del gobierno de turno,

¿Por qué? Porque la institución y su actividad no pueden ser objeto de ‘marketing, promoción o propaganda política de un candidato’.

(Matriz P4)

El equipo de la Región de Atacama, plantea en la cita 19 que la división de las funciones políticas y técnicas no se resuelve con la definición de funcionarios por alta dirección pública, ya que sería un símil del “Jefatura de Gabinete” del Secretario o Secretaria Regional Ministerial de Salud; tal sería el caso del “Administrador Sanitario”. Es por ello que se propone que el ejercicio de la Autoridad Sanitaria debe centrarse en las funciones, competencias y atribuciones legales, lo cual debe contar con un principio de independencia de las acciones políticas existentes en la gestión gubernamental. En esta cita se expresa claramente una opinión por parte de los funcionarios y funcionarias, que el poder político y técnico de la Autoridad Sanitaria no puede estar a disposición de las acciones políticas partidistas del gobierno de turno, esto porque la Autoridad Sanitaria tiene una vocación de Salud Pública, donde el bienestar de la población a partir de las atribuciones y el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

g) Doble Jefatura

Síntesis de los resultados.

La subcategoría permite comprender las opiniones que surgieron respecto de la superioridad jerárquica de los y las Secretarios/as regionales ministeriales de salud, donde se puede evidenciar claramente que se considera como superior tanto al Subsecretario de Salud Pública, como también al intendente/a regional. Esta situación también se entremezcla con las discusiones de las subcategorías anteriores relacionadas con el rol político y técnico que desempeñan las autoridades regionales sanitarias, el rol político y técnico que deben equilibrar, el formar parte del gabinete regional del Intendente y a la vez depender de la Subsecretaría de Salud Pública. La perspectiva de la “doble jefatura” está presente tanto:

Cita 20

“Existen ciertas dificultades a nivel regional ya que Intendentes o Gobernadores, autorizan fiestas costumbristas, que debe fiscalizar y autorizar la Autoridad Sanitaria.”

(Matriz P16)

Uno de los aportes de la FEDASAP es un claro ejemplo de las tensiones que se presentan a nivel regional cuando el Secretario o Secretaria Regional Ministerial debe ejercer los roles de Autoridad Sanitaria, que pueden estar en contra de los objetivos del gobierno regional. El ejemplo presentado en la cita plantea una actividad autorizada y mandatada por el Intendente Regional, debe contar con las correspondientes autorizaciones sanitarias para su funcionamiento, lo que podría generar una flexibilidad en la aplicación de las normativas por parte de la Autoridad Sanitaria Regional. Este tipo de situaciones son las que debilitan el ejercicio de las atribuciones y competencia, que poco a poco van instalando dificultades para el buen desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

Cita 21

“Dificultades en la definición de jefaturas respecto de la relación del SEREMI de Salud con los gobiernos regionales y el nivel central del MINSAL.

La elección del SEREMI debe desligarse de la influencia del Intendente respectivo, debe ser definido desde la Subsecretaría, a pesar de posibles conflictos dentro del gobierno regional.”

(Matriz P13)

La “doble jefatura” implica complejidades en las definiciones y decisiones de la Autoridad Sanitaria, donde se deben considerar las indicaciones del nivel central del Ministerio de Salud y a su vez a las indicaciones del Intendente Regional. Esta complejidad se suma a las de subcategorías anteriormente revisadas, como lo es el rol político y técnico, las propuestas de “administrador sanitario” o el aumento de exigencias para la designación como Secretario o Secretaria Ministerial de Salud. En la Cita 21 se plantea que se debe desligar la influencia del Gobierno Regional, personalizada específicamente en la figura del intendente Regional.

Cita 22

“Doble jefatura de SEREMI de Salud: Gobierno Regional y Subsecretaría de Salud Pública.

Esta situación es propia del ejercicio político y técnico del Seremi de Salud. Las problemáticas derivadas de la dependencia se pueden reducir al generar las modificaciones necesarias que permitan una jerarquía de la Autoridad Sanitaria por sobre las jefaturas regionales de ámbito salud, estableciendo una relación de subordinación directa con la Subsecretaría de Salud Pública. Este empoderamiento de la Autoridad Sanitaria a su vez implica acciones para el desarrollo de un trabajo intersectorial en las temáticas de salud, donde los Gobiernos Regionales son un actor del intersector y no un mandante que exija acciones a la Seremi de Salud.”

(Matriz P12)

Las complejidades de la “doble jefatura” son propias en el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria Regional en la actualidad. La cita 22 instala como propuesta el empoderar al Secretario o Secretaria Regional Ministerial por sobre las otras autoridades o jefaturas del sector salud, y considerando como jefe superior directo en la Subsecretaría de Salud Pública. Sin embargo, esto

deja fuera del Gabinete Regional a la SEREMI de Salud, lo cual se suma a la inminente elección directa de los Gobernadores Regionales. Es por esto que se debe generar propuestas de modificación de estas complejidades tanto en aspectos administrativos como en modificaciones legales.

RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE LA GENERACIÓN O DEPENDENCIA

En la Tabla N°4 se presenta de manera sintética el conjunto de propuestas recogidas para las subcategorías de la categoría: Situaciones derivadas de la generación o dependencia. En resumen, puede mencionarse que se visualiza la necesidad con que la Autoridad Sanitaria sea quien lidere regionalmente el quehacer en salud, tanto público como privado, supervigilando por el cumplimiento de las metas sanitarias y los programas de salud. Para esto se requiere mayor grado de competencias técnicas en la figura del SEREMI, como también autonomía en sus áreas ejecutoras, entendidas como las áreas de Salud Pública y Acción Sanitaria. Es urgente fortalecer a través de modificaciones legales la terminología de velar y supervigilar; lo referido a la independencia política del SEREMI respecto del Intendente Regional, como también una orgánica funcional que permita reconocer las distintas realidades regionales, las áreas temáticas requeridas según perfil epidemiológico y las dotaciones correspondientes.

Tabla N° 4: Propuestas para la Categoría: Situaciones derivadas de la generación o dependencia

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA
a) Liderazgo de la Autoridad Sanitaria Regional en el sector salud.	Se plantea el liderazgo de la ASR por sobre las otras instituciones de salud.	Dirección y coordinación del Consejo Regional de Salud.
b) Generación y dependencia de la Autoridad Sanitaria.	Se refiere a aspectos del origen jurídico de la autoridad y su dependencia en el contexto regional.	Separar los roles técnicos y políticos, y empoderar a las jefaturas técnicas, a través de creación de Direcciones de Salud Pública y de Acción Sanitaria.
c) Velar - Supervigilar.	En relación a opiniones y propuestas para superar las dificultades de definición jurídica y operativa en la Ley 19.937.	Describir con claridad conceptos de velar y supervigilar a través de modificación de Ley 19.937. Esto debe permitir además clarificar el rol sobre la red asistencial y organismos autónomos.
d) Requisitos SEREMI / Administrador Sanitario	Opiniones y propuestas relacionadas con las condicionantes normativas para asumir el cargo de SEREMI, junto con los requisitos para un hipotético cargo de Administrador Sanitario.	Aumento de requisitos técnicos para cargo de SEREMI: estudios de postgrado en salud pública/administración sanitaria. Existen opiniones diferenciadas. No existe consenso en creación de la figura de Administrador Sanitario.
e) SEREMI Tipo	Propuestas con las correspondientes características para estandarizar elementos fundamentales de las SEREMI de salud.	Contar con modelo de estructura funcional de acuerdo a macro regiones, que defina, áreas o dependencias, funciones, dotación ideal.

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA
f) Separación Rol Político y Técnico de la Autoridad Sanitaria.	Respecto de opiniones, críticas y propuestas para abordar las complejidades presentes en la implementación de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria tanto en el rol político y técnico.	Existen opiniones diferenciadas entre SEREMI y sus equipos regionales. Debe abordarse de manera particular su análisis pues involucra modificación de ley de Gobiernos Regionales y de Autoridad Sanitaria.
g) Doble jefatura	Relacionada con las opiniones donde se plantea la problemática en la ASR donde el o la SEREMI debe obedecer instrucciones tanto de la Subsecretaría de Salud Pública como de la Intendencia Regional.	Subordinación del SEREMI solo a la Subsecretaría de Salud Pública, por su alto expertiz técnico no debe influir el intendente en su elección.

II. SITUACIONES DERIVADAS DE LAS ATRIBUCIONES Y SU EJERCICIO

Al considerar los aportes relacionados con el ejercicio de las atribuciones de la autoridad sanitaria, podemos observar claramente las problemáticas de coordinación y cooperación entre la provisión de servicios de salud y las SEREMI. Este problema debilita el ejercicio de la autoridad sanitaria, generando superposición de acciones, descoordinación y trabajo desvinculado. También en esta categoría de análisis, se abordan aspectos de la capacidad técnica de la Autoridad Sanitaria, la cual debe ser fortalecida en virtud de las necesidades de los territorios, pero que también deben contar con un apoyo del nivel central.

Tabla N° 5: Categoría: Situaciones derivadas de las atribuciones y su ejercicio

NOMBRE CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE LAS ATRIBUCIONES Y SU EJERCICIO.		
Nombre sub categoría.	Descripción.	Número de citas relacionadas.
Atribuciones y su ejercicio	En esta categoría se presentan las observaciones y propuestas relacionadas con el ejercicio de las atribuciones de la autoridad sanitaria, en virtud de las normativas y el trabajo operativo de las SEREMI.	58
Mejoras de la capacidad técnica de la Autoridad Sanitaria.	Opiniones y situaciones donde se plantea mejorar el ejercicio de la Autoridad Sanitaria, en específico con las labores operativas de las SEREMI.	57
TOTAL CITAS		115

h) Atribuciones y su ejercicio

Síntesis de los resultados.

En el ámbito de esta subcategoría, se plantean los aportes relacionados con situaciones donde los roles entre la autoridad sanitaria y redes asistenciales tienden a superponerse o no articularse, lo que implica una complejidad en el cumplimiento de programas.

Cita 23

“Superposición de funciones y límites poco claros entre áreas técnicas programáticas de Servicios de Salud y Seremis de Salud.

El rol fiscalizador de la Autoridad debe ejercerse en forma independiente del rol del gestor de redes lo que no se facilita porque se indica desde los niveles técnicos centrales las supervisiones conjuntas para cautelar el cumplimiento de programas. Establecer claramente funciones rectoras y reguladoras de la Autoridad Sanitaria.”

(Matriz P2)

Como se indica en la cita correspondiente al equipo de la SEREMI de Tarapacá, el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria se encuentra dificultado en situaciones como la superposición de funciones técnicas con los servicios de salud. Esta ambigüedad se genera al no existir una claridad en las diferencias entre las funciones rectoras y reguladoras, por lo que se deben generar las normativas administrativas para realizar esta diferenciación en forma clara.

Cita 24

“Inconvenientes de la inexistencia de la subordinación de redes y servicios de salud a un lineamiento único central y adecuado a cada región”

(Matriz P4)

Las redes Asistenciales, a través de los Servicios de Salud, gozan de una autonomía que permite la toma de decisiones técnicas, administrativas y financieras, con consideraciones de lineamientos del nivel central o de las características propias de la región. Es por esto que se deben buscar las medidas para poder involucrar a las redes asistenciales en las programaciones sanitarias que llevan a cabo las SEREMI del país, donde se deben considerar las distintas determinantes de la salud en cada territorio.

Cita 25

“Desarticulación de la Red con la Autoridad Sanitaria.

En Subsecretaría y SEREMI, Los encargados de cada programa tanto a nivel nacional como regional trabajan desalineados con el servicio de salud y el intersector.”

(Matriz P4)

Como dificultad constante en el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, se considera la desarticulación programática con la Red Asistencial. De esta forma se generan situaciones donde desde la Autoridad Sanitaria (tanto a nivel central como regional) se desconoce la existencia o el funcionario de contraparte en un programa específico. Es por esta razón que no se puede generar un trabajo coordinado entre redes y autoridad sanitaria para la implementación de programas.

Cita 26

“Necesidad de incluir, sin ambigüedades, la atribución de la SEREMI de Salud para fiscalizar el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios definidos nacionalmente y de los acordados regionalmente, por parte de los Servicios de Salud y los Establecimientos de Atención Primaria, incluyendo, idealmente, incentivos por cumplimiento efectivo de ellos.

Es importante aclarar que la ASR no fiscaliza el cumplimiento de los “Objetivos Sanitarios”, pero si valida y determina el cumplimiento de la Metas Sanitarias definidas por los Entidades Administradoras de Salud (Municipios) Ley 19.813, y la Ley 18.834 que corresponde a los Servicios de Salud y Hospitales de cada región.

Desde el punto de vista de roles y atribuciones con que nos faculta la Ley 19.937, tal cual está definida, otorga a la ASR plenitud de derechos a la verificación y supervisión (velar) del cumplimiento de políticas, planes y programas de carácter nacional.”

(Matriz P5)

En esta cita, se presenta una relevante complejidad en las regiones, que afectan el desempeño de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria. Las SEREMI cuentan con las atribuciones para validar el cumplimiento de las metas sanitarias asignadas a cada región, sin embargo no cuenta con las atribuciones para realizar una fiscalización y/o seguimiento del cumplimiento de estas metas en los servicios de salud. Esta situación complejiza las relaciones entre autoridad sanitaria y redes asistenciales, porque existe un bono de gestión relacionado con la validación de las metas sanitarias, pero que no puede ser fiscalizado o monitoreado durante el transcurso del año. Por esta razón es que la cita propone que se realicen las modificaciones jurídicas o administrativas para asignar a las SEREMI la atribución de fiscalizar el cumplimiento de las metas sanitarias, permitiendo generar procesos de seguimiento, contingencia y validación.

Cita 27

“En cuanto al diagnóstico epidemiológico, existe consenso en la necesidad de disponer de un diagnóstico actualizado, ya que los programas nacionales se implementan, pero sin una mirada regional, macro, territorial como carta de navegación que permita dar respuesta a la realidad con una mirada y gestión territorial, siendo necesario fortalecer la estructura de la Seremi de Salud a través de un aumento de la dotación de personal.

Se propone fortalecer y desarrollar la capacidad de la Seremi de Salud de realizar estudios de tipo sanitario-ambientales de manera de tener un rol proactivo en el cumplimiento de las funciones sanitarias.”

(Matriz P6)

Las SEREMI cuentan con las atribuciones para generar planificaciones sanitarias en las regiones, proceso en el cual se debe contar con la mayor cantidad de información relevante. La propuesta de fortalecer la capacidad de producción de evidencia sanitaria regional por parte de las SEREMI, tiene relación directa con el ejercicio pertinente de sus atribuciones. Pero el desarrollo de estudios y análisis se encuentra limitado debido a que no se cuenta con las competencias profesionales específicas para este tipo de acciones. Es por ello que la propuesta se plantea en forma integral, como fortalecer la capacidad de la SEREMI para generar información validada, por lo que se puede considerar necesario tanto instancias de capacitación, como de ingreso de nuevos funcionarios con las competencias técnicas adecuadas, entre otros.

i) Mejoras de la capacidad técnica de la Autoridad Sanitaria

Síntesis de los resultados.

La presente subcategoría presenta los aportes relacionado con la proyección del ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria a partir de una mejora en las capacidades técnicas, tanto de sus equipos de trabajo como recursos y normativas. Las opiniones y observaciones presentadas forman parte de la evaluación operativa de las acciones de la Autoridad Sanitaria, donde las competencias técnicas para el abordaje de las diversas situaciones de salud poblacional que se debe ser atendidas por la Autoridad Sanitaria, junto con la producción de información estratégica se constituyen en elementos centrales.

Cita 28

“Falta de un laboratorio que tenga capacidad resolutive en exámenes de elementos que afectan la región, como es el arsénico en agua de consumo, lo que nos daría mayor independencia y capacidad de vigilancia.”

(Matriz P2)

Para el caso de la cita anterior, el aporte del equipo de la SEREMI de Tarapacá considera una capacidad técnica relacionada con la implementación de laboratorios de salud pública que atiendan a la necesidad de análisis y diagnóstico de cada una de las regiones del país, para poder fortalecer estas competencias en las propias SEREMI, entregando así respuestas rápidas y con pertinencia a las necesidades de los territorios y sus características sanitarias.

Cita 29

“Fundamental reforzar y validar el rol fiscalizador universal de la Autoridad Sanitaria frente a emergencias sanitarias, epidemias y desastres para proteger la salud de la población. Esto incluye la atribución de actuar por sobre otras instancias como: FF AA, Mutuales, prestadores privados, Dirección del Trabajo.”

(Matriz P14)

Para el caso de la cita 29, la opinión se centra en el reforzamiento de atribuciones, y funciones de la Autoridad Sanitaria para dar respuesta a contingencias sanitarias que se presenten de improviso. Claramente se deben establecer los ordenamientos jerárquicos y procedimientos coordinados, con los distintos servicios públicos que también responden ante contingencias como emergencias sanitarias, desastres socio-naturales, epidemias, entre otros. La relación de autoridad se debe establecer por ejemplo con las fuerzas Armadas y de Orden, la red pública de salud, los prestadores privados de salud, las mutuales de seguridad. Esta propuesta requiere de modificaciones tanto jurídicas como administrativas, pero también de una gestión eficaz desde las SEREMI para poder ejercer de forma óptima posibles atribuciones que brinden de autoridad a las SEREMI en caso como los indicados anteriormente.

Cita 30

“Diagnóstico epidemiológico regional actualizado y vigilancia del impacto de estrategias y acciones implementadas.”

(Matriz P15)

En este caso, existen dificultades para contar con información actualizada de diagnósticos regionales de salud o diagnósticos epidemiológicos de la región, lo cual se debe a lo escaso de profesionales destinados a las áreas de planificación sanitaria y el seguimiento de las metas sanitarias. Este tipo de información es fundamental para comprender la realidad sanitaria de los territorios, como sería el aumento de la cobertura territorial a través de la creación de oficinas provinciales, o el desarrollo de acciones de promoción y prevención enmarcadas en procesos de participación ciudadana, así como también, comprender la epidemiología de enfermedades que afectan a la población para poder establecer las mejores medidas de intervención, etc.

Cita 31

“Que se considere en la estructura de la seremi una Unidad de Calidad para avanzar en las tareas en los diferentes procesos y no solo a los comprometidos con la ISO 9001”.

(Matriz P4)

Un elemento importante a considerar como fortalecimiento de los aspectos técnicos de la Autoridad Sanitaria, tiene relación con los procesos de certificación de calidad. Estas certificaciones generan protocolos de procesos, gestiones y acciones, las cuales brindan una gestión de calidad para las demandas de la ciudadanía. En la actualidad hay certificados procesos en las áreas de alimentos y zoonosis, por lo que existe todavía una gran variedad de acciones de la autoridad sanitaria que pueden ser certificadas. Lo importante de este proceso, es que sea acompañado por un fuerte apoyo institucional en cuanto a todo tipo de recursos requeridos para la certificación; porque el propio proceso de certificación deja en evidencia debilidades estructurales y funcionales, inequidades de recursos y competencias entre las SEREMI del país, deficiencias en las competencias técnicas de los funcionarios, entre otras. Por ello, para poder cumplir con todas las indicaciones y recomendaciones del organismo certificador, el Ministerio de Salud y la Subsecretaría de Salud Pública debe comprometer la entrega de todo tipo de apoyos, para que la estandarización de procesos y la certificación no sea una nueva carga laboral para los equipos en regiones.

Resumen de propuestas para categoría: Situaciones derivadas de las atribuciones y su ejercicio

Tabla N° 6: Propuestas para la Categoría: Situaciones derivadas de las atribuciones y su ejercicio.

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTAS
Atribuciones y su ejercicio	En esta categoría se presentan las observaciones y propuestas relacionadas con el ejercicio de las atribuciones de la autoridad sanitaria, en virtud de las normativas y el trabajo operativo de las SEREMI.	Explicitar rol rector y supervisor de la autoridad sanitaria sobre la red asistencial, en materias de Objetivos Sanitarias, Metas Sanitarias y cumplimiento de programas.
Mejoras de la capacidad técnica de la Autoridad Sanitaria.	Opiniones y situaciones donde se plantea mejorar el ejercicio de la Autoridad Sanitaria, en específico con las labores operativas de las SEREMI.	Laboratorios de altos estándares tecnológicos y capacidad resolutive, acreditados bajo norma de calidad. Contar con equipos de epidemiología y salud pública en SEREMI capaces de mantener actualizados los perfiles y diagnósticos regionales. Fortalecer equipos regionales de respuesta ante emergencias / contingencias sanitarias. Crear unidades de calidad en las SEREMI.

III. ATRIBUCIONES FALTANTES O QUE PODRÍAN SER EXCLUIDAS

En esta categoría se presentan las opiniones y aportes relacionados con las atribuciones que se consideran relevantes para gestión sanitaria, pero que en la actual normativa son responsabilidad de otros organismos o instancias de decisión en el sector salud. En este aspecto, se abordan principalmente la necesidad de contar con atribuciones que otorguen a las SERMI autonomía en el manejo regional de recursos humanos, mayor poder de decisión respecto de recursos financieros, y también se aborda una atribución que surge de la necesidad de modernizar y actualizar la planta física e infraestructura de la Autoridad Sanitaria, a través de una división de inversiones.

Por el contrario, también se presentan opiniones respecto de atribuciones que, si bien se encuentran actualmente incluidas en la Autoridad Sanitaria, no son relevantes para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, por lo que pueden ser delegadas o totalmente traspasadas a otras instituciones del área de salud. En este punto es relevante indicar que la principal función que se propone traspasar, es la relacionada con el COMPIN.

Tabla N° 7: Categoría: Atribuciones faltantes o que podrían excluirse

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE CITAS
Atribuciones faltantes	Se refieren a las atribuciones que por diversas consideraciones, no pueden ser ejercidas por la Autoridad Sanitaria, pero que se consideran como relevantes en la gestión sanitaria	36
Atribuciones que podrían excluirse.	Son las opiniones relacionadas con la exclusión de atribuciones que actualmente son ejercidas por la Autoridad Sanitaria, pero que no tiene relevancia para las funciones de salud pública y pueden ser ejercidas por otro organismo público.	21
TOTAL CITAS		57

j) Atribuciones faltantes

Síntesis de los resultados.

Para la presente subcategoría, se presentan los aportes en relación a las necesidades de nuevas atribuciones para el ejercicio de la Autoridad Sanitaria regional.

Cita 32

“Establecer la participación de la SEREMI en la definición de proyectos de infraestructura regional (Centros de Salud), como en los proyectos de inversión asociados al Sector Salud, determinados por el Municipio y el Gestor de Red.”

(Matriz P1)

En la cita anterior, se aborda una de las primeras atribuciones relacionadas con las inversiones en infraestructura en el sector salud. Específicamente se propone que las SEREMI sean parte de la toma de decisión respecto de las inversiones de infraestructura del sector salud. Actualmente, si bien forma parte de la comisión regional que revisa las inversiones, no forma parte del ciclo de decisiones donde se establecen las prioridades y el tipo de infraestructura que se desarrollará en regiones, siendo esta definición tomada sólo por la red asistencial a través de los establecimientos de salud y las direcciones de servicios de salud, en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Cita 33

“Se concuerda con la propuesta de crear una División de Inversiones a nivel de la ASN, que delegue en el SEREMI de Salud la conducción de negociaciones con el Ejecutivo del Gobierno Regional y con los consejeros Regionales, que conduzca un proceso unitario y equilibrado en la generación, decisión y ejecución de los Convenios de Programación de Inversiones Regionales.”

(Matriz P5)

Cita 34

“Creación de una División de Inversiones a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional, que reúna los distintos esfuerzos en materializar las iniciativas de inversión identificadas como prioritarias, especializándose en materia de Laboratorios ambientales, Centrales de Vacunas, Equipos para fiscalización y otros.”

(Matriz P10)

Si bien es necesario incluir a la Autoridad Sanitaria en la toma de decisión respecto de las inversiones de infraestructura en general del sector salud, es relevante para el desarrollo y fortalecimiento de la Subsecretaría de Salud Pública y de las SEREMI, la creación de una división de inversiones, como se propone en las dos citas anteriores. Esta nueva división debe tener además por responsabilidad el desarrollo de proyectos de inversión en infraestructura destinada específicamente para la Autoridad Sanitaria, como lo serían nuevas dependencias de las SEREMI, bodegas de vacunas e insumos logísticos, equipamiento de laboratorio, entre otros.

En este sentido, es necesaria que esta propuesta sea evaluada por las autoridades ministeriales, ya que sería un gran aporte para el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria el poder contar con recursos y procesos para desarrollar infraestructura adecuada para el correcto ejercicio de sus atribuciones, entregando un mejor servicio a la ciudadanía y mejorando los procesos internos.

k) Atribuciones que podrían ser excluidas

Síntesis de los resultados.

En esta subcategoría se puede observar las opiniones y propuestas para excluir atribuciones que actualmente son ejercidas por la Autoridad Sanitaria, pero que no son consideradas relevantes para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. En este caso, en forma generalizada, se plantea la iniciativa de excluir a COMPIN.

Cita 35

“COMPIN debe ser un organismo autónomo, no relacionado con la Subsecretaría de Salud Pública, con sus respectivos recursos físicos, financieros y humanos.”

(Matriz P19)

Cita 36

“Completamente de acuerdo, la COMPIN debe ser un organismo autónomo.”

(Matriz P9)

Las citas indican claramente la propuesta para desvincular de la autoridad Sanitaria a la COMPIN. Por lo que esta Comisión debiera constituirse en un organismo autónomo o dependiente directo del Ministerio de Salud. Esta situación se presenta en forma generalizada en las opiniones de los equipos regionales, como también por parte de los Secretarios y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. La gestión de la COMPIN en regiones se encuentra completamente ajena a las actividades diarias que se ejecutan en las SEREMI.

Cita 37

“COMPIN tiene una lógica de cobertura de seguro social a beneficiarios específicos, no con cobertura poblacional.”

La COMPIN a través de la Contraloría Médica con todas las Secciones asociadas, se pronuncia sobre casos individuales en el contexto de la Seguridad Social (Licencias Médicas FONASA e ISAPRE); tiene otros procesos (Salud Ocupacional enmarcada en la Ley 16.744, Accidentes Escolares, Discapacidad, etc.), que son transversales a otras instancias de la Autoridad Sanitaria, al sector salud y al intersector, impactando e interviniendo en el colectivo de las personas. Por ende, tiene un rol y ejecuta acciones a nivel de Salud Pública. La debilidad pasa por un déficit de capacitación de los equipos de estas unidades, para desarrollar otras áreas que van más allá del mero control del reposo médico.”

(Matriz P12)

Uno de los fundamentos para la exclusión de la COMPIN dentro de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, tiene relación con la concepción de coberturas individuales de derechos sociales relacionados con la salud, lo cual se contrapone con la concepción poblacional de la salud que es pilar de las acciones de la Autoridad Sanitaria. Sin embargo, la COMPIN cuenta con acciones que generan impactos en la salud pública, pero que no son desarrollados como líneas de acción institucional, centrando el quehacer en la cobertura de los derechos de la seguridad social. Entonces, ante esta situación, se propone que sea excluida de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria.

Cita 38

“La situación de COMPIN regional se encuentra dividida en el equipo regional. Por un lado, hay visiones que plantean que la COMPIN cumple funciones en el ámbito de la Salud Pública, como por ejemplo su rol fiscalizador y administrador de la Licencia Médica, velar por el estado de salud de los trabajadores. Por otro lado, también se plantea una visión indicando que la COMPIN debe ser un organismo independiente sin relación con la Autoridad Sanitaria puesto que cumple funciones de atención directa temas previsionales y de trabajo desde una perspectiva individual”

(Matriz P13)

A pesar de presentarse varias opiniones respecto de la exclusión de la COMPIN, también existen de manera mínima posturas proclives a mantener el rol de las COMPIN en las SEREMI, tal como se presenta en la cita anterior. Ante estas diferencias, sería relevante que las autoridades del Ministerio realizaran un estudio detallado respecto de los roles y funciones desempeñados por las COMPIN, la relación que tiene esta Comisión con el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, con el objetivo de tener mayores antecedentes que permitan discernir respecto de las propuestas de exclusión.

RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: ATRIBUCIONES FALTANTES O QUE PODRÍAN EXCLUIRSE

Tabla N° 8: Propuestas para la Categoría: Atribuciones faltantes o que podrían excluirse

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTAS
Atribuciones faltantes	Se refieren a las atribuciones que por diversas consideraciones, no pueden ser ejercidas por la Autoridad Sanitaria, pero que se consideran como relevantes en la gestión sanitaria	<p>Establecer con claridad dirección de la SEREMI en la definición de cartera de proyectos de inversión regional en salud.</p> <p>Crear División de Inversiones en nivel central, con su respectivo correlato en las SEREMI encargado de coordinar el desarrollo de la infraestructura regional de la red asistencial y de la SEREMI.</p>
Atribuciones que podrían excluirse.	Son las opiniones relacionadas con la exclusión de atribuciones que actualmente son ejercidas por la Autoridad Sanitaria, pero que no tiene relevancia para las funciones de salud pública y pueden ser ejercidas por otro organismo público.	Sin acuerdos respecto a la necesidad de excluir o no a la COMPIN de la autoridad sanitaria regional. Debe evaluarse separadamente.

IV. SITUACIONES DERIVADAS DE ATRIBUCIONES COMPARTIDAS O EXCLUIDAS

En esta categoría se desarrollan los aportes y opiniones respecto de las funciones y atribuciones que por diversas indicaciones jurídicas y/o administrativas la autoridad sanitaria comparte o entrega el ejercicio de las atribuciones con otra institución u organismo público. Se expresan diversas situaciones de atribuciones que han sido entregadas o compartidas a otras instituciones, pero que en lo técnico la autoridad sanitaria mantiene las capacidades y competencias para ejercer la función entregada, a diferencia de las instituciones a las cuales se les entrega o comparte la atribución.

Otra de las situaciones complejas presentadas por los actores partícipes de esta investigación, se genera a partir del momento en que transferidas las atribuciones a otros organismos públicos, la ejecución operativa la realizan los equipos regionales de las SEREMI a través de convenios específicos, los cuales permiten a la otra institución u organismo el cumplir con sus metas institucionales sin realizar el trabajo operativo, el cual debe ser realizado como una labor más por parte de los equipos regionales sin contar con recursos adicionales para esto.

Tabla N° 9: Categoría: Atribuciones faltantes o que podrían excluirse

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE CITAS RELACIONADAS
En ámbitos ambientales, fármacos, alimentos y tabaco.	Se presentan reflexiones y acciones de mejora en situaciones donde la Autoridad Sanitaria debe compartir sus atribuciones específicamente con el Ministerio del Medio Ambiente y Ministerio de Trabajo.	85
TOTAL CITAS		85

l) En ámbitos ambientales, fármacos, trabajo y tabaco

Síntesis de los resultados.

En esta categoría, se cuenta solamente con una subcategoría, que permite indicar las opiniones relacionadas con las atribuciones vinculadas con temas específicos de la salud pública.

Cita 39

“Las funciones de salud que se encuentran compartidas debilitan el ejercicio de la Autoridad Sanitaria al ser traspasadas a otras instituciones cuyo foco principal no es la salud poblacional (Salud Pública como indicador trazador).”

Se debe orientar el quehacer de la Autoridad Sanitaria hacia la Salud Poblacional. El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria implica que la Seremi de Salud tenga la potestad legal de autoridad sobre los actores del intrasector e intersector para ejecutar acciones, normativas y programas. A partir de esta reorganización se puede mejorar la gobernanza en salud, lo que implica una relación de cooperación entre el Estado y la Ciudadanía para alcanzar los objetivos sanitarios en la población.”

(Matriz P12)

En la cita se presenta como un debilitamiento de la autoridad sanitaria el compartir o delegar atribuciones a otros organismos o servicios públicos que no cuenten con las competencias técnicas, operativas y administrativas para ejercerlas, donde se considere como objetivo central la situación de salud de la población como colectivo. De esta forma, la cita permite interpretar que la delegación de atribuciones relacionadas con la salud pública, constituye un debilitamiento de la Autoridad sanitaria, por lo que hay que evitar este tipo de situaciones porque no existe otra institución del sector salud que tenga la mirada poblacional respecto de la salud, y además se deben realizar los esfuerzos para que las atribuciones que ya están delegadas a otros servicios públicos, vuelvan a la autoridad Sanitaria en el caso que éstas tengan relación con la salud pública.

Cita 40

“Seremi del Medio ambiente efectúa sus fiscalizaciones utilizando capacidades humanas y técnicas y administrativas de las SEREMI de Salud, programando actividades con el presupuesto de otra repartición.

Traspasar la función fiscalizadora, en materia de Salud Ambiental a las SEREMI de Salud, y con esto fiscalizar en forma directa las diversas RSA (Resolución Sanitaria Ambiental), pasando por el proceso sancionatorio en las misma SEREMI.”

(Matriz P10)

Cita 41

“Se plantea que desde la creación de la nueva institucionalidad de Medio Ambiente, se establecen atribuciones compartidas, dónde por ejemplo para el caso de ruido, la normativa indica como responsable a la SEREMI de Medio Ambiente, los fiscalizadores son de la SEREMI y quién sanciona es medio Ambiente; de igual forma pasa con las RCA (Resolución de Calificación Ambiental), dónde las denuncias de falta se deriva a la Superintendencia de Medio Ambiente.

Creemos indispensable definir atribuciones a un solo servicio público, ya que al compartir atribuciones se crean doble funcionalidad y se retrasa la oportunidad de la respuesta.”

(Matriz P1)

Como principal problemática que se presenta por parte de los equipos regionales, se encuentran las atribuciones de fiscalización con que cuenta la institucionalidad ambiental, pero que son ejercidas por las SEREMI de salud a través de convenios de programación de fiscalizaciones. En estos casos, la capacidad y las competencias técnicas para realizar se encuentran en la Autoridad Sanitaria, pero a partir de la entrada en vigencia de la Ley 20.417 que crea el Ministerio de Medio Ambiente con sus respectivas SEREMI de Medio Ambiente, las cuales se les entrega la atribución fiscalizadora, junto con la asignación de bonos de desempeño y otros estímulos.

Por dichas razones, es que se propone que sea nuevamente asignada la atribución fiscalizadora a las SEREMI de Salud, que operacionalmente siguen realizando las fiscalizaciones, pero los cumplimientos de éstas se reportan como ejercicio de las atribuciones por parte de la SEREMI de Medio Ambiente, lo cual es profundamente rechazado y considerado como injusto por parte de los equipos regionales de la Autoridad Sanitaria.

Cita 42

“Efectivamente al existir temáticas con atribuciones compartidas o excluidas, provoca incertidumbre al aplicar la norma. Ejemplo: Ley del Tabaco, Pesqueras, Accidentes del Trabajo (competencia), Rellenos Sanitarios.”

(Matriz P2)

En esta otra cita se plantean otros ámbitos en donde las atribuciones de la Autoridad Sanitaria se comparten, lo cual genera al menos problemas de interpretación y aplicabilidad de las normas, como es el caso, por ejemplo, de las fiscalizaciones en salud ocupacional por accidentes graves o fatales.

Cita 43

“Recuperar la capacidad fiscalizadora, formalizadora y sancionadora respecto de las trasgresiones de algunos factores de gran impacto en la salud de las personas, como por ejemplo los medicamentos en los establecimientos farmacéuticos debido al desconocimiento de la labor y además la poca colaboración y apoyo del ISP con las Seremis del país. Modificar Ley de Fármacos que las sanciones sean de cargo de la SEREMIS del País, independiente de las fiscalizaciones del ISP.”

(Matriz P10)

Como otra de las temáticas donde las atribuciones de la autoridad Sanitaria se excluyeron, se encuentra fármacos. En este caso la propuesta que se genera desde el equipo de la SEREMI de Bio Bio, donde se plantea que la función de fiscalización y sanción en normativas relacionadas con establecimientos farmacéuticos sea devuelta en forma íntegra a la Autoridad Sanitaria. Esto se justifica principalmente porque las capacidades y competencias para la fiscalización de estas normas se encuentran en las SEREMI, las cuales cuentan con una cobertura completa del territorio nacional. Estas atribuciones se encuentran actualmente en el Instituto de Salud Pública, quien no cuenta con las competencias técnicas de fiscalización en regiones y mandata a los equipos regionales de las SEREMI (excluida la región metropolitana) a través de Convenios a realizar las fiscalizaciones.

Cita 44

“D.S. 594, ocasiona conflictos con Inspección del Trabajo, ya que ellos también lo fiscalizan. Lo mismo sucede con los accidentes laborales ya que ambas instituciones realizan la misma investigación. Debe ser la Seremi de Salud que realice este tipo de actividades sin la intervención de Trabajo, ya que la normativa es competencia de Salud y se da una muy mala señal a los empresarios que dos organismos del estado los fiscalicen, le pidan documentación y realicen exigencia y hasta las sanciones por las mismas causas.”

(Matriz P9)

Cita 45

“Como bien se señala, no existe reglamentación o facultad explícita en la cual se pueda sancionar a las Mutuales de Seguridad, en cuanto que el decreto N°40 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social en su artículo N°6 y en su art. N°2 Si bien especifica que las SEREMIS de Salud pueden fiscalizar a los organismos administradores, NO tiene facultades de Sancionar solo de solicitar a la SUSESO la revocación de la delegación. Se puede señalar que se han realizado sanciones a las mutuales bajo el Código Sanitario Art. N°9 letra e). Es importante que se realice o se incorpore esta facultad a la Autoridad sanitaria.”

(Matriz P15)

En las citas anteriores, se presenta una situación relacionada con la fiscalización de situaciones sanitarias en el ámbito laboral. Cuando se produce un accidente en un lugar de trabajo, se activa una serie de protocolos del cual forman parte tanto la Autoridad Sanitaria como la Inspección del Trabajo. En este caso las atribuciones se encuentran compartidas, por lo que se genera una competencia entre los organismos públicos para desempeñar sus atribuciones. Por ello, lo que se busca es restituir a la Autoridad Sanitaria las atribuciones de fiscalización y sanción en los ámbitos relacionados con las condiciones de salud de trabajadores y trabajadoras. De igual forma, existen dificultades para el ejercicio de las atribuciones sobre los organismos administradores de la Ley 16.744, las Mutuales. En este caso, la función sancionadora no se encuentra dentro de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, por lo que se propone las SEREMI también cuenten con la posibilidad de sancionar a las mutuales.

Cita 46

“Modificar la Ley de Tabaco que entrega responsabilidades de multas a inspectores municipales.

Es urgente definir la dotación necesaria en cada Seremi de Salud para cumplir con el rol fiscalizador, además el proceso de investigación y sanción de las mismas”.

(Matriz P14)

Es interesante analizar la propuesta de modificación de la ley de tabaco por parte de las SEREMI, ya que actualmente se encuentra la atribución de sanción en los municipios, a través de los Juzgados de Policía Local, quienes tienen diferencias de criterios al momento de proceder a la aplicación de multas.

Resumen de propuestas para categoría: Situaciones derivadas de atribuciones compartidas o excluidas

Tabla N° 10: Propuestas para la Categoría: Situaciones derivadas de atribuciones compartidas o excluidas

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTAS
En ámbitos ambientales, fármacos, alimentos y tabaco.	Se presentan reflexiones y acciones de mejora en situaciones donde la Autoridad Sanitaria debe compartir sus atribuciones específicamente con el Ministerio del Medio Ambiente y Ministerio de Trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificaciones jurídicas y administrativas para que las atribuciones transferidas a la Institucionalidad Medioambiental sean devueltas a la Autoridad Sanitaria. ▪ Devolver a la Autoridad Sanitaria las atribuciones de fiscalización y sanción en el ámbito de fármacos. ▪ Establecer diferenciadamente las atribuciones de fiscalización y sanción entre la Autoridad Sanitaria e inspección del Trabajo. ▪ Que la autoridad sanitaria cuente con atribuciones para la sanción a Mutuales. ▪ Devolver a la Autoridad Sanitaria las facultades de sanción en la normativa de tabaco.



V. SITUACIONES DERIVADAS DE LA DISPONIBILIDAD DE RRHH

La presente categoría centra su desarrollo conceptual en las diversas temáticas de gestión del capital humano de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como en los niveles regionales, siendo una demanda principalmente planteada por los equipos regionales de las seremis y por las Federaciones de funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública-SEREMI. Principalmente las opiniones y propuestas se centran en la necesidad de que la Subsecretaría de Salud Pública desarrolle una política de Recursos Humanos, considerando tanto a quienes trabajan en la Subsecretaría de Salud Pública, como también integrar a quienes trabajan en las SEREMI de Salud. Esta demanda se expresa en diversas situaciones planteadas por los actores que participaron de este trabajo, tales como inequidades en dotación, inequidades en sueldos, migración de funcionarios altamente capacitados, etc.

Cuando se plantea la necesidad de una política de recursos humanos que aborde la realidad de todos los equipos (nivel central, regiones, organismos autónomos), se espera el desarrollo participativo de una política que tenga como centro criterios de equidad, fortalecimiento de la autoridad sanitaria, una carrera funcionaria atractiva, el pleno reconocimiento de las funciones fiscalizadoras, aumento de dotación en regiones, equiparar sueldos de regiones respecto del nivel central, plan de salud laboral, formación continua, entre otras medidas.

El presente apartado de hallazgos de la categoría "Situaciones derivadas de la disponibilidad de RRHH capacitados" se fundamentará en la presentación de los temas más relevantes de cada una de las categorías con sus correspondientes subcategorías, para poder desarrollar las opiniones, reflexiones, propuestas e ideas que se lograron recoger en los distintos procesos de recolección de información. La Tabla N°5 continuación, presentaremos una segunda tabla, que presenta las subcategorías asociadas a su correspondiente categoría, indicando el número de citas registradas.

Tabla N° 11: Categoría: Situaciones derivadas de la disponibilidad de RRHH

SITUACIONES DERIVADAS DE LA DISPONIBILIDAD DE RRHH CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE LA DISPONIBILIDAD DE RRHH		
NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE CITAS
Política de recursos humanos de la Autoridad Sanitaria.	Se plantean distintas propuestas para la generación de una Política de Recursos Humanos que abarque tanto a nivel central como a las SEREMI.	89
Recursos humanos capacitados.	Para esta sub categoría se presentan las reflexiones en torno a las opciones y acciones requeridas para que la Autoridad Sanitaria disponga de funcionarios con las capacidades técnicas adecuadas para el ejercicio de las atribuciones.	59
Déficit de recursos humanos.	En esa sub categoría se indican los aportes donde se abordan los déficits de recursos humanos frente al aumento de la demanda de acciones y aumento de los programas de gestionados por la Autoridad Sanitaria.	26
Remuneraciones	En este caso, se plantean las opiniones respecto de las opciones para mejorar las remuneraciones del personal de la Autoridad Sanitaria.	23
TOTAL CITAS		197

Fuente: Elaboración propia.

m) Política de Recursos Humanos de la Autoridad Sanitaria

Síntesis de los resultados.

En esta subcategoría se centra la demanda generalizada para que el nivel central (Ministerio o Subsecretaría), desarrolle una política de recursos humanos para trabajadores y trabajadoras de la Autoridad Sanitaria, con el objetivo de orientar el desarrollo de la Autoridad Sanitaria en los niveles nacional y regional, considerando el desarrollo laboral integral de las personas que trabajan en las distintas reparticiones.

Cita 47

“Deficiencias en la dotación de recursos humanos para el cumplimiento del rol de Autoridad Sanitaria.

Además se suma la implementación del Sistema Gestión de Calidad en algunos procesos de Acción Sanitaria, lo que conlleva una recarga adicional de trabajo.

Se requiere los recursos humanos suficientes para dar respuesta a las funciones establecidas de cada una de las áreas temáticas. Los nuevos programas o estrategias implementadas deben estar asociados a la ampliación de la planta (nuevos cargos) y nivelar las dotaciones en el área de los programas de salud.

Se requiere reforzar la dotación de fiscalizadores acorde a las características sociodemográfica, económica y geográfica de la región, que tiene directa relación con la demanda de actividades de fiscalización, vigilancia y prevención que se realizan en conjunto con otras Unidades del DAS.”

(Matriz P2)

Considerando la opinión y propuesta contenida en la cita 47, que corresponde al equipo de la SEREMI de Tarapacá, podemos destacar elementos centrales relacionados con la demanda casi unánime por parte de todos los actores considerados en el presente estudio. La falta de un direccionamiento claro y concreto, a través de una ‘política’, genera complicaciones para dar cumplimiento de todas las atribuciones y acciones emprendidas por la Autoridad Sanitaria. En el aporte indicado en la cita, se plantean temas bastante operativos que afectan al desempeño en regiones, por ejemplo: aumento de la carga de trabajo sobre la misma dotación, dificultades de cobertura debido a características geográficas, realidades sociodemográficas, entre otras.

Cita 48

“Establecer una Política de Recursos Humanos que determine la metodología para abordar la incorporación, desarrollo, jubilación y retiro de funcionarios; la distribución y mejoramiento de las remuneraciones y el fortalecimiento de la carrera funcionaria.”

(Matriz P8)

Un elemento central de la propuesta para crear una política de recursos humanos, tiene relación con el desarrollo de una carrera funcionaria atractiva en la Autoridad Sanitaria. Esto evidentemente implica establecer procesos de desarrollo técnico y profesional de los trabajadores y trabajadoras, reconocimiento de capacitaciones y formación, promoción de grados y mejoras salariales, la equidad salarial entre el nivel central y las regiones, y mejoras en el proceso de incentivo al retiro.

Cita 49

“Diseño de una política de recursos humanos, que respete los requerimientos técnicos de las jefaturas en la toma de decisiones para seleccionar a los nuevos funcionarios. Personal idóneo para los cargos disponibles.”

(Matriz P7)

Como se indica en la cita precedente, que corresponde al equipo de la SEREMI de la Región Metropolitana, una política de recursos humanos debe considerar procesos de reclutamiento claros y eficaces, donde siempre sea preminente los factores técnicos por sobre los elementos políticos, que siempre se involucran en toda gestión de la Autoridad Sanitaria; personal técnicamente idóneo para los cupos disponibles.

Cita 50

“El MINSAL debería proponer al nivel central del Estado, la adopción de medidas que incentiven la radicación de profesionales y técnicos en regiones y zonas de menor atractivo laboral (incentivos económicos, beneficios, etc.”

(Matriz P14)

Cita 51

“Adopción de medidas que incentiven la radicación de profesionales y técnicos a regiones y zonas de menor atractivo laboral.”

(Matriz P15)

También es un elemento importante a ser considerado en la formulación de una política de recursos humanos, el generar incentivos para la atracción de técnicos y profesionales de alto estándar para trabajar en las SEREMI, principalmente en aquellas que corresponden a las regiones extremas del país. Esto se puede traducir en la práctica en incentivos económicos, beneficios habitacionales, cupos especiales de formación de posgrado o especialidades técnicas en Chile o en el extranjero, beneficios de horario o días administrativos para viajar a sus ciudades de origen, entre otras. Como se indica en las dos citas anteriores, es un tema relevante para el desarrollo de la Autoridad Sanitaria en regiones, generar los diversos estímulos posibles para que ingresen técnicos y profesionales, donde existan garantías de un desarrollo laboral, con estímulos y beneficios concretos.

n) Recursos humanos capacitados

Síntesis de los resultados.

Proponer el fortalecimiento y desarrollo de la Autoridad Sanitaria tiene una implicancia directa con los conocimientos y capacidades de trabajadores y trabajadoras, tanto del nivel central como de las regiones. Es por ello, que se plantea, por parte de la mayoría de actores participantes de esta investigación, la necesidad de generar procesos de selección de personal idóneo para los procesos propios de la Autoridad Sanitaria, implementar instancias de capacitación continua y estímulos laborales para evitar la migración de técnicos y profesionales de alta capacidad técnica.

Cita 52

“Desarrollo de recursos humanos capacitados, con formación por competencias permanente; orientar la profesionalización de la gestión de Autoridad Sanitaria.”

(Matriz P18)

Como se indica en la cita, es un desafío importante el generar procesos de desarrollo de las personas que trabajan en todas las reparticiones relacionadas con la Autoridad Sanitaria. El desarrollo debe tener un sentido humano, y a su vez un sentido de competencias laborales (administrativas, de gestión, técnicas y profesionales), para poder hacer atractivo el trabajar en una seremi o en el nivel central. Parte de éste atractivo es el que existan posibilidades de profesionalización y desarrollo en competencias laborales específicas, una vez certificadas debieran tener su correlato en términos de responsabilidad (aumento de grado y funciones específicas) y en términos de sueldos.

Cita 53

“Incorporar y desarrollar recurso humano capacitado en tecnologías de información, eliminando la política de tercerización, en tanto no existan competencias suficientes para funcionar como contrapartes técnicas adecuadas.”

(Matriz P4).

En la cita 53, el equipo de la SEREMI de Atacama presenta un aporte interesante; es muy importante considerar las competencias laborales y técnicas de las personas que ingresan a trabajar en la Autoridad Sanitaria. Es por ello que se requiere el desarrollo constante, tanto a nivel central como en las regiones, de procesos de selección por competencias. En la cita se presenta como ejemplo el tema de las tecnologías de la información, pero este mismo ejemplo se puede aplicar para otras áreas de desempeño en la Autoridad Sanitaria.

Cita 54

“Inequidades y problemas de recursos humanos capacitados en regiones.”

(Matriz P16)

La disponibilidad de recursos humanos capacitados, con plenas competencias laborales para el desempeño en las funciones de la Autoridad Sanitaria, requiere de un principio de equidad, principalmente con las regiones. Es por ello que esta problemática presente en regiones, debe ser atendida por el Ministerio a través de una política de recursos humanos, un punto ya revisado anteriormente, pero estrechamente relacionado con lo que se reflexiona en la cita 54.

o) Déficit de recursos humanos

Síntesis de los resultados.

Desde los diversos actores que aportaron en esta reflexión colectiva, estuvo muy presente el déficit de funcionarios y funcionarias en las distintas reparticiones correspondientes a la Autoridad Sanitaria. A partir de las opiniones que fueron aportadas en el proceso de recolección de información, se puede interpretar que el déficit de trabajadores y trabajadoras, es una situación estructural para el desempeño de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria. Son principalmente los equipos regionales de las SEREMI quienes han instalado el tema como una de las principales problemáticas que día a día dificultan diversos procesos de trabajo, vigilancia y fiscalización de la Autoridad Sanitaria en regiones.

Cita 55

“Incumplimiento DFI 5

Incumplimiento a la ley de la autoridad sanitaria basado en el decreto fuerza de Ley N°5 del 24.03.2006 que da origen a las plantas de la Subsecretaría de Salud Pública.”

(Matriz P17)

La cita 55, que corresponde a una de las federaciones de funcionarios, hace referencia a los que se plantea como una injusticia de origen en la creación de la Autoridad Sanitaria, una vez entrada en vigencia la ley 19.937. Muchos de los funcionarios que trabajaron en el inicio de las nuevas funciones sanitarias de las, fueron trasladados desde los Servicios de Salud. Este traslado les ha generado un perjuicio en la proyección y desarrollo de sus carreras funcionarias entre el año 2016 a la actualidad. De haber continuado contratados por los servicios de salud, tendrían mejores grados y correspondientes sueldos. Esta situación se ha dado porque desde el año 2006, no se han presentados iniciativas para aumento de la dotación correspondiente a plantas o contrato plazo fijo.

Cita 56

“De acuerdo en que hay que mostrar las brechas reales y acordar aumento de la planta, en concordancia con la dimensión territorial, tamaño de la población, necesidad de infraestructura y recurso humano; de las funciones en salud pública y de las necesidades sanitarias básicas y demanda de la población.”

(Matriz P5)

Cuando se racionaliza el concepto de “déficit de recursos humanos”, es necesario considerar aspectos estructurales que condicionan el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria en regiones. Estas condicionantes, como indica la cita 56, se constituyen en brechas de inequidad entre las SEREMI con el nivel central, y entre las mismas SEREMI. Es por ello que en el aporte del equipo regional de Coquimbo, se plantea condicionantes que deben tomarse en cuenta al momento de acordar aumento de planta: la estructura sociodemográfica, la infraestructura disponible por la seremi, la dimensión territorial de la región, los recursos humanos asignados a cada SEREMI.

p) Remuneraciones

Síntesis de los resultados.

El tema que corresponde a esta subcategoría, tiene una estrecha relación con los contenidos que debiera regular una “política de recursos humanos”. En diversas opiniones presentadas por los actores, se muestran situaciones de inequidad e injusticia sobre las remuneraciones de los trabajadores y trabajadoras de la Autoridad Sanitaria. En este sentido, los hallazgos nos muestran que existe una diferencia considerable entre el nivel regional y el central, diferencias de remuneraciones entre las SEREMI de Salud y otros servicios públicos presentes en regiones, el reconocimiento al rol fiscalizador, entre otras. La problemática genera evidentemente un descontento que se encuentra presente en las demandas de las organizaciones de trabajadores y trabajadoras de la Autoridad Sanitaria, e igualmente genera un debilitamiento institucional debido a que por temas de remuneraciones migran muchos técnicos y profesionales a otras oportunidades laborales (tanto del mismo sector público como en el sector privado), generando una pérdida de recursos humanos capacitados.

Cita 57

“Existe una gran diferencia en grados de funcionarios que realizan funciones a nivel regional v/s los grados de los funcionarios del nivel central.”

Es necesario reducir las inequidades de remuneraciones entre el nivel central y las SEREMI; claramente la cita correspondiente al equipo de la SEREMI del Maule lo expresa en términos salariales. Pero también es necesario abordarlo desde los cupos de planta y contrata, desde las asignaciones de función crítica, y desde las oportunidades de expansión presupuestaria y de recursos humanos capacitados en las regiones. Con esta cita, se puede interpretar un malestar por parte de los equipos regionales, quienes se sienten en desmedro salarial frente al nivel central, que capta una alta cantidad de contrataciones con altos grados (por consiguiente, con remuneraciones mayores que en regiones), una cantidad importante de asesores ministeriales y de las subsecretarías que adicionan su salario con asignación de función crítica, entre una variedad de otras situaciones. Es por ello que se requiere un diálogo franco y concreto entre todas las partes involucradas en esta tensión, partiendo por las autoridades ministeriales, jefaturas de nivel central, secretarios y secretarías ministeriales, organizaciones de trabajadoras y trabajadores de la Autoridad Sanitaria.

Cita 58

1. *“Por normativa efectivamente el escalafón administrativo y auxiliar en la medida que se generan cupos a nivel de planta pueden ir mejorando su calidad contractual, pero la realidad de porcentaje de personas a contrata versus planta señala que el alto porcentaje está en las contrataciones, personas que llevan 5, 10, 15 años trabajando y muchos de ellos se encuentran en el mismo grado, dentro de este grupo están los que han estudiado una carrera profesional para poder mejorar por ejemplo sus ingresos y poder también acceder a un mejor grado, pero la realidad que ocurre es que las personas siguen en el escalafón administrativo, pudiendo optar a la asignación profesional, por lo tanto una medida que implica recurso pero que no implica movilidad de grado es que las personas mantengan el mismo grado pero sean traspasadas a profesional, es decir un administrativo contrata grado 20 pueda ser profesional grado 20.*
2. *Con la finalidad de incentivar, mejorar brechas y otorgar un desarrollo de carrera funcionaria a funcionarios/as que se encuentran en calidad jurídica contrata, es necesario otorgar un monto determinado anual de remuneraciones para la región, a fin de efectuar mejoras de grado a través una estructura de mejora o aumento de grados., este método de mejora, otorgaría a nuestros/as funcionarios motivación, permanencia, todos atributos que mejorarían la calidad de nuestra labor.”*

Otra de las situaciones que deben ser abordadas en forma participativa por el Ministerio, son situaciones como las descritas en la cita 58, donde personas pasan años en calidad de contrata sin percibir un aumento en sus remuneraciones a partir de aumento de grado, personas que realizan estudios de pre-grado, posgrado o especialización, pero estos estudios no son reconocidos a nivel contractual o en remuneraciones. En la misma cita se plantea una medida regional que podría resarcir en parte las inequidades expuestas, esto plantea una asignación presupuestaria para las SEREMI, con el fin de poder realizar ajustes en remuneraciones e incentivos desde las necesidades regionales. Sin embargo, esta iniciativa requiere de voluntad por parte de las autoridades ministeriales, además de otorgar la atribución al nivel regional para generar los criterios específicos que serán utilizados para la asignación de estos recursos en remuneraciones.

Nuevamente es necesario interpretar el significado o el discurso de las citas presentadas en este apartado, existe un claro malestar frente a las inequidades que afectan el nivel de remuneraciones en el nivel regional, por lo que es un tema que debe ser abordado por la autoridad.

Cita 59

“Es conveniente mejorar las remuneraciones asignadas al Seremi de Salud, mediante la homologación de su sueldo con el que tiene el Director de Servicio o con los precios de mercado, lo que posibilitaría el reclutamiento de profesionales, sin que estos deban evaluar el percibir un menor ingreso para asumir la gestión pública.”

(Matriz P8)

Lo planteado en la cita 59 instala la discusión sobre la brecha salarial existente entre las altas jefaturas o direcciones en el sector salud presente en regiones. En este caso, Secretarios y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud perciben menores ingresos que un Director o Directora de Servicio de Salud; ambos actores relevantes de la gestión de salud pública en regiones. Este es un tema que ha sido abordado tanto por equipos regionales como por los propios SEREMI, situación que se suma a las dificultades de entendimiento y coordinación entre Salud Pública y Redes Asistenciales. Hay que indicar en este caso, que las Direcciones de Servicio de Salud son cargos que se encuentran bajo el procedimiento de “Alta Dirección Pública”, por lo que cuentan con un estándar diferente respecto de la designación política gubernamental que sustenta el cargo de SEREMI. Sin embargo, es una brecha salarial planteada por los actores presentes en el desarrollo de esta investigación, por lo que es importante adoptar medidas que equiparen en remuneraciones a SEREMI con Dirección de Servicio de Salud.

Cita 60

“La creación de la autoridad sanitaria reconoce nuestro rol fiscalizador pero no consideró la asignación de los recursos de fiscalización.”

Modificar la ley 19-937 en el sentido de incorporar la asignación de fiscalización, sentida e histórica demanda de nuestros trabajadores.”

(Matriz P16)

Cita 61

“Como Autoridad Sanitaria e institución pública reconocida por fiscalizar bajo el código sanitario no cuenta con asignación explícita y necesaria, no reconociendo las facultades mediante el ROL FISCALIZADOR que es un reconocimiento a las funciones propias y que otros organismos del estado si cuentan con este rol. No hablamos de una asignación al fortalecimiento sino a un incentivo más concreto como lo percibe Aduanas, SII, Superintendencia de medio Ambiente (creada hace muy poco y desde su creación percibió este rol y las SEREMIS de Salud llevan más años con mayores funciones no las posee).”

(Matriz P15)

Las dos citas que anteceden el presente párrafo también presentan una demanda expuesta en reiteradas oportunidades por los actores participantes de la recolección de información. Se plantea el perjuicio y la inequidad que afecta a los trabajadores y trabajadoras de la Autoridad Sanitaria, quienes no cuentan con un pleno reconocimiento de su rol fiscalizador, situación que es claramente un perjuicio en lo relativo a remuneraciones. Si bien se han presentado avances, reconocidos por los actores, es necesario avanzar hacia el reconocimiento pleno del rol fiscalizador de la Autoridad Sanitaria como organismo del Estado, que tendría como redito los incentivos en remuneraciones para los trabajadores y trabajadoras.

RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE LA DISPONIBILIDAD DE RRHH

En la Tabla N°12 se presenta de manera sintética el conjunto de propuestas recogidas para las subcategorías de la categoría: Situaciones derivadas de la disponibilidad de recursos humanos capacitados, en donde las propuestas giran en torno a contar con una Política de Recursos Humanos que permita dar cuenta de la vida laboral de los funcionarios de la autoridad sanitaria, resguardando el debido perfeccionamiento y desarrollo de estos al interior de la institución. Dicha política debe contemplar además un mecanismo transparente de mejoramiento de grados y asignación de funciones críticas u otro tipo de asignación que mejore la remuneración, existiendo además incentivos especiales para la destinación y permanencia de funcionarios en regiones aisladas del país. El fortalecimiento de la autoridad necesariamente significa también transparentar ante el Ministerio de Hacienda la necesidad de renovar la planta y dotación actual, la cual no da cuenta de los desafíos del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, debiendo además autorizar la asignación que permita reconocer el rol fiscalizador de la autoridad sanitaria.

Tabla N° 12: Propuestas Categoría: Situaciones derivadas de disponibilidad RRHH

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTA
Política de recursos humanos de la Autoridad Sanitaria.	Se plantean distintas propuestas para la generación de una Política de Recursos Humanos que abarque tanto a nivel central como a las SEREMI.	Política de Recursos Humanos, que contenga: incorporación, desarrollo, jubilación y retiro de funcionarios; la distribución y mejoramiento de las remuneraciones, el fortalecimiento de la carrera funcionaria, incentivos en zonas extremas, entre otros.
Disponibilidad de recursos humanos capacitados.	Para esta sub categoría se presentan las reflexiones en torno a las opciones y acciones requeridas para que la Autoridad Sanitaria disponga de funcionarios con las capacidades técnicas adecuadas para el ejercicio de las atribuciones.	Programa continuo de perfeccionamiento atingente a los requerimientos de las SEREMI.
Déficit de recursos humanos.	En esa sub categoría se indican los aportes donde se abordan los déficits de recursos humanos frente al aumento de la demanda de acciones y aumento de los programas de gestionados por la Autoridad Sanitaria.	Presentación a Hacienda de proyecto de aumento de dotación de planta.
Remuneraciones	En este caso, se plantean las opiniones respecto de las opciones para mejorar las remuneraciones del personal de la Autoridad Sanitaria.	La Política de Recursos Humanos debe incorporar mecanismos que permitan acceder a mejores grados en las SEREMI; que establezca un sistema transparente y homogéneo de asignación de grados y funciones críticas. Asignación de fiscalización. Análisis de remuneraciones de SEREMI versus Directores de Servicios.

VI. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FÍSICOS, DE INFRAESTRUCTURA Y DE FINANCIAMIENTO

La categoría que a continuación se desarrolla, aborda diversas opiniones, críticas y propuestas sobre las condiciones de recursos físicos, la infraestructura y el financiamiento de la Autoridad Sanitaria. Esta es una situación de relevancia para la operación junto con la funcionalidad de todas las actividades administrativas, técnicas, operativas y sociales que desarrollan las SEREMI y el nivel central. Los actores que aportaron con sus opiniones, tienen plena claridad sobre el necesario fortalecimiento de los recursos físicos en las SEREMI, para un mejor desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, junto con el pleno ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria.

Como recursos físicos, se contempla los bienes inmuebles correspondientes a las dependencias de todas las SEREMI, mobiliario, equipos de laboratorio, entre otros. En específico se considera a los recursos tecnológicos a todos los sistemas informáticos y de comunicación. Esta categoría también aborda la situación que se presenta con los recursos financieros que se generan por parte de las SEREMI, cuando en el ejercicio de las facultades fiscalizadoras y sancionatorias, se produce un ingreso de dinero por concepto de multas cursadas. Los análisis presentados en esta categoría

Tabla N° 13: Categoría: Disponibilidad de recursos físicos, de infraestructura y de financiamiento

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FÍSICOS, DE INFRAESTRUCTURA Y DE FINANCIAMIENTO		
Nombre sub categoría	Descripción	Número de citas relacionadas
Gestión de recursos físicos	En esta sub categoría se presentan las opiniones relacionadas con las complejidades de la Autoridad Sanitaria en regiones con la gestión de sus recursos físicos, además se proponen alternativas de financiamiento	49
Ingresos propios de las SEREMI	Para este caso, se presentan las complejidades en la gestión de los recursos generados en las regiones por el ejercicio de las atribuciones sancionatorias de la Autoridad Sanitaria. Además, se plantean acciones para la distribución de esos recursos	43
Mejoras en la plata física	Se presentan iniciativas y acciones para mejorar la planta física de la Autoridad Sanitaria Regional.	32
t) Mejora soporte tecnológico	Se plantean propuestas para mejorar los sistemas informáticos de la Autoridad Sanitaria	16
TOTAL CITAS		140

q) Gestión de recursos físicos

Síntesis de los resultados.

Las opiniones y propuestas relacionadas con la gestión de los recursos físicos de las SEREMI, apuntan hacia demandar asignación de mayores recursos financieros por parte del nivel central, los cuales serían ejecutados por las SEREMI idealmente con un nivel mayor de autonomía para decidir respecto del gasto. Esta subcategoría agrupa a las opiniones y propuestas que planteadas desde un nivel general respecto de los recursos físicos. En este punto se genera una controversia con la asignación presupuestaria del sector salud, donde la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene un ítem de altos recursos para asegurar las condiciones suficientes de la provisión de servicios de salud. En cambio, la autoridad sanitaria, que también contempla planes y programas que apuntan hacia la salud de la población, no dispone de los recursos presupuestarios suficientes para asegurar una apropiada ejecución en las regiones.

Cita 62

“Incrementar recursos para las Seremis de Salud, que contemple recursos físicos, infraestructura y financiamiento.”

(Matriz P3)

Como se plantea en la cita 62, que corresponde al equipo regional de Antofagasta, se requiere aumentar los recursos presupuestarios de las SEREMI para una mejor gestión de los recursos físicos e infraestructura. Este es un punto clave para el desempeño y ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria. Es necesario indicar que al inicio de la implementación de la Reforma a la Salud, en el año 2005, muchos de los actuales funcionarios de las SEREMI fueron traspasados desde los Servicios de Salud, al igual que dependencias actualmente utilizadas por las SEREMI, por lo que no se generaron los recursos para iniciar la operatividad de la Autoridad Sanitaria Regional con infraestructura nueva o actualizada.

Cita 63

“Se propone una modificación del Art 33 N° 4 del Decreto 136, para realizar una distribución, consensuada y equilibrada, que esté destinada a fortalecer los programas regionales y a apoyar las inversiones en infraestructura.”

No se concuerda con la propuesta de “modificación del Art. 33, N° 4 del decreto 36, para realizar una distribución, consensuada y equilibrada, que esté destinada a fortalecer los programas regionales y apoyar las inversiones en infraestructura”, a no ser que se considere, caso a caso, los de gastos operacionales de cada SEREMI.

Se sugiere aplicar un mecanismo único y efectivo para la asignación presupuestaria (proporcional) a las SEREMI, que den cuenta y consideren los diferentes factores o variables que influyen en las operaciones e intervenciones poblacionales, como por ejemplo la estructura territorial, número de habitantes, situación epidemiológica, enfermedades y problemas de salud más prevalentes, entre otros.”

(Matriz P5)

Es necesario que las autoridades ministeriales consideren las opiniones como la indicada en la cita anterior. Las modificaciones jurídicas o legales que se plantean, buscan otorgar una gestión de la Autoridad Sanitaria considerando un principio de equidad entre las seremis, respetando las particularidades de cada una, y además un equilibrio entre las atribuciones del nivel central respecto de la capacidad de gestión en regiones.

Cita 64

“La tremenda dificultad administrativa para financiar pasajes, arriendo de locales para reuniones con mesas de trabajo intersectorial y comunitaria.

Aun cuando pueda aparecer como una dificultad de importancia menor, en la práctica constituye un tremendo inconveniente para todos los programas que requieren de consulta y participación ciudadana, la imposibilidad de financiar con ellos pasajes de transporte interurbano, colaciones o arriendo de locales con el propósito de fomentar y lograr la participación de la comunidad en la toma de decisiones que les competen”

(Matriz P11)

La gestión también se ve complejizada cuando las SEREMI no tienen propiedad de infraestructura o automóviles u otro tipo de elementos que se consideran como recursos físicos. Estas complejidades y dificultades afectan directamente el desempeño de las atribuciones en el terreno, por las dificultades que existen con el transporte dentro de las regiones, o el arriendo de infraestructura para actividades comunitarias, bodega u otros.

r) Ingresos propios de las SEREMI

Síntesis de los resultados.

En esta subcategoría se encuentran presentes las observaciones y propuestas dirigidas hacia los recursos financieros generados por las propias SEREMI, junto con el destino que debieran tener estos recursos. Se presenta en forma generalizada por las SEREMI que estos recursos deben ser destinados completamente o en parte hacia las mismas, para poder invertir en el ejercicio de las atribuciones en la región. Esto implica realizar probablemente modificaciones de carácter administrativo, para que las SEREMI puedan disponer de la totalidad o parte de estos recursos, sin generar incentivos perversos respecto de la fiscalización y sanción.

Cita 65

“Incorporar recursos generados por la Seremis, como recursos propios para necesidades regionales.”

(Matriz P3)

Cita 66

“La subsecretaría de Salud Pública presupuestariamente tiene déficit.

Modificar los criterios de distribución de recursos financieros, para desarrollar apropiadamente las acciones que le competen.”

(Matriz P11)

La demanda generalizada de las SEREMI se centra en poder hacer uso de los recursos obtenidos por concepto de pago de multas según la sanción correspondiente a la Autoridad Sanitaria. Se plantea esto como una necesidad, argumentando que el financiamiento de las actividades de las SEREMI, según el presupuesto asignado, no es suficiente para cumplir con la cobertura de acciones que se requieren en regiones. Es por ello que los recursos que se generan en la misma región deben quedarse en un porcentaje mayor, o directamente debe quedar en su totalidad en la región. Pero además se plantea una dificultad presupuestaria por los déficits que debe asumir la subsecretaría de Salud Pública, lo cual repercute directamente en la asignación presupuestaria de las SEREMI. Por ello se propone la creación de criterios de equidad y equilibrio para la distribución presupuestaria anual dirigida a las SEREMI.

Cita 67

“Debido a que el inciso segundo del artículo 174 del Código Sanitario prescribe que las resoluciones que establecen multas tendrán el mérito de título ejecutivo, su cobro debe ser realizado por el CDE, entidad que sólo inicia juicio ejecutivo cuando la cuantía de la multa impuesta es superior a 200 UF, lo que equivale a 110 UTM, siendo la mayoría de las multas impuestas inferiores a dicho monto, por lo que gran parte de éstas no son pagadas por los infractores, no habiendo por parte de las SEREMI modo de exigir su cobro, disminuyendo los ingresos. Se requiere estudiar modificar procedimiento de cobro, ya que esta situación claramente debilita a la Autoridad Sanitaria.”

(Matriz P11)

Considerando que actualmente los ingresos generados por las propias SEREMI no pueden ser ingresadas a sus presupuestos, se debe agregar otra dificultad que se relaciona con las atribuciones de fiscalización y sanción, las cuales producen el ingreso de estos recursos. Por criterio de gestión administrativa del Consejo de Defensa del Estado, solamente se realizan las acciones de cobro de las multas emitidas por la Autoridad Sanitaria Regional, cuando superan las 200 uf (aproximadamente \$5.200.000 pesos); dejando sin efecto las multas que implican una multa inferior a la cifra indicada. Esta situación perjudica directamente el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, e implica un vicio procedimental por parte de los sancionados, quienes, al estar enterados de esta situación, vuelven a incumplir las normativas por las cuales fueron fiscalizados. Es necesario que las autoridades de nuestro ministerio establezcan criterios en coordinación con el Consejo de Defensa del Estado, o radicalmente que la función de sanción y cobro sea responsabilidad de la Autoridad Sanitaria.

s) Mejoras en la planta física

Síntesis de los resultados.

En esta subcategoría los actores que participaron de la investigación plantean sus observaciones y propuestas específicas sobre la planta física e infraestructura de las dependencias de la Autoridad Sanitaria en Regiones. Se presentan situaciones como el déficit de infraestructura propia, adecuación de la planta física para las necesidades de las acciones correspondientes a la Autoridad Sanitaria, condiciones sanitarias y de seguridad de las dependencias, déficit de espacio para la dotación de personal existente, entre otros.

En este punto, se considera central el poder desarrollar proyectos de inversión que le permitan a la Autoridad Sanitaria aumentar su planta física propia, actualizar la infraestructura en la que actualmente se desempeña, reducir los costos asociados a arriendo, y disponer de dependencias (bodegas, oficinas, laboratorios, espacios de trabajo comunitario) que le permitan a la Autoridad Sanitaria poder responder a los requerimientos propios de las funciones y atribuciones, junto con responder ante la contingencia, emergencias y desastres.

Cita 68

“Dispersión de la SEREMI en distintas instalaciones (unidades y departamentos), hacinamiento de los funcionarios (espacios no se encuentran habilitados para la cantidad de funcionarios).

Altos costos en relación a los arriendos por las dependencias antes mencionadas, considerando los valores en los arrendamientos de la ciudad.”

(Matriz P2)

Las SEREMI en regiones ven dificultadas sus labores cuando sus dependencias y oficinas operacionales se encuentran dispersas. Si bien, es necesario desconcentrar dependencias en virtud de las características propias de cada región, es necesario tener la disponibilidad que las dependencias centrales de la SEREMI puedan estar en una sola infraestructura, a fin de entregar una mejor atención a la ciudadanía y mejorar los procesos de gestión. La dispersión de las diversas oficinas y departamentos en distintas dependencias, las cuales en su mayoría se encuentran en contrato de arriendo a un privado, implican un alto costo anual para la Subsecretaría de Salud Pública. Por ello es que se presenta como opción el desarrollo de un plan de inversión en infraestructura que permita dotar a las SEREMI de infraestructura moderna, funcional y propia. Esta propuesta implica una inversión bastante alta de recursos públicos, por lo que se debería generar un proceso de diagnóstico de la planta física de las SEREMI, para proceder a priorizar y proyectar la futura infraestructura.

Cita 69

“Espacios Propios donde instalar dependencias de las Seremis, con auditorium apropiados a las funciones de Salud Pública, ubicados en zonas seguras en caso de Emergencias, con acceso para discapacitados, baños diferenciados. Que se considere bodegas, cámaras de frío, laboratorios equipados con tecnología de punta, espacios de estacionamientos y comedores para funcionarios.

Que considere sistema de seguridad habilitado las 24 horas, y con personal de seguridad suficiente y debidamente capacitado.

En el marco de lo anterior gestionar con los Gobiernos Regionales y Bienes Nacionales alternativas válidas para obtener estos espacios propios, dado que actualmente en muchas Seremis sus dependencias se encuentran dispersas y los costos de arriendo son altísimos.”

(Matriz P2)

En el caso de la cita 69 se puede entender que existe un diagnóstico profundo realizado en los aspectos de infraestructura. Se plantea nuevamente la necesidad de espacios propios, para el desarrollo de las acciones de la SEREMI, tanto en los ámbitos de fiscalización, vigilancia, control, como también en los ámbitos de promoción de la salud y participación ciudadana. Pero también se apunta a condiciones básicas de cualquier repartición pública: acceso para discapacidad física y visual, comedores para trabajadores y trabajadoras, baños diferenciados, sistema de seguridad, entre otros. Desde lo

que se plantea en la cita, se puede comprender que hay deficiencias básicas en las dependencias de las SEREMI, por lo que es un imperativo ético el poder mejorar las condiciones de infraestructura, tanto para la ciudadanía como para las personas que se desempeñan laboralmente.

Como propuesta se presenta la opción de generar las conversaciones de carácter político-presupuestario con los Gobiernos Regionales, para poder presentar como iniciativa de inversión, futuras dependencias de la Autoridad Sanitaria a través de fondos de desarrollo regional; como también el traspaso de dependencias por parte del Ministerio de Bienes Nacionales.

t) Mejora soporte tecnológico

Síntesis de los resultados.

En este punto, la subcategoría aborda las propuestas respecto del soporte tecnológico que requiere el ejercicio de la autoridad sanitaria, donde se proyectan acciones para incorporar tecnologías a los procesos, lo que requiere de una mejora y actualización del soporte informático y comunicacional de las SEREMI.

El desarrollo de tecnologías requiere de un soporte de infraestructura actualizada en todas las regiones, con las correspondientes capacitaciones para los trabajadores y trabajadoras, principalmente en las áreas de informática, conectividad y comunicaciones. A su vez, también es necesario el desarrollo de sistemas de información integrados, con acceso simple y remoto, donde se pueda acceder a una variedad de datos tanto del sector salud como de otros sectores, con el fin de poder disponer de la información necesaria para el ejercicio de las atribuciones de la autoridad sanitaria, con información pertinente y en línea.

Cita 70

“Dificultades para el ejercicio de la autoridad Sanitaria debido a deficiencias en los sistemas informáticos y de comunicación”.

“Creación de sistemas informáticos eficaces y eficientes (monitoreo en tiempo real de diversa información y situaciones) para la toma de decisiones de la Autoridad Sanitaria”.

(Matriz p19)

Desde la opinión de los secretarios y secretarías regionales ministeriales de salud, se plantea como una dificultad para el ejercicio de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria, los problemas en los sistemas de información y comunicación. Esta opinión se puede extrapolar a que representa una realidad nacional de todas las SEREMI, por lo que es sumamente necesaria la actualización del soporte tecnológico y el desarrollo de sistemas de información integrados.

Cita 71

“Déficit en recursos asignados a la aplicación de la Reforma en la Autoridad Sanitaria lo que implica que no se disponga a veces de los recursos necesarios, tecnologías, equipamiento e insumos para poder ejecutar las funciones plenamente.

En relación al incremento de responsabilidades del Sector Salud, específicamente de la Autoridad Sanitaria, en lo que se refiere a recursos físicos tangibles e intangibles, es imprescindible, actualizar periódicamente Hardware y Software acordes al avance tecnológico, prefiriéndose disponer de Equipos Propios en cada Seremi, evitándose los Convenios de carácter nacional que impliquen arriendos de equipos.”

(Matriz P2)

La cita anterior nos plantea las dificultades para obtener los recursos asignados para los ámbitos tecnológicos de la Autoridad Sanitaria en regiones. El equipo de la SEREMI de Tarapacá plantea que esta dificultad afecta directamente el desempeño en las acciones y actividades en la región, las cuales se incrementan cada año en virtud de nuevas normativas, reglamentos y programas. Por ello es indispensable la actualización de hardware y software, donde el equipamiento no tenga que ser arrendado, debido a que esta situación dificulta procesos de actualización y reposición.

Cita 72

“Desarrollar procedimientos que permitan que las Seremis puedan conectarse directamente a Bases de Datos corporativas, para la gestión precisa y adecuada de la información:

- RAKIN
- Defunciones
- Egresos
- REM
- RNI
- Módulos MIDAS”

(Matriz P4)

Para el desarrollo y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como regional, es necesario crear sistemas de gestión de información y tecnologías que permitan contar con los datos necesarios para el ejercicio de las atribuciones, on-line, en tiempo real, con un acceso fácil y remoto. Es por ello que se reconoce los avances que se han dado en el último tiempo, como por ejemplo el MIDAS. Sin embargo, se puede interpretar de la cita que es necesario un sistema de integración de toda la información estatal, para poder analizar, gestionar y decidir de mejor manera. Por ejemplo, solamente en el sector salud, tenemos fuentes de información como el RAKIN y el REM que cuentan con un soporte informático distinto, lo que implica el acceso a plataformas diferentes. Aquí lo que se plantea es poder generar procesos de integración de datos para poder disponer de una gran variedad de información en tiempo real, pero no solamente del sector salud, porque por ejemplo los datos de la Encuesta CASEN y la encuesta de sectores productivos regionales también tienen sus plataformas aparte.

El desafío de disponer de información estatal, de los diversos sectores, es una propuesta que debe ser presentada a nivel gubernamental, pero la integración de los datos de salud es un tema que puede ser propuesto y desarrollado por el Ministerio de Salud.

RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: SITUACIONES DERIVADAS DE RECURSOS FÍSICOS, INFRAESTRUCTURA Y DE FINANCIAMIENTO

En la Tabla N°14 se presenta de manera sintética el conjunto de propuestas recogidas las cuales se orientan a contar con criterios transparentes de asignación de recursos desde el nivel central, que reconozcan las particularidades regionales y las carencias de cada una de ellas. La ampliación de recursos para la adquisición de activos físicos y tecnológicos debe ir aparejado de las nuevas exigencias que ha debido enfrentar la autoridad sanitaria, siendo una de las vías de financiamiento propuesto el uso de ingresos propios percibidos por concepto de multas. Por otra parte, dada la multiplicidad de sistemas de registro e información existentes en las SEREMI se propone fortalecer dicha área en las SEREMI, ampliar competencias y establecer una estrategia única de desarrollo en la temática.

Tabla N° 14: Propuestas para la Categoría: Situaciones derivadas de recursos físicos, infraestructura y de financiamiento

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTAS
Gestión de recursos físicos	En esta sub categoría se presentan las opiniones relacionadas con las complejidades de la Autoridad Sanitaria en regiones con la gestión de sus recursos físicos, además se proponen alternativas de financiamiento	Existencia de criterios transparentes de asignación de recursos para SEREMI que reconozcan las diferencias regionales
Ingresos propios de las SEREMI	Para este caso, se presentan las complejidades en la gestión de los recursos generados en las regiones por el ejercicio de las atribuciones sancionatorias de la Autoridad Sanitaria. Además, se plantean acciones para la distribución de esos recursos	Ingresos por multas deben quedar en las propias SEREMI. Ver modificación legal para sancionar por no pago de multas ante la autoridad sanitaria regional
Mejoras en la plata física	Se presentan iniciativas y acciones para mejorar la planta física de la Autoridad Sanitaria Regional	Proyectos que recojan las necesidades de cada SEREMI en cuanto a infraestructura
t) Mejora soporte tecnológico	Se plantean propuestas para mejorar los sistemas informáticos de la Autoridad Sanitaria	Fortalecer áreas de TIC en SEREMI con profesionales competentes. Abordar brechas presentes en bienes tecnológicos, software y cumplimiento de política de seguridad MINSAL. Unificar proyectos de registro e información utilizados en las SEREMI

VII. ASPECTOS GENERADOS EN LA DISCUSIÓN

En esta categoría se agregan una serie de opiniones y aportes que no se pueden clasificar en las categorías establecidas en el estudio, esto porque los aspectos que abordan no son clasificables y conforman opiniones únicas. Sin embargo, es necesario agregarlas debido a que permiten observar algunas situaciones propias del actor que la emitió.

En este caso procederemos inmediatamente a la revisión de las citas más destacadas, donde se plantean interesantes temas que deben ser considerados en el contexto del análisis general del presente documento.

Cita 73

Debido a las continuas y variadas contingencias, generalmente desde el nivel central se realiza una asesoría inicial, pero es necesario preparar y potenciar el desarrollo de los equipos locales, generando competencias técnicas en los respectivos equipos para poder enfrentar contingencias futuras.

(Matriz P1)

En esa cita, se presenta una necesidad de fortalecimiento de competencias técnicas frente a contingencias sanitarias que deben contar con la respuesta desde los equipos de la Autoridad Sanitaria regional. La cita presentada por el equipo de la SEREMI de Arica y Parinacota, tiene relación con la contingencia generada por la detección del vector "Aedes aegypti" en la ciudad de Arica. Desde lo planteado como propuesta, es necesario indicar que es relevante para todos los equipos técnicos que forman parte de la Autoridad Sanitaria, ser parte de procesos de capacitación técnica para dar respuesta a contingencias sanitarias, emergencias, desastres siconaturales y gestión sanitaria de zonas fronterizas.

Cita 74

La propuesta sería que el nivel central en convenio con una Universidad de prestigio financie en un 75% la formación de salubristas para la ASR y que postulen a esos cupos funcionarios calificados como sobresalientes cada año y que deban cumplir funciones en la Autoridad sanitaria al menos 3 o 5 años.

(Matriz P4)

En este otro caso, la cita 74 tiene relación con los temas sobre recursos humanos capacitados, sin embargo, el equipo de la SEREMI Atacama presentó una reflexión particular fuera de la categoría que aborda esta temática. En específico se plantea que las SEREMI puedan establecer convenios de cooperación con universidades con experiencia y calidad en formación de Salud Pública, para entregar capacitación a funcionarios destacados de las SEREMI. Esta iniciativa deberá contar con el apoyo financiero del Nivel Central, considerando la posibilidad de formación de posgrado, lo cual debería generar las modificaciones administrativas respectivas.

RESUMEN DE PROPUESTAS PARA CATEGORÍA: ASPECTOS GENERADOS EN LA DISCUSIÓN

Tabla N° 4: Propuestas para la Categoría: Aspectos generados en la discusión

NOMBRE SUB CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	PROPUESTAS
Sin subcategoría	Temáticas que no se incluyen en las categorías de análisis.	Fortalecimiento de competencias para enfrentar contingencias sanitarias, emergencias, desastres siconaturales y gestión sanitaria de zonas fronterizas. Desarrollo de convenios de capacitación en Salud Pública con universidades de calidad para funcionarios destacados de las SEREMI.



REFLEXIÓN Y PROYECCIONES

Las exigencias en salud, no son las mismas que hace una década. Contamos con un perfil epidemiológico y carga de enfermedad de país desarrollado; existe un proceso creciente de migración de población internacional; la sociedad se interesa en ejercer sus derechos en salud, por participar de manera activa y vinculante en procesos de toma de decisiones y considera que es deber del Estado el proteger la salud de la población en materias medio ambientales, de seguridad laboral, de proyectos vinculados con el uso y extracción de recursos naturales, de proyectos que permitan ampliar las áreas verdes y espacios que promuevan la actividad física y vida saludable, entre otros.

A un poco más de diez años de la Reforma de Salud, existe el desafío de profundizar el desempeño de las atribuciones de la Autoridad Sanitaria en el marco de las funciones esenciales de salud pública y los determinantes sociales de la salud; considerando que la Reforma del año 2005 estableció un robustecimiento institucional y de recursos el ámbito de la provisión de servicios de salud, relacionados directamente con las garantías GES; quedando en un segundo plano el desarrollo de la Autoridad Sanitaria ejercida desde la Subsecretaría de Salud Pública y su expresión regional mediante las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Este desafío requiere la modernización en aspectos normativos, funcionales y organizativos, con miras a cumplir las demandas que la ciudadanía exige, pero también con el fin de posicionar al más alto nivel el ejercicio de una autoridad sanitaria capaz de liderar las acciones del sector salud, ser robusta en su alcance; fuerte en competencias y con recursos suficientes para implementar con éxito el conjunto de sus atribuciones. Las diversas realidades sociales, económicas, territoriales, epidemiológicas y culturales instalan estos desafíos para fortalecer la Autoridad Sanitaria en su conjunto, por ejemplo: coordinar procesos de evaluación de tecnologías sanitarias con políticas de salud poblacional, desarrollar una institucionalidad que aborde con atribuciones específicas la salud de trabajadores y trabajadoras, digitalizar diversos procesos de gestión interna y de atención ciudadana de la Autoridad Sanitaria, desarrollar una institucionalidad y políticas permanentes para la regulación de medicamentos, fármacos y dispositivos médicos, fortalecer las atribuciones en ámbitos de inocuidad y calidad alimentaria, el trabajo intersectorial para llegar al nivel local con políticas de entornos saludables que protejan a la población, asegurar instancias de participación ciudadana en salud, acciones para asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud, en especial para los grupos sociales de protección especial, promover una relación intercultural entre la institucionalidad de salud pública y los distintos grupos residentes en el país (pueblos indígenas y migrantes), mejora de las distintas brechas del capital humano que ejecuta las acciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria, entre otras muchos ejemplos.

El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria implica liderar el sector de salud, con el fin de supervigilar el cumplimiento de las políticas de Estado, coordinando las acciones de provisión de servicios de salud, sean estos públicos, privados o institucionales, junto con desarrollo de acciones para asegurar el mejor estado de salud poblacional a partir de una representación territorial y funcional pertinente a las necesidades regionales, capaz de entregar los servicios e intervenciones que requiere la población de manera diligente, transparente y con criterios de calidad. Igualmente, implica una acción fuerte en sus competencias, a partir de un marco normativo que potencie el rol rector y normativo de la Autoridad Sanitaria Nacional en áreas de protección y promoción de la salud de la población en aquellas áreas de alto interés público, fortaleciendo la capacidad fiscalizadora y sancionadora de las instancias ejecutoras regionales (SEREMI). Con recursos suficientes en sus dimensiones financieras, de infraestructura, tecnológicos, de personal (en cuantía y capacidades adecuadas), según realidad territorial.

Al realizar una proyección de la Autoridad Sanitaria, donde se consideren establecer acciones que aborden la diversidad de desafíos que se presentan, se debe reconocer los logros alcanzados desde el inicio de su desarrollo en el año 2005.

Se debe reconocer como un logro relevante el Bono de reconocimiento de fiscalización, el cual considera a todos los funcionarios y funcionarias del conjunto de la Subsecretaría de Salud Pública, y se ha considerado como una asignación permanente. En esta línea, se debe destacar el proceso de reconocimiento y traspaso de trabajadores a honorarios a la contrata, en especial para los que pertenecen al área de Salud Ocupacional de las SEREMI de Salud del País. También, es destacable los procesos de fortalecimiento de los equipos regionales en cuanto a dotación, en especial en aspectos del ingreso de nuevos funcionarios y funcionarias para el trabajo en áreas de regulación y fiscalización de alto interés público, como por ejemplo Ley de Etiquetado de Alimentos, control vectorial del *Aedes Aegypti*, Programa de Marea Roja, Laboratorios de Salud Pública, Vigilancia de agua.

De igual forma, es necesario integrar dentro de los logros el proceso de institucionalización de mecanismos de participación ciudadana en los procesos de elaboración de políticas públicas, reglamentos y normativas, procesos que hasta el día de hoy han tenido excelentes resultados en términos de convocatoria y contenidos propuestos por la ciudadanía.

Sin embargo, los logros son un aliciente para seguir trabajando en el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como en las regiones del país. Para dar este paso de desarrollo integral, se propone en términos generales lo siguiente:

- Constituir comisión ampliada con referentes de los distintos organismos que forman parte del sector salud para elaborar propuesta de Segunda Reforma a la Salud, con énfasis en la Autoridad Sanitaria regional, la delimitación de funciones y atribuciones, junto con la consecuente asignación de recursos (financieros, capital humano, logísticos, infraestructura, tecnología).
- Estudio para detección de brechas en equipos regionales, según diagnósticos regionales y funciones esenciales de salud pública. Esto para tener un panorama real y objetivo respecto de las distintas dificultades en términos de dotación de personal, estamentos, entre otros.
- Fortalecer los aspectos normativos y administrativos que permitan el desarrollo de Políticas de Estado orientados hacia Equidad en Salud y la reducción de las determinantes sociales en la salud poblacional.
- Creación de instancias de coordinación intersectorial vinculantes lideradas por el Ministerio de Salud y la Autoridad Sanitaria para impulsar procesos de políticas públicas con el enfoque de salud en todas las políticas. Esto para sensibilizar y poner en acción a los demás sectores del Estado en relación a la necesidad de considerar factores sanitarios en sus políticas y programas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berra de Unamuo, A., Marín León, I., & Alvarez Gil, R. (Eds.). (1996). Metodología de expertos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Retrieved from <http://www.easp.es/project/consenso-en-medicina-metodologia-de-expertos/>
2. Constitución Política de la República de Chile, Pub. L. No. Capítulo III, Artículo 19 (2005). Chile. Retrieved from <https://www.leychile.cl/N?i=242302&f=2015-11-16&p=>
3. García Valdés, M., & Suárez Marín, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(392), 253-267. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
4. Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). Metodología de la investigación (5th ed.). Ciudad de Mexico: McGraw-Hill Educación.
5. Illanes, M. A. (2010). "En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia--" : historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. (2nd ed.). Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Chile.
6. Montoya-Aguilar, C. (2013a). El financiamiento del sistema. In *La salud dividida. Chile 1990-2010* (1a, pp. 437-453). Santiago de Chile: Ceibo Ediciones.
7. Montoya-Aguilar, C. (2013b). *La salud dividida, Chile 1990-2010 : ideología, debates y decisiones acerca de la Salud. (1a Edición)*. Santiago de Chile: Ceibo Ediciones.
8. Muñoz, F., López-acuña, D., Halverson, P., Macedo, C. G. De, Hanna, W., Larrieu, M., ... Zeballos, L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(5), 126-134.
9. Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Health (San Francisco). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

